



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS I - CAMPINA GRANDE**  
**PRÓ – REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**  
**CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**AMANDA BARBOSA DA SILVA**

**“CEMITÉRIO DOS VIVOS”: COSTURANDO HISTÓRIAS INSTITUCIONALIZANTES**  
**PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2024**

AMANDA BARBOSA DA SILVA

**“CEMITÉRIO DOS VIVOS”: COSTURANDO HISTÓRIAS INSTITUCIONALIZANTES  
PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada para o programa de Pós- Graduação em Psicologia da Saúde (UEPB), nível Mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira

**CAMPINA GRANDE –PB  
2024**

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.

S586c Silva, Amanda Barbosa.  
"Cemitério dos vivos" [manuscrito] : costurando histórias institucionalizantes pós reforma psiquiátrica / Amanda Barbosa Silva. - 2024.  
98 p.  
  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.  
"Orientação : Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira, Departamento de Psicologia - CCBS."  
1. Loucura. 2. Hospital psiquiátrico. 3. Privação. 4. Desinstitucionalização. 5. Narrativas pessoais. I. Título  
21. ed. CDD 158

AMANDA BARBOSA DA SILVA

**“CEMITÉRIO DOS VIVOS”: COSTURANDO HISTÓRIAS INSTITUCIONALIZANTES  
PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada para o programa de Pós- Graduação em Psicologia da Saúde (UEPB), nível Mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

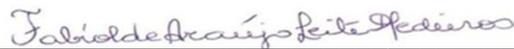
Aprovada em: 12/04/2024

**BANCA EXAMINADORA**



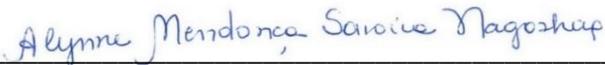
---

Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira  
Universidade Estadual da Paraíba  
Orientadora – Presidente da Banca Examinadora



---

Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros  
Universidade Estadual da Paraíba  
Examinadora Interna



---

Profa. Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima  
Universidade Federal de Campina Grande  
Examinadora Externa



---

Profa. Dra. Jullyanne Rocha São Pedro  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Examinadora Externa

Aos meus pais, João e Geniuda, que sempre sonharam  
que eu poderia pisar o chão que eles não puderam!

## AGRADECIMENTOS

A construção dessa pesquisa é carregada de muitos afetos, e sem dúvidas finalizar essa escrita me levou para as lembranças de quando eu sempre sonhei com esse dia.

Lembrar de todo percurso caminhado e de cada momento sonhado traz consigo as pessoas que percorreram esse caminho comigo, pois sem dúvidas sem vocês talvez o caminho não tivesse a leveza que consegui ter na maioria dos momentos.

Aos meus pais **João** (*In Memoriam*) e **Geniuda**, por me ensinarem o valor da educação mesmo não tendo a oportunidade do acesso, pois vocês sempre me falaram que através do ensino eu poderia chegar onde quisesse, essa conquista é nossa!

Ao meu esposo **Claubert Caio**, que esteve presente durante todo o percurso, me apoiando, sonhando junto e me mostrando o valor da persistência, obrigada por ter regado esse sonho comigo.

À todos os meus **Amigos** que se fizeram presentes, e por dividirem esse sonho me apoiando e vibrando por essa concretização.

À minha grande orientadora **Maria de Fátima**, que sempre comprou minhas idéias e que nunca podou a minha empolgação, você me ensinou a beleza de encantar-se com cada processo, obrigada.

À **Alyne Mendonça**, por ter me ensinado a voar desde a graduação, e por também fazer parte dessa realização, saiba que você foi uma das primeiras pessoas que acreditou em mim, gratidão por tanto.

À **Jullyanne Rocha**, por ter regado esse desejo e por também se fazer presente em cada etapa dessa realização, obrigada por nunca ter me deixado desistir diante cada obstáculo que apareceu, pois não foram poucos.

À professora **Fabíola de Araújo**, por ter tornado o caminhar pelo mestrado mais leve, obrigada por cada incentivo e ajuda durante esse percurso, você sem dúvidas também foi crucial nessa realização.

Aos **Colaboradores** dessa pesquisa, sem vocês nada disso teria se concretizado, obrigada por confiarem a mim as suas histórias.

À **Espiritualidade** e a **Deus**, por terem me guiado pelo caminho dos meus sonhos.

À **mim**, por ter persistido e bancado o meu desejo.

*“Há muitas formas de loucura e algumas permitem aos doentes momentos de verdadeira e completa lucidez”.*  
(Lima Barreto, 1922, p.59)

## RESUMO

A loucura tem sido objeto de exclusão desde o final da idade média, onde o louco passou a sofrer os mesmos processos de exclusão que os leprosos, fazendo com que esses sujeitos fossem retirados do convívio social, com o intuito de manter uma limpeza comunitária. Com isso, no século XVII tem-se a criação institucional das internações psiquiátricas, assim abrindo portas para a concepção dos manicômios. Desse modo, nos meados do século XX, os manicômios foram considerados o modo terapêutico mais eficaz para reestabelecimento do indivíduo. Portanto, tal fato foi gerador de diversas discussões desde a década de 70, em decorrência de denúncias de maus tratos e privação de direitos, dentro de hospitais psiquiátricos, acarretando em diversos movimentos que mudaram o cenário do cuidado a loucura, até os dias atuais. Desse modo, ao conhecer a percepção de quem vivenciou o momento da internação, traz a fala como um possível lugar de denúncia diante os hospitais psiquiátricos ainda existentes, podendo dessa forma legitimar o discurso do doente mental. O estudo objetiva conhecer as histórias e vivências dos usuários que passaram pela internação psiquiátrica após o processo da Reforma. Tratou-se de um estudo qualitativo, com análise e suporte teórico de dados terá a perspectiva teórico-metodológica a História Oral Temática que se caracteriza como uma narrativa de um fato, de quem presenciou um acontecimento ou que pelo menos tenha alguma nuance que seja discutível, sendo realizada no Centro de Atenção Psicossocial III, da cidade de Campina Grande-PB, com os usuários do serviço que passaram por algum episódio de internação psiquiátrica, e que estavam devidamente cadastrados no serviço. O estudo contou com 6 colaboradores, no qual a coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado. Ao analisar as oralidades, foi possível perceber que mesmo após as mudanças existentes a Reforma Psiquiátrica ainda existem relatos de maus tratos, privações de direitos e fatos determinantes para a perpetuação da cronificação de doenças dentro dos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, esse estudo se constitui como um instrumento na defesa de uma sociedade sem manicômios, e no fortalecimento de direitos, a formação dos profissionais de saúde em ética e humanização do cuidado, e o investimento em serviços comunitários de saúde mental como alternativa aos internamentos prolongados em hospitais.

**Palavras chave:** loucura; hospital psiquiátrico; privação; desinstitucionalização; narrativas pessoais.

## ABSTRACT

Madness has been the object of exclusion since the end of the Middle Ages, where the insane began to suffer the same processes of exclusion as lepers, causing these subjects to be removed from social life, in order to maintain a community cleansing. Thus, in the seventeenth century, there was the institutional creation of psychiatric hospitalizations, thus opening doors to the conception of asylums. Thus, in the mid-twentieth century, asylums were considered the most effective therapeutic mode for the reestablishment of the individual. Therefore, this fact has generated several discussions since the 70s, as a result of complaints of mistreatment and deprivation of rights, within psychiatric hospitals, resulting in several movements that have changed the scenario of care to madness, until the present day. Thus, by knowing the perception of those who experienced the moment of hospitalization, they bring the speech as a possible place of denunciation in the face of the psychiatric hospitals that still exist, thus being able to legitimize the discourse of the mentally ill. In this sense, the study aims to know the histories and experiences of users who went through psychiatric hospitalization after the Reform process. It was a qualitative study, with data analysis, will have as a theoretical-methodological perspective the Thematic Oral History, which is characterized as a narrative of a fact, of those who witnessed an event or that at least has some nuance that is debatable, being carried out at the Psychosocial Care Center III, in the city of Campina Grande-PB, with service users who went through some episode of psychiatric hospitalization, and that they were duly registered in the service. The study had 6 collaborators, in which data collection was carried out through an interview with a semi-structured script. The analysis of the data obtained from the interviews occurred through the categorization of the axes and subaxes proposed by Meihy's Oral History. By analyzing the oralities, it was possible to perceive that even after the changes that existed in the Psychiatric Reform, there are still reports of mistreatment, deprivation of rights and determinant facts for the perpetuation of the chronicity of diseases within psychiatric hospitals. In this sense, this study constitutes an instrument in the defense of a society without asylums, and in the strengthening of rights, the adequate training of health professionals in ethics and humanization of care, and the investment in community mental health services as an alternative to prolonged hospitalizations in hospitals.

**Keywords:** madness; psychiatric hospital; deprivation; deinstitutionalization; personal narratives.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b>	Especificidade dos Caps .....	24
<b>Quadro 2.</b>	Dados Sociodemográficos dos colaboradores da pesquisa .....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil ou infanto-juvenil
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
HP	Hospital Psiquiátrico
ICANERF	Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAP	Núcleo de Assistência Psiquiátrica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO: AQUELE SOMBRIO LUGAR DE DOR E ANGÚSTIA</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>RESGATE HITÓRICO: SABERES E PRÁTICAS SOBRE O ADOECIMENTO PSÍQUICO</b>	<b>18</b>
2.1	O início do cuidado ao doente mental no Brasil	21
<b>3</b>	<b>OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS APÓS A INSTAURAÇÃO DA REFORMA</b>	<b>27</b>
3.1	Hospitais Psiquiátricos em Campina Grande – PB	29
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: O PERPASSAR DA TORVA</b>	<b>34</b>
4.1	Tipo do estudo	34
4.2	Local da pesquisa	34
4.3	População e Amostra	35
4.4	Crítérios de Inclusão e Exclusão	35
4.5	Colaboradores	35
4.7	Análise do material	37
4.8	Aspectos éticos	38
<b>5</b>	<b>RESULTADOS: A LOUCURA, A DEGRADAÇÃO HUMANA – O HORROR DESSE ESPETÁCULO</b>	<b>40</b>
5.1	Dados sociodemográficos dos colaboradores da pesquisa	40
5.2	Histórias: Da Gaiola a Liberdade	42
5.2.1	<i>João de barro</i>	42
5.2.2	<i>Albatroz</i>	45
5.2.3	<i>Freira da madeira</i>	48
5.2.4	<i>Beija flor</i>	50
5.2.5	<i>Águia cinzenta</i>	52
5.2.6	<i>Curió</i>	54
<b>6</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO: “O MUNDO DO INTERNADO”</b>	<b>55</b>
6.1	Eixo 1- Paradigma novo e modelo antigo: o hospital psiquiátrico ainda como características de instituições totais após a reforma	56
6.1.1	<i>Subeixo 1- Despersonificação e desculturamento/ Excesso de medicação</i>	56
6.1.2	<i>Subeixo 2- Espaço de maus tratos e cronificador de doenças</i>	61
6.2	Eixo 2- A importância dos Centros de Atenção Psicossociais enquanto serviços substitutivos para o cuidado em saúde mental	69
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: “OS FIOS QUE AMARRARAM ESSA COSTURA”</b>	<b>77</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A – LEVANTAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI) .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO D - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO: AQUELE SOMBRIO LUGAR DE DOR E ANGÚSTIA

*“Todas essas explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris” ...*

Lima Barreto

Caminhar por esse caminho tão árduo, o qual é o de ressignificar o lugar da loucura entre nós, me acompanha em passos lentos desde o período da minha graduação em Enfermagem, onde fui afetada pelo campo da Saúde Mental e Psiquiatria, e assim decidi enveredar e explorar os saberes de forma que eu pudesse contribuir com esse cenário que por diversas vezes é estigmatizado.

Poder conhecer e estudar mais a fundo o processo da Reforma Psiquiátrica (RP), e todo o ensejo da Luta Antimanicomial me despertou a vontade de ir para campo visualizar como tudo aconteceu e acontece na prática, no qual tive o grande privilégio de poder realizar um estágio extracurricular não obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II da cidade de Cuité – PB, cidade a qual realizei minha graduação em um campus de extensão da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Assim, diante a frutífera oportunidade em conversas diárias com os usuários do serviço, os mesmos mostravam uma necessidade imensa de poder ter um momento de escuta sobre suas vivências diante o momento de suas internações, relatando o quanto o estar internado em um hospital psiquiátrico é danoso ao ser.

Dessa forma, surgiu a minha primeira pesquisa sobre a RP, com enfoque nas possíveis privações de direitos que cercaram ou cercam esses lugares mascarados de cuidado em saúde, onde emergiram diversos discursos relacionados a privação através da contação de suas histórias sobre o momento das internações psiquiátricas.

As privações que compõem a esfera do sistema assistencial em saúde mental, sejam elas restritivas do direito de ir e vir ou do direito de ser enquanto sujeito em tempo e espaço, fazem o viver no hospital psiquiátrico um confronto com o ponto de vista existencial, pelo fato da existência de um poder ordenador de vida.

Não obstante, e não satisfeita com as privações contadas, o questionamento sobre: por que as políticas públicas de saúde mental não estavam/estão sendo garantidas mesmo após as diversas mudanças do processo da RP? Então, diante dessa inquietude surgiu a idealização da construção dessa dissertação, e em poder dar vez e voz para quem vivenciou o momento da internação, trazendo a fala como um possível lugar de denúncia diante os hospitais psiquiátricos ainda existentes, podendo dessa forma legitimar o discurso do doente mental.

Nessa perspectiva, caminharei juntamente a socio poética através da história oral, me propondo a considerar as diversas dimensões na produção de conhecimento, valorizando os saberes diversos (éticos, científicos, filosóficos e intuitivos), respeitando as suas diferenças, nessa perspectiva o intuito será analisar as verdades que forem trazidas, podendo desempenhar um papel de construção e desconstrução sobre o fato contado (Silveira, Almeida, Macedo, Alencar, & Araújo, 2008).

Dessa natureza, presando pela fala e as narrativas dos sujeitos, ao ter acesso a uma pesquisa realizada por Vechi (2004), foram identificados alguns discursos a respeito da loucura no Brasil, apresentando três tendências discursivas: a primeira, traz a manicomial e psiquiátrica, introduzindo falas sobre a loucura e seus rebaixamentos; o segundo, expõe um discurso sobre saúde mental, com aspectos biopsicossociais, e o terceiro, mostra um discurso sobre desinstitucionalização.

Vechi (2004), então, concluiu em seu estudo, expondo a importância de pesquisas que tragam narrativas sob ótica de pessoas que passaram por instituições psiquiátricas, para que se possa construir um novo lugar social, dando um lugar de fala e escuta para esses sujeitos.

Com tal característica preponente a loucura, torna-se notório que existe uma relação entre instituições de assistência psiquiátricas e violência, relação esta que é tão antiga quanto a psiquiatria. Existem também, algumas nomenclaturas sobre os locais que abrigavam, recolhiam ou davam algum tipo de assistência ao “louco”: sanatório, hospício, manicômio ou hospitais psiquiátricos, termos com o mesmo significado de instituições de enclausuramento, mas que foram emergindo e difundindo-se conforme o passar dos anos, e contextos históricos (Passos, 2021).

Citar a lógica manicomial, necessariamente, requer suscitar o que foi e ainda são. Estes locais, historicamente são considerados o símbolo da exclusão de pessoas tidas como inaptas socialmente ou improdutivas ao capitalismo, devido ao diagnóstico de transtorno mental, argumentos estes apoiados no saber médico centralizador do século XVIII, e tornou aceitável o tratamento desumano e cronificador aos sujeitos socialmente indesejados (Ignatowski, 2018).

Os manicômios, eram espaços de confinamento sem possibilidade de contato extramuros, com métodos disciplinares coercitivos como contenção física ou química pelo uso exacerbado de medicações, e outros recursos de violação de direitos humanos para manobrar

uma grande massa de sujeitos com o intuito de manter a ordem, organização, e a limpeza das cidades, pois era preciso retirar das "vistas" os diferentes (Cardoso et. al., 2020).

Desse modo, Goffman (1961) em sua obra “Prisões, manicômios e conventos”, dialoga sobre os sistemas de internação e sobre a legitimação das doenças mentais, trazendo assim as instituições totais como uma possível ferramenta de “tratamento”. Assim, o autor traz como exemplo dessas instituições, o manicômio/hospital psiquiátrico que seguem a lógica de fechamento e controle sob os que lá estão, em que essas instituições são marcadas pelo considerável isolamento físico-social, no qual o tempo é rigidamente administrado.

As “instituições totais”, referem-se às instituições com características de “isolamento”, simbolizadas pelo aspecto físico, concreto e de “fechamento” (Pestana, 2014). Tal conceito tem sido utilizado, sobretudo no âmbito das ciências sociais sob distintas terminologias, a saber: no qual dito por Goffman (1961), o caráter total desses lugares é simbolizado pela barreira de relação social com o mundo externo, e nas proibições de saída, despersonalizando e normatizando o sujeito.

Segundo Duarte (2018), os hospitais psiquiátricos trazem consigo a marca da repressão e do extremo controle sobre os indivíduos considerados por eles incapazes de serem responsáveis por sua própria vida. Na linguagem mais exata de algumas das mais antigas instituições totais, nesses locais existiam uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu, fatos que são geradores de sofrimento no sujeito.

Portanto, De Oliveira Pena (2016), traz que o processo de admissão do indivíduo, já é produtor de processos mortificantes pelo evento da imposição de comportamentos regidos pelas regras da instituição, fatos, que quase sempre acompanham todo o período da internação. Além do processo de “desculturamento”, marcado pelo afastamento do indivíduo da oportunidade de acompanhar as mudanças sociais do mundo externo (Goffman, 1961).

Assim, ao analisar a situação do paciente internado, ele passa a não ser considerado sujeito de si, pois o confinamento traz como consequência a anulação da sua subjetividade. A experiência da mortificação era uma violência silenciosa provocada pela intensidade que é ser privado de si, dos seus direitos, incluindo aqueles mais básicos, como o direito a sua personalidade, e passavam a ser objetos manipulados pelas instituições da forma que era conveniente (Santana, 2015).

Esse processo de subtração de si, para Pestana (2014), acabava resultando em uma alienação mental, favorecendo a cultura institucional, em que, o funcionamento das

instituições totais na sociedade, passavam a ser de estufas, para mudar a essência e comportamento das pessoas, sendo um experimento sobre o que se podia fazer ao corpo.

Assim, cabe destacar que os manicômios ainda englobavam a não possibilidade de troca entre os sujeitos, sejam eles internados ou equipe, e essa realidade pôde ser retratada no cenário da literatura na década de 50, com Lima Barreto em seus escritos intitulado: “Diário do Hospício o Cemitério do Vivos”, onde o problema do autor com o alcoolismo o levou a passar por alguns episódios de internações psiquiátricas, e no âmbito de suas internações dando vida a uma das obras da literatura brasileira que questionava sobre os cuidados prestados aos alienados, sobre o modelo centralizador, curativo da medicina, e mortificador:

“[...] nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da idade média: o sequestro[...]. Aqui no hospício com suas divisões de classe eu só vejo um cemitério. Todos eles estão na mão de um poder que é mais forte do que a morte.” (Lima Barreto, 1953, p74).

Igualmente, os cenários narrados pelo autor da época relevam situações de crueldade, o que traz a necessidade de um olhar para as formas de cuidado e assistência em saúde mental que estavam sendo realizadas anteriormente. Esta realidade, também foi retratada na literatura e pela mídia nacional atual, através dos escritos da jornalista Daniela Arbex, a qual é dedicada a defesa dos direitos humanos, com a obra “Holocausto Brasileiro” (2013), que retrata a dura realidade das pessoas que foram internadas no Hospital Colônia de Barbacena – Minas Gerais. Desse modo a autora narra as barbaridades pela triste poética dos confinados, trazendo para a cena as desumanidades mascaradas de cuidado em saúde.

O tema da lógica manicomial também passou a ser retrato em forma de filmes, ganhando mais historicidade com a obra baseada em fatos reais da vida do autor Eduardo Bueno em “O bicho de sete cabeças” em 2001, retratando a violência física, química e psicológica que era praticada contra pessoas com transtornos mentais dentro dos hospitais psiquiátricos, obra esta que acaba representando a voz de milhares de pessoas que foram vítimas das privações que ocorriam dentro desses locais.

Outra obra também lançada, com enorme importância retratando a vida sob administração dos hospitais psiquiátricos, é “Nise: o coração da loucura”, o qual conta sobre o trabalho de Nise da Silveira renomada psiquiatra, no manicômio do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, a qual foi inteiramente descredibilizada por prover de práticas humanistas em seus tratamentos aos “loucos”, o que para o modelo hospitalocêntrico da época era inadmissível.

Ainda em vista, perpassando a narrativa pela ótica da dramaturgia, pode-se ainda citar nesse enredo de privações, a história real contada de “Damião Ximenes”, o qual sofreu maus tratos, tortura e chegou a óbito nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral – CE, e a instituição no intuito de se ausentar de suas responsabilidades registrou o ocorrido como “morte natural”. Porém, a irmã de Damião, Irene Ximenes, entrou com uma petição perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), denunciando as violações, o qual resultou em condenação para o Brasil pelas violações de direito à vida.

Diante ao exposto, podemos afirmar que o cenário manicomial e seus entraves, estão ganhando os debates em sociedade, mesmo que por vezes sejam limitados, o tema vem tecendo espaços de fala no âmbito acadêmico, na dramaturgia, literatura e telejornais.

Assim, justifica-se a necessidade de ampliar a temática a partir da percepção das pessoas que passaram pela situação da institucionalização, para que se possa fortalecer a qualidade da atenção voltada para este público, para que todo o percurso caminhado pelos ganhos da RP não seja inviabilizado, pois a reforma deveria ser um processo de mudança e não um movimento de mesclagem que caminha entre o velho e novo.

Nesse sentido, esta pesquisa também visa ocupar a lacuna nos estudos regionais e nacionais sobre os usuários dos serviços substitutivos que passaram por internações psiquiátricas, ao estudar o modo como essas pessoas constroem suas histórias para si por meio de seus relatos.

Por conseguinte, a questão fundamental que esse estudo também abordará será o de visualizar qual o lugar social que o hospital psiquiátrico ainda ocupa na atualidade. Diante a temática escolhida, esta dissertação visa como objetivo geral: Conhecer as histórias e vivências dos usuários que passaram pela internação psiquiátrica após o processo da Reforma.

O capítulo 2 intitulado “Os saberes e práticas sobre o adoecimento psíquico”, traz a discussão sobre a estrutura de exclusão da loucura ao longo da história e os seus desdobramentos, passeando também sobre o cuidado ao doente mental no Brasil.

O capítulo 3 intitulado “Os hospitais psiquiátricos após a instauração da Reforma” fala sobre os avanços conseguidos após a instauração da Luta Antimanicomial, como as lacunas ainda persistentes, trazendo também um enfoque a cidade de Campina Grande – PB, local da realização dessa pesquisa.

O capítulo 4 “Procedimentos Metodológicos: o perpassar da torva”, traz a descrição minuciosa dos caminhos percorridos e adotados para a realização e elaboração dessa 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” o qual é intitulado: “A loucura, a degradação humana – o horror desse espetáculo”, apresentam as histórias sensíveis dos colaboradores dessa pesquisa na íntegra, preservando todos os fatos narrados.

O capítulo 6 “Discussões” nomeado: “O mundo do internado”, discute os resultados obtidos na pesquisa através da divisão de eixos temáticos discutidos em tópicos específicos: 1- “Paradigma novo e modelo antigo: o hospital psiquiátrico ainda como características de instituições totais após a reforma” e, 2- “A importância dos Centros de Atenção Psicossociais enquanto serviços substitutivos para egressos de hospitais psiquiátricos”.

O capítulo 7 “Considerações Finais: Os fios que amarraram essa costura”, traz as inquietações sob o tema, e observações a partir da análise desse estudo.

## 2 RESGATE HISTÓRICO: SABERES E PRÁTICAS SOBRE O ADOECIMENTO PSÍQUICO

*“Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só”.*

Lima Barreto

Em a “História da Loucura” de Michel Foucault, o mesmo passeia sobre o que ele chama de estrutura de exclusão do fenômeno da loucura. Exclusão que começa com os leprosários ao final da idade média, lugares que eram tidos como obscuros, de segregação de ações com intuito de abastar a lepra, mas, seu real objetivo era de mantê-la com uma certa distância da sociedade (Foucault, 2013, p. 6).

Dois séculos depois do desaparecimento da lepra, esses lugares passaram a ser destinados para o tratamento de doenças venéreas, e após isso, os leprosários passaram a ser utilizados para tratar todos os tipos de doença, inclusive os vagabundos (Batista, 2014); e os “cabeças alienadas” como denominou Foucault (1991).

O louco passou a sofrer os mesmos processos de exclusão que os leprosos; nesse contexto, a loucura começou a ser vista como perturbação, desordem e petulância da paz social, o que fazia com que essas pessoas fossem retiradas do convívio social, com a finalidade de manter as aparências de uma sociedade limpa (Torre & Amarante, 2001).

Existe uma representação histórica muito forte em relação ao olhar sobre a loucura. Sendo ele intimamente ligado aos surgimentos dos manicômios, mais tarde chamados de hospitais psiquiátricos, ambos ligados a períodos de diferentes épocas históricas, divididas por Pessotti (1994), em períodos de antiguidade clássica (pensadores gregos); século XV e XVI (exorcistas); século XVII e XVIII (enfoque médico); e século XIX (manicômios).

As internações psiquiátricas são criações institucionais próprias do século XVII e os manicômios começaram a surgir de forma mais sistemática. Não por acaso, pois este momento histórico coincide com a Revolução Francesa, que foi resultado de uma crise econômica, política e social que teve consequência direta de uma sociedade marcada pela desigualdade típica do Antigo Regime (De Rolemberg Figueirêdo & Delevati & Tavares, 2014).

No entanto, as práticas e estruturas dentro dessas instituições passam a ser objeto de intensa investigação. Erving Goffman, sociólogo, introduziu o conceito de Instituições Totais, onde os indivíduos são despojados de suas antigas identidades e passam por uma transformação moral na carreira dentro desses locais. Essa transformação não é apenas uma

jornada pessoal, mas resultado da dinâmica de controle e poder da instituição (Muhl, 2019).

Mais tarde, com a criação do Hospital Geral de Paris em 1656, que pode ser considerado como um marco do fenômeno experienciado no século, que passou a ser denominado por Foucault, como “grande internação” que servia de ocultação da miséria diante das transformações da sociedade. Portanto, este marco não ficou conhecido somente por suas funções de enclausuramento e internação da loucura, mas também como exclusão dos pobres em geral, no qual, Desviat (1999), afirmava que o enclausuramento em asilos de mendigos foi uma das respostas a desorganização social e a crise econômica provocadas pela mudança do modo de produção.

Assim, a prática da internação acabou se espalhando por diversos países da Europa, e foram criadas inúmeras casas de internação, na Alemanha criaram as Casas de Detenção em 1620, a Inglaterra tinha as Casas de Correção desde 1575, e a Escócia as Casas de Trabalho em 1670, onde a miséria e a loucura precisavam ser banidas e o internamento era o caminho, por não se adaptarem a nova forma de produzir, em que as casas de trabalho e as colônias tinham a mão de obra como "forma de tratamento", e a produção poderia não ser no sentido de gerar capital, mas ocorria outro tipo de produção que também era vinculado ao capitalismo, o trabalhar para "pagar" o "próprio tratamento", como uma maneira disciplinar pela exploração do corpo pelo poder médico. Reiterando, que nesse período não havia nenhuma preocupação médica com a loucura, somente no final do século XVIII, que essa situação passa a ser modificada, e a loucura passa para o status de doença mental (Koda & Amarante, 2003).

No fim do século XVIII e no início do século XIX, surgiram os asilos com valor terapêutico, e a loucura como objeto, passou a ser definida como “alienação mental”, como proposto por Pinel, sendo integrada ao campo da medicina (Batista, 2014).

O campo da psiquiatria enquanto saber médico também emerge com Pinel, pois ele exime as amarras dos alienados, e propõem diversas medidas de cunho administrativos para os hospícios, assim os espaços asilares passam a ser considerados como única conduta de tratamento para os alienados, como também o único espaço considerado capaz de fazer o trabalho médico, pois a loucura foi transformada em doença mental, colocando-a sobre amparo do saber médico (Santos et. al., 2018).

Do século XIX até meados do XX, o manicômio foi considerado como modo terapêutico mais eficaz, reconhecendo práticas de sequestro, isolamento, e coerção como mal necessário, para reestabelecimento do indivíduo, esquecendo somente que essas tais práticas

desonravam o ser (Mateus, 2013).

De tal modo, somente no século XX, no período pós Segunda Guerra Mundial, que as críticas diante aos atos de atrocidade que aconteciam no interior dos manicômios começam a ganhar voz, e incitar mudanças e reformas na estrutura do tratamento psíquico. Então, as experiências de transformações passam a ser realizadas a partir de 1940, no qual a literatura se divide em três grandes experiências: a primeira, aborda a psiquiatria a partir do modelo do hospital psiquiátrico (comunidade terapêutica); a segunda, assumia a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento (psicoterapia de setor); e a terceira, dirigia os questionamentos a psiquiatria em si, aos saberes e práticas (psiquiatria democrática italiana) (Heidrich, 2007).

Segundo Amarante (2003), todas essas três experiências de reforma têm em comum o fator de questionar o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico, partindo do pressuposto que nenhuma delas auxilia no processo de recuperação dos sujeitos, com exceção das experiências italianas de desinstitucionalização.

O processo italiano teve início com Franco Basaglia na década de 1960, quando ele assume a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia comuna italiana, e cria o movimento denominado psiquiatria democrática, que acaba se intensificando em 1971 quando ele também assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste, no qual o movimento estava centrado na luta contra o manicômio que visava a recuperação da cidadania dos doentes mentais, fato que se expandiu rapidamente como um ideal de reforma (Yasui, 2011).

Dessa forma, Basaglia (1979), afirmou que invenção dessa experiência era fechar as portas para a mistura da psiquiatria e a miséria, e levar em consideração que o doente mental, não é só um doente, mas um sujeito com todas as suas necessidades, e que elas devem ser respeitadas. Ou seja, o ensaio italiano levava em consideração analisar o manicômio e as relações de exploração e opressões presentes neles e na sociedade.

Portanto, se inicia no Hospital Psiquiátrico de Trieste o trabalho de completo fechamento e desmonte da estrutura manicomial, dando início a construção de um complexo de assistência psiquiátrica, o qual ficou conhecido como desinstitucionalização. Com isso, chega o fim da violência e da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a construção de um atendimento que oferecesse formas de construção de subjetividades aos que necessitassem de assistência psiquiátrica (Rotelli, 2000).

Logo, uma grande vitória foi obtida com a aprovação da lei 180, em 1978, que previa medidas até então inéditas na legislação internacional, tais como a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais e a eliminação da custódia (Yasui, 2011).

Então, a eliminação do hospital psiquiátrico foi considerada o ponto de chegada e não de partida, assim, as características da experiência italiana têm sido consideradas guia para a experiência brasileira, trazendo um enfoque para o que pode ser denominado de paradigma da desinstitucionalização (Heidrich, 2007).

## **2.1 O início do cuidado ao doente mental no Brasil**

No Brasil, no início do século XIX, a loucura passou a ser vista como perturbação e desordem, com isso diferentes modelos de assistência marcam a trajetória da saúde mental no país, no qual a gênese do cuidado institucionalizado é marcada pela criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro em 1841, inspirado no modelo francês elaborado por Pinel e Esquirol, que diziam que era um espaço designado para a cura (Sampaio & Bispo & Júnior, 2020).

Assim, da mesma forma que em diversos países da Europa, o Brasil também passa a caracterizar a loucura como um problema que deveria ser resolvido pelo Estado. Então, conforme desenvolvimento da sociedade, o dito doente mental pôde desfrutar de liberdade por muito tempo, porém ele passa a ter seus direitos cerceados por não conseguir se adequar a ordem social (Resende, 2000).

Portanto, seguindo os passos da história, em 1912, foi promulgada a primeira lei Federal de Assistência aos Alienados, que tinha como principal objetivo modernizar a assistência aos alienados e dar diretrizes para todo o país, ao mesmo tempo em que foi desdobramento do decreto 142-A que desvinculou o Hospício Pedro II da Santa Casa e criou o Hospital Nacional de Alienados. Ainda, seguindo o ganho da psiquiatria como especialidade médica autônoma, o que acarretou em um aumento das instituições psiquiátricas, podendo tornar perceptível a criação de uma estrutura manicomial de espaços de poder disciplinares por meio de hospitais ou clínicas especializadas (De Rolemberg Figueirêdo & Delevati & Tavares, 2014).

Desde então, o hospício ocupou o lugar central no modelo de assistência a loucura, com um aprofundamento do caráter asilar e de uma normalização social, com uma certa

intensificação dos atos violentos e da teoria eugênica, que se ancorava no objetivo de uma limpeza social, onde os ditos considerados improdutivos socialmente eram esquecidos nesses locais à exemplo: prostitutas, alcoolistas, usuários de drogas, mães solteiras, pessoas em situação de rua, e os doentes mentais (Coelho & De Sousa Rodrigues & Silva, 2021).

Neste momento, a necessidade de uma limpeza social obriga o Estado a responder com táticas de saneamento tanto ligadas a saúde mental, como as ligadas as epidemias que saíam das camadas mais baixas da população, pois na década de 1950, no Brasil não existia uma estrutura sanitária permanente e descentralizada, mas sim um modelo sanitário campanhista, focando apenas na resolução de doenças de massas pestilenciais (Zambenedetti, 2008; Yasui, 2011).

Porém, esse modelo assistencial existente naquele momento, não suportava as necessidades, se mostrando cada vez mais ineficaz a resolução dos problemas de saúde, visto que dispunha de uma baixa cobertura, abarcando somente problemas bem específicos, e por ser uma política centralizadora não incluía os marginalizados (Mendes, 1993).

Desse modo, foram realizadas diversas conferências para discutir sobre a resolução desses problemas, como a Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, sugerindo a extensão da cobertura de saúde, já em relação a doença mental, a necessidade da constituição de serviços ambulatoriais. Mas, apesar das discussões, o cenário em saúde acaba tomando outros rumos, onde em 1964 com o início da ditadura militar as políticas de saúde optam pela compra de leitos em hospitais psiquiátricos (Mendes, 1995).

Portanto, com os efeitos desses atos, pode-se citar a produção da “indústria da loucura”, em que a doença mental passa a ser transformada em lucro, emergindo uma grande proliferação de hospitais psiquiátricos. Então em 1970 começam a surgir propostas de reorganização da assistência em saúde de um modo geral, a partir de um projeto de Reforma Sanitária (RS), que foi responsável por diversas discussões em torno de propostas para mudanças no setor de saúde, este tendo uma importante participação na concretização de mudanças nas políticas de saúde e no movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil (Carvalho & Amarante, 1995; Heidrich, 2007).

Os primeiros movimentos relacionados a psiquiatria brasileira surgem quando profissionais recém-formados encontram um cenário de descaso e violência nos serviços que eram destinados a ofertar um cuidado em saúde, então o primeiro momento diz respeito a criação dos Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que tinha como

propósito a reformulação de assistência psiquiátrica, com participação da sociedade nas discussões das transformações (Amarante & Nunes, 2018).

Também com objetivo de uma mudança na sociedade de um modo geral, o MTSM se articula ao movimento da RS, trazendo duras críticas a privatização da saúde no Brasil, e a uma assistência hospitalocêntrica, psiquiátrica ou não. Com isso, articulado ao movimento sanitarista, o MTSM passa a organizar e participar de diversos eventos discutindo sobre a problemática da assistência psiquiátrica no Brasil (Ramos & Paiva & Guimarães, 2019).

Assim, no ano de 1987, depois da realização de diversos congressos e conferências, o MTSM, convoca a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), onde no encontro nasce a proposta de uma “sociedade sem manicômios”, fazendo uma alusão ao paradigma da desinstitucionalização italiana, revelando transformações significativas no movimento expondo uma luta contra a violência e segregação, com isso surge a transformação para Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), como também mudança nos termos propostos, saindo de assistência psiquiátrica para o cuidado em saúde mental e posteriormente atenção psicossocial (Paiva et. al., 2021).

Uma vez constituído como Movimento da Luta Antimanicomial, eles passaram a organizar núcleos em praticamente todas grandes cidades do país. Elemento decisivo para esta ampliação foi a criação, em Bauru, do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O dia 18 de Maio serviria para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico (Amarante & Nunes, 2018).

De tal modo, ainda no ano de 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil – Luiz Rocha Cerqueira, como um modelo assistencial de cuidado representando assim uma alternativa ao modelo psiquiátrico atual. Dois anos mais tarde em 1989, foi implementado um sistema psiquiátrico substitutivo ao manicomial, no qual surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e com essas experiências de serviços de substituição, em setembro de 1989, o deputado Paulo Delgado, apresenta o Projeto de Lei 3.657/89 que pedia a extinção progressivas dos manicômios e a criação de serviços substitutivos assistenciais, que acabou se tornando centro de diversos debates em saúde mental (Freire et al., 2004).

O projeto de lei em questão ficou aproximadamente 12 anos em tramitação, após muitas negações, idas e vindas, para ser aprovado ele foi modificado pelo senado, ao projeto de lei n. ° 8, da Câmara, e se torna a lei n. ° 10.216, de 2001, que passa a nortear a política

pública de saúde mental, redirecionando os cuidados no tratamento, e fornecendo proteção e direitos as pessoas com transtornos mentais (Prates, 2011).

No projeto de lei inicial, ficava vetado a construção de novos hospitais psiquiátricos em território brasileiro, bem como contratação e financiamento governamental para essas instituições, porém, no projeto modificado no artigo 4º para:

“O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada ou quando esses hospitais representarem efetivo avanço no modelo de assistência hospitalar, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras” (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, artigo 4).

Em contrapartida, um marco relevante para as políticas de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), foi a reorganização dos serviços dos CAPS, o qual se deu pela portaria nº 336, de 19/02 de 2002, que redefiniu os ofícios, criando centros de acordo a especificidade e necessidade de cada sujeito. Passando a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infantil ou infanto-juvenil) e CAPS ad (álcool e drogas) e CAPS ad IV (Amarante & Nunes, 2018).

Então, as modalidades criadas têm como intuito poder ofertar um cuidado centrado na singularidade de cada indivíduo, e para melhor visualização das especificações dos serviços segue uma tabela explicativa com as seguintes modalidades dos CAPS:

**Quadro 1: Especificidade dos Caps**

<b>Modalidades CAPS</b>	<b>Especificidades do Serviço</b>
CAPS I	Trabalha com todas faixas etárias para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atendendo cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
CAPS II	Trabalha com as mesmas especificidades do CAPS I, sendo que atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS III	Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS i	Recebem crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS ad	Atendem a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS ad V	Trabalha com as mesmas especificidades do CAPS ad, sendo que atende cidades e ou regiões com pelo menos 500 mil habitantes.

Fonte: Centro de Atenção Psicossocial. Brasil, 2023.

Com isso, os CAPS se estruturam como serviços responsáveis por ofertarem um atendimento diário, organizando-se de forma que o usuário caso necessite possa frequentar o serviço diariamente de acordo com as suas demandas, sendo oferecidas atividades dinâmicas e terapêuticas por uma equipe multidisciplinar incluindo as especificidades de sua clientela e da cidade ou local onde estão inseridos, porém ainda torna-se importante ressaltar que embora seja esse o objetivo dos CAPS, o financiamento insuficiente, a falta de espaços próprios, a formação profissional inadequada e a alta demanda, tem sido obstáculos importantes para alcançar tal objetivo (Ribeiro, 2004).

Dentro de todos esses avanços no cenário, no ano de 2011 foi instituído a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é um conjunto de diferentes serviços disponíveis nas cidades e comunidades, que articulados formam uma rede, devendo ser capaz de cuidar das pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso de drogas, bem como a seus familiares, nas suas diferentes necessidades (Brasil, 2023).

A RAPS, passa a ser formada pelos serviços de atenção à saúde, os quais a Reforma Psiquiátrica lutou para a sua elaboração, como, CAPS em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico, Hospital Psiquiátrico, Atenção Básica, Programa de Volta para Casa, Consultório na Rua, Centros de Convivência, Hospital Dia, Serviços de Urgências, entre outros serviços indispensáveis e importantes para o processo de desinstitucionalização e melhoria nas condições de trabalho. Trazendo alternativas de tratamento com o objetivo de não reproduzir o modelo psiquiátrico clássico (Brasil, 2022).

Dessa forma, a reestruturação dos serviços em psiquiatria contempla uma ruptura com o paradigma clínico, e traz um olhar para a construção de possibilidades de práticas de saúde que enxergam o sujeito como um todo, não somente pela visão tecnicista biomédica, mas sim,

com uma possibilidade da construção de estruturas externas substitutivas a internação no manicômio (Hirdes, 2009).

### 3 OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS APÓS A INSTAURAÇÃO DA REFORMA

Com todos os avanços existentes no caminhar da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o processo de reestruturação dos serviços teve grande desenvolvimento respaldado pelas diversas portarias, projetos e leis ministeriais que inclinavam para a criação e consolidação de uma rede de cuidados em saúde mental, esperando-se, que a reforma abandonasse o modelo anterior, banindo o ambiente psiquiátrico do cenário (Paiva & Yamamoto, 2007).

Portanto, com a sanção da Lei nº 10.216 de 2001, que teve como marca registrada o fechamento gradual de manicômios e internação do paciente somente se o tratamento extra hospitalar se mostrar ineficaz, pedintando a reinserção do indivíduo em sociedade após estabilização do caso. Ademais, as internações só poderiam ocorrer de acordo com as modalidades descritas em lei como: internação voluntária, com o consentimento do usuário; internação involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória: aquela determinada pela justiça (Brasil, 2001).

Desse modo, se tratando dos serviços hospitalares, segundo o estudo de Paulin e Turato (2004), o período antecedente da reforma nos anos 1941 a 1961 caracterizou-se pelo crescimento vegetativo tanto dos hospitais psiquiátricos públicos quanto dos privados. Em 1941 o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados. Estes últimos, embora em maior número, representavam apenas 19,3% dos leitos psiquiátricos, enquanto que os públicos detinham 80,7%. Já no ano de 1961 o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos e 81 privados.

Atualmente, com a existência do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), criado nos anos 2000, com o objetivo de registrar todas as instituições de saúde públicas e privadas que prestem serviços, desse modo a plataforma contém registrado por categorias o número de estabelecimentos atuantes nos diversos serviços de saúde. Porém, a plataforma não disponibiliza a categoria dos hospitais psiquiátricos, como as demais categorias de hospitais existentes, esse serviço está disposto como uma subcategoria de serviços especializados, o colocando juntamente com as demais especialidades, não dando a opção total existente de hospitais psiquiátricos atuantes no país (Brasil, 2022).

Do mesmo modo, nos dados mais recentes do Ministério da Saúde, no mês de novembro de 2022, não contabilizam o número exato de hospitais psiquiátricos existentes no país, mas expõem o número de 13.877 leitos ativos em hospitais psiquiátricos, e somente no mês de setembro de 2022, somando as cinco regiões do país, tiveram 10.572 internações em

hospitais psiquiátricos, o que comparando os números de leitos e internações, tivemos 76,18% de ocupação desses leitos (Brasil, 2022). O que acaba reverberando um modelo de cuidado centralizador na doença e curativo, pautado pela lógica manicomial supracitado mais acima.

A falta de informação sólida sobre essa categoria de serviços é algo que pode ser citado no anos anteriores, no qual em 2015, o Ministério da Saúde passa a interromper a publicação regular de informações sobre os serviços de saúde mental, em total desrespeito à lei de transparência da informação, que tem como alvo possibilitar que qualquer cidadão possa ter acesso às informações públicas, porém a não publicação dessas informações acaba colocando toda uma luta em situação de invisibilidade (onocko-Campos, 2019).

Outro ponto que deve ser levado em consideração diante a conjuntura do alto número de internações psiquiátricas é o sobre a inserção dos hospitais psiquiátricos e dos ambulatórios de saúde mental, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Resolução nº 32 de 14 de setembro de 2017, em uma reunião sem nenhum tipo de discussão extraordinária pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) que é reconhecida como uma inovação gerencial nas políticas públicas de saúde (Brasil, 2017).

Contudo, inserir o hospital psiquiátrico na RAPS, diante todas as mudanças existentes no cenário perante a Luta Antimanicomial, caracteriza-se como um retrocesso, pois a resolução de nº 32, privilegia os serviços de lógica manicomial em função de investimentos em serviços de saúde mental, estimulando o segmento (Sousa & jorge, 2018).

Seguindo com o que se pode chamar de marcha ré na história da RP, essa resolução ainda conta com uma determinação no reajuste do valor das autorizações de internações hospitalares de hospitais psiquiátricos segundo o tamanho de sua estadia, ou seja, quanto maior o tempo de internação, mais “lucrativo” em termos financeiros para a instituição, indo na contramão da lei 10.216 da RP, que institui que o sujeito precisa ser reinserido em sociedade após estabilização (Brasil, 2001; Brasil, 2017).

A Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017, ainda conta com a criação de mais uma modalidade dos CAPS que também passou a integrar a RAPS, a portaria instituiu o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas IV (CAPS AD IV), que nada mais é do que uma legitimação de exorbitantes financiamentos públicos e federais para as comunidades terapêuticas. À primeira vista, o serviço é apresentado como um estabelecimento que deve funcionar na modalidade aberta, porém os seus contornos diferem dos traços típicos usuais dos CAPS, pois o CAPS AD IV na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde

(SUS), objetifica internações com prazos de 90 dias, e está inserido na modalidade hospitalar, com financiamento de média a alta complexidade (Brasil, 2017; Onocko-Campos, 2019).

Ainda nesse cenário de retrocessos, tem-se o surgimento da Nota Técnica nº 11 de 2019, a qual foi denominada de “nova política nacional de saúde mental”, documento que reúne diversas portarias publicadas entre 2017 e 2018, incluindo nesse documento as citadas mais a cima, deixando aparente o discurso que afirma que todas as mudanças são apenas uma tentativa de melhoria para a RAPS. Como também, é dito que não se considera mais nenhum serviço substitutivo do outro, mas sim, como serviços complementares colocando serviços de cunho asilares na mesma linha que os CAPS na RAPS (Brasil, 2019).

Com todas essas mudanças e criação de resoluções, houve uma repercussão de nível nacional, de várias entidades representativas de profissionais, grupos de pesquisa e núcleos do movimento antimanicomial em todo o país que manifestaram seu repúdio às propostas colocadas nesta nota, no qual o Ministério da Saúde acabou por retirar do ar alguns desses documentos, mas os mesmos certamente cerceiam o caminho que os serviços de saúde mental no Brasil estão trilhando (Passarinho, 2022).

Desse modo, em tom comparativo do “velho com o novo”, e com o objetivo de explicar como ficaram os hospitais psiquiátricos após os avanços da reforma, no último Relatório de Inspeção Nacional (2018), o mesmo traz pontos sobre diversos desvios que ainda acontecem dentro dos hospitais psiquiátricos ainda existentes no país. O relatório mostra a realidade encontrada de violação dos direitos humanos, de pessoas tratadas como “não cidadãos” e submetidas a qualquer tipo de atendimento, as diversas violências sofridas como, sexual, a identidade de gênero, religiosa e outras, como também mantendo a característica asilar e as condições de tratamento cruéis que por lei são proibidas.

A Reforma na Psiquiatria mostra que ainda está em pleno processo no Brasil e exige mudanças socioculturais profundas e de longo prazo, sendo necessário identificar os caminhos já percorridos, reconhecendo todos os avanços, como também as lacunas ainda preexistentes, para podermos traçar novos rumos que firmem os direitos das pessoas com transtornos mentais em serviços que prezem um cuidado humanizado (Goulart & Durães, 2010).

### **3.1 Hospitais Psiquiátricos em Campina Grande – PB**

Na década de 1960, a assistência psiquiátrica em Campina Grande começou com a construção de dois hospitais privados: o Instituto Neuropsiquiátrico Dr. Maia, fundado por Raimundo Maia, o primeiro psiquiatra da cidade, e a Clínica Instituto Campinense Neuropsiquiátrico e Reabilitação Funcional (ICANERF), estabelecida por João Ribeiro (Cavalcante, 2010).

Com isso, a consolidação da Medicina e o surgimento da Psiquiatria em Campina Grande levaram à necessidade de separação entre o doente mental e os considerados normais, como parte do processo civilizatório da modernização na região. Segundo Brito (2011, p. 52), o cenário médico local já tinha seus personagens e linguagem próprios, desse modo as pessoas ditas não normais passaram a ser direcionadas para os hospitais a cima citados.

Segundo Medeiros Jr (2009), em Campina Grande, exercia-se o modelo psiquiátrico que era principalmente hospitalar e privado, porém tinha-se incentivos públicos mensais que chegavam até 200 mil reais por mês, para os hospitais privados existentes, para que eles recebessem os ditos “loucos” como forma de controle social. Contudo, esses pacientes eram mantidos em condições sub humanas.

Desse modo Pedro (2018), diz que ao tratar o processo de asilamento brasileiro, pode-se observar 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.

Então, no ano de 1983, diante as necessidades de mudança no cenário, ocorre a III Jornada de Psiquiatria, no qual emerge discussões sobre à Política de Saúde Mental e Assistência Psiquiátrica. Assim, sete anos após essa discussão sobre as necessidades de mudanças na assistência em saúde mental, foi inaugurado o primeiro Núcleo de Assistência Psiquiátrica (NAP) em Campina Grande. O NAP tinha como objetivava oferecer acompanhamento ambulatorial para os sujeitos que recebiam alta dos hospitais psiquiátricos, (Marinho, 2003; Gondin, 2009).

E, logo após, em 1991 e 1996 ocorreram a I e II Conferência Municipal de Saúde, respectivamente. Durante esses eventos, houve debates que destacaram a necessidade de reformular os serviços de saúde mental, adotando os paradigmas reformistas (Azevedo, 2010).

Em 1994, Campina Grande deu início a expansão da Rede de Atenção Básica em Saúde, implantando o Programa de Saúde da Família, e os primeiros bairros escolhidos para receber as cinco equipes pioneiras foram selecionados com base nos indicadores mais

desfavoráveis. A equipe do bairro do Pedregal enfatizou a saúde mental como prioridade de cuidado:

Naquela época, a equipe assumiu o desafio pioneiro de implementar grupos terapêuticos comunitários para promover a saúde mental na atenção básica. Seus objetivos incluíam a redução de internações psiquiátricas, o estímulo ao convívio social e a garantia dos direitos de cidadania. O grupo de saúde mental, conhecido como Casa da Ciranda, revitalizou a autoestima e promoveu a expressão criativa dos participantes, além de fortalecer os laços familiares. Essa prática resultou em uma redução significativa, de 98%, nas internações em hospitais psiquiátricos (Azevedo, 2010, p. 35).

Em 1998, Campina Grande foi designada como Gestor Pleno de Sistema pelo Ministério da Saúde, concedendo autonomia na gestão dos serviços de saúde. Em 2000, durante a III Conferência Municipal de Saúde, foi aprovada a criação do Centro de Convivência para pessoas em sofrimento psíquico. Em 2002, foi promulgada a Lei Municipal de Saúde Mental (Lei nº 4.068/02) (Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, 2003).

Apenas em 2002, com a aprovação da Lei Municipal de Saúde Mental nº 4.068 em Campina Grande, os avanços começaram a ocorrer. Esta lei estabelece diretrizes para a saúde mental, promove a saúde e a reintegração social de pessoas com sofrimento mental, e determina a implementação de ações e serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Codecon, 2007).

Logo após emergiu no cenário o Fórum Permanente de Discussão em Saúde Mental e o I Encontro Regional sobre a Reforma Psiquiátrica que foram cruciais para a discussão e desenvolvimento de novas abordagens de cuidado em saúde mental, contando com a participação dos estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco. (Azevedo, 2010; Kinker, 2007).

Em 2003, a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande avançou, fortalecendo a assistência em saúde mental com a criação de um CAPS II e o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar, apoiada pela intervenção federal do ICANERF. Embora descredenciado do SUS em 2003, o ICANERF continuou operando sem atender aos critérios exigidos. A intervenção federal começou gradualmente em 2004, após o Ministério da Saúde decretar essa medida devido à reprovação contínua do hospital pelo PNASH/Psiquiatria (Cirilo, 2006; Pedro, 2018).

Naquela época, os gestores e coordenadores reconheceram a necessidade de expandir a rede de saúde mental local para atender os ex-internos que retornavam para suas famílias. Assim, novos CAPS foram gradualmente estabelecidos, enquanto as Residências Terapêuticas foram implementadas como uma alternativa mais sensata para proporcionar um ambiente saudável e humano para essas pessoas (Cirilo, 2006).

Durante a intervenção, ocorreu um Processo Seletivo Simplificado, regido pela Universidade Estadual da Paraíba, Ministério da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde de Recife, que convocaram 99 trabalhadores para exercerem cargos nos novos serviços dos CAPS III, CAPSi, Emergência Psiquiátrica e Residências Terapêuticas. Ao final, 65 dos 176 internos foram transferidos para a Unidade de Referência em Saúde Mental, criada como medida provisória até a instalação das residências terapêuticas. Contudo, ainda existiu resistência por parte de alguns médicos que acabaram contestando a ação junto ao Conselho Regional de Medicina, um dia antes da devolução do hospital ao antigo administrador (Cirilo, 2006; Kinker, 2007).

O processo de intervenção enfrentou diversas dificuldades e resistências, porém, possibilitou a reconstrução de vínculos familiares e a reintegração social de muitos internos, que passaram a ser acompanhados no CAPS ou PSF. O término da intervenção e o descredenciamento do ICANERF pelo SUS foram marcados por um evento com o lema "Fechem as portas do hospício, abram as do coração", que contou com a participação de ex-internos e o apoio da Cooperativa dos Artistas, realizado em frente à Unidade de Referência em Saúde Mental (Kinker, 2007).

Convém destacar, que em 2005, seguindo a perspectiva reformista, a rede de cuidados em saúde mental foi expandida com a inauguração da emergência psiquiátrica - Dr Edgley, em um hospital geral da cidade, visando prestar assistência a usuários em crise ou surto psiquiátrico. Esse serviço, que também atende aos municípios pactuados com Campina Grande, pretende garantir o rápido retorno dos pacientes ao convívio social. Ao mesmo tempo, no mesmo ano, houve um significativo aumento nos custos dos serviços de saúde mental da Prefeitura Municipal de Campina Grande, passando de cerca de R\$ 15 mil em janeiro para mais de R\$ 250 mil no final do ano. Esse crescimento expressivo não apenas reflete um aumento nos gastos, mas também representa um passo importante na mudança de modelo de atendimento, além de indicar um aumento nos recursos do Governo Federal para investir na atenção psicossocial (Prefeitura Municipal de Campina Grande, 2010; Medeiros Jr, 2009).

Por fim, atualmente, a cidade dispõe de serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, a Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), como também o serviço de atendimento privado na Clínica Dr Maia, e o Serviços de Urgências Psiquiátricas no Hospital Dr Edigley (Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, 2003).

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: O PERPASSAR DA TORVA**

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 Tipo do estudo**

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, com análise dos dados pela perspectiva teórico metodológica da História Oral (HO), que sugere 3 gêneros que se distinguem fundamentalmente: 1 – história oral de vida, que abrange os relatos vividos; 2 – história oral temática, aquela que apresenta um caráter testemunhal; 3 – tradição oral, que perpassa a expressão oral, no qual a mesma caminha junto com os fenômenos etnográficos (Meihsy, 2005).

Por tanto, visando os objetivos da pesquisa optou-se pelo percurso da História Oral Temática que se caracteriza como uma narrativa de um fato de cunho testemunhal, de quem presenciou um acontecimento ou que pelo menos tenha alguma nuance que seja discutível, onde se admite o uso de um roteiro de entrevista como instrumento para obter as informações desejadas (Meihsy, 2005).

Optou-se pela observação exploratória como objetivo compreender diversos aspectos sobre o tema, buscando especificar mais o assunto, consistindo na realização de uma familiarização do pesquisador com o objeto que está sendo investigado. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Vieira, 2002; Gasque, 2007).

E, a abordagem qualitativa foi elucidada por aprofundar a compreensão de problemas de pessoas e de relacionamento, trabalhando com valores, crenças, representações, aprofundando a complexidade dos fenômenos, fatos e processos, passando pelo observável e indo além ao estabelecer inferências e com a possibilidade de atribuir significados ao comportamento (Da Silva, 2010).

### **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Reviver, localizado

na Rua Cônego Pequeno, nº 257, no bairro Bela Vista, na cidade de Campina Grande/PB.

A escolha do local da pesquisa se deu com o objetivo no qual o CAPS, é um dos serviços de acolhimento as pessoas que passaram por episódios de internações psiquiátricas, pessoas com transtornos mentais, e em sofrimento psíquico. Sendo um espaço, de acompanhamento clínico com abordagem multidisciplinar, e reinserção social pelo acesso ao lazer, direitos civis, e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Além, de ser um serviço substitutivo proposto pela Reforma Psiquiátrica.

O espaço físico dispõe de sala de observação e repouso, salas de consultórios que podem ser utilizadas para atendimento pelos diversos profissionais da equipe multidisciplinar, espaços de recreação e lazer utilizados para as oficinas diárias, refeitório e recepção. Os profissionais que compõem a equipe contam com enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, farmacêutico, educadores físicos, psicopedagogos, cozinheiras e serviço gerais.

#### **4.3 População e Amostra**

Os participantes da pesquisa foram os sujeitos que frequentam o CAPS III Reviver, e que passaram por um ou mais episódios de internação psiquiátrica.

O critério que foi utilizado para delimitar a amostragem foi o ponto de saturação, que implicou no fechamento da amostra do estudo, interrompendo a captação de novos componentes, quando os dados obtidos apresentaram, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (Fontanella & Ricas & Turato, 2008).

#### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Como critérios de inclusão, foram considerados participantes: idade maior de 18 anos, se encontrar cadastrado no serviço CAPS III Reviver, participante ativo de algumas atividades semanais propostas pelo serviço, ter passado por um ou mais episódios de internações psiquiátricas.

E, como critério de exclusão usuários que passaram por internações psiquiátricas em hospitais não localizados no estado da Paraíba.

#### **4.5 Colaboradores**

O colaborador é o indivíduo que irá participar da pesquisa falando sobre a sua experiência vivida, podendo assim contribuir com o objetivo do estudo. A escolha dos colaboradores se deu através de uma comunidade destino, que marca a união de pessoas com dramas comuns vividos, com intensidade e consequências relevantes, onde a partir da comunidade se dispõe a formação de uma colônia. A colônia é um determinado grupo que possui características comuns, com base nisso estrutura-se uma rede, que corresponde a subdivisão da colônia (meihy, 2005).

A comunidade destino do estudo foi composta pelos usuários do CAPS III da cidade de Campina Grande – PB. Já, na colônia permaneceram inseridos os usuários que passaram por uma ou mais internações em hospitais psiquiátricos e a rede comportou os usuários que passaram por essas internações, mas que são acompanhados semanalmente no CAPS e que se encaixam nos critérios de inclusão da pesquisa.

A rede da pesquisa foi composta por 7 usuários, porém seguindo os aspectos éticos e sociohumanitários, 1 entrevista precisou ser encerrada pois o colaborador em questão não apresentou-se confortável durante a formulação das perguntas não conseguindo formular suas respostas, expondo uma inquietação e desconforto, após essa visualização de campo, a entrevista foi encerrada visando o bem estar do colaborador. Então, o estudo foi realizado com 6 usuários devidamente cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial II, porém com diferentes diagnósticos, mas que em algum momento de sua historia se assemelham pela internação psiquiátrica.

#### **4.6 Instrumento do coleta de dados**

A coleta de material foi realizada por meio da técnica de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado, com perguntas de corte já definidas sobre as experiências desses usuários diante das internações em hospital psiquiátrico.

Cada entrevistado assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de Gravação de Voz, após conhecimento dos objetivos do estudo. Para garantia do anonimato foram criados pseudônimos de espécies de passáros, fazendo alusão ao cativo e a liberdade que esses animais experimentam.

Utilizou-se gravador de voz com consentimento para a coleta do material, para a possível transcrição e análise do material empírico coletado e o local e data da entrevista foram de acordo com as oficinas diárias do serviço.

Visto que inicialmente após as autorizações institucionais, enquanto pesquisadora participei de uma reunião de apresentação do projeto para a equipe do serviço, com o intuito de explicar o objetivo da pesquisa como também de realizar uma aproximação com os mesmos. Por conseguinte, fui apresentada aos usuários do serviço no momento da oficina diária matinal, onde eu me inseri na atividade como forma de aproximação a rotina já estabelecida, no qual passei a frequentar semanalmente essas oficinas para após o seu término poder realizar a entrevista com quem se dispusesse.

Comumente, também foram coletadas informações sociodemográficas, produzido pela pesquisadora que constam também no (Apêndice A), o questionário é composto por perguntas fechadas que visam realizar um levantamento sociodemográfico dos participantes da pesquisa. O questionário contém informações sobre idade, escolaridade, renda, cor/raça, estado civil, filhos, se trabalham atualmente, número de internações, as quais foram respondidas pelos participantes.

#### **4.7 Análise do material**

O material obtido foi analisado pela técnica história oral temática, a qual possui uma entrevista de caráter temático sobre um assunto específico (De Freitas, 2006). Sendo assim, a história oral permeou três fases para melhor desenvolver a etapa da entrevista: pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista.

A pré-entrevista, foi marcada pela visita ao campo, identificação dos colaboradores, esclarecimento em relação ao projeto e seus objetivos e agendamento das oficinas e entrevistas conforme a disponibilidade e vontade de cada depoente.

Na fase seguinte a pesquisadora em questão participou das oficinas matinais já estabelecidas pelo serviço, com o intuito de aproximação do campo e dos colaboradores, para após as oficinas realizar as entrevistas com os colaboradores que se dispusessem.

Na última fase, a pós-entrevista, os colaboradores foram informados que sua entrevista foi transcrita e avaliada, podendo sofrer modificações em relação a acrescento ou retirada de testemunho, além da autorização ou não, por parte do colaborador, da utilização do material (Meihy, 2005).

Após estas fases de construção da entrevista, o material foi convertido em texto, que se submeteu as seguintes etapas: transcrição, textualização e transcrição. Na transcrição, as entrevistas foram ouvidas e transcritas com as mesmas palavras dos depoentes em seu estado bruto, bem como repetições, erros e palavras sem peso semântico. Na etapa da textualização, foram eliminadas as perguntas, os erros gramaticais para deixar o texto mais claro e liso e por fim na transcrição, que foi realizada a reformulação da transcrição, para tornar o texto compreensível a leitura (Meihy, 2005).

Já, a análise do material empírico foi direcionada pelo tom vital das narrativas, em que, nesta fase, foi necessário recorrer ao procedimento de análise temática para observar em quais temas eles se prenderam mais e que foram de maior relevância. Portanto, se organizou as narrativas em quadros de experiências individuais, em que foram mostradas a visão de mundo de cada colaborador entrevistado sobre o tema proposto, tendo o pesquisador autonomia para revelar ou ocultar casos, situações e identidades (Meihy, 2005).

#### **4.8 Aspectos éticos**

O presente estudo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP – UEPB) seguindo as normas instituídas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na qual trata das pesquisas envolvendo seres humanos, primando pelos fundamentos éticos e científicos pertinentes. Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção de vida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, assegurar sua vontade de permanecer ou não na pesquisa, comprometendo-se do máximo de benefícios e mínimo de malefícios, regulamentando o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento.

As informações da pesquisa foram descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garantiram aos participantes o direito de confidencialidade, sigilo dos nomes, bem como privacidade diante da publicação dos resultados, como também, foi apresentado o Termo de Autorização de Gravação de Voz, que deu o aval para gravar o momento da entrevista, para a possível transcrição e análise do material empírico coletado, e para garantia do anonimato foram criados pseudônimos para os colaboradores.

Para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, esse estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa para apreciação e

aprovação, a partir da qual, pode ser executada, obtendo a aprovação sob parecer nº 6.434.325 e CAAE: 71459423.8.0000.5187.

## 5 RESULTADOS: A LOUCURA, A DEGRADAÇÃO HUMANA – O HORROR DESSE ESPETÁCULO

### 5.1 Dados sociodemográficos dos colaboradores da pesquisa

Diante ao levantamento sociodemográfico realizado extraído dos prontuários anexados em serviço do CAPS III - Reviver, torna-se importante notar que todas as experiências de internações psiquiátricas dos colaboradores foram após o momento da RP, frisando que, mesmo a participante Águia Cinzenta que não possuía essa informação em seus registros, é lógico pensar que diante o ano do seu nascimento 1964, o momento de sua institucionalização foi após RP, datada no ano de 1970, como também em entrevista a mesma relatou que quando passou por esse momento, logo após sua saída já ingressou em acompanhamento no caps, no qual seu ingresso no serviço se deu no ano de 2015.

Outro ponto que também deve ser levado em consideração diante os dados, é sobre o tipo de internação que foi inferido, onde os seis colaboradores foram submetidos a internações involuntárias, sendo aquela que se dá sem o consentimento do indivíduo, e por autorização médica, nos fazendo questionar o tipo de avaliação que ainda é feito diante um possível surto, se é levado em consideração a possibilidade de possível estabilização do quadro e posterior reinserção em sociedade, ou somente o apagamento e controle desses corpos diante o estigma da doença mental, e os ganhos financeiros diante a realização de internações prolongadas e sem escolha do sujeito.

Como também, deve-se analisar o não preenchimento do Projeto Terapeutico Singular de nenhum dos colaboradores, trazendo o questionamento de porque essa ferramenta tão rica na constituição de cuidado não foi montada, pois a sua realização traz justamente as possibilidades de um plano de reinserção nas atividades diárias de acordo com as necessidades individuais, diante estratégias elencadas de forma multidisciplinar junto com o sujeito e familiares, fato este que pode evidenciar o sucateamento da RAPS e o fortalecimento da lógica manicomial.

**Quadro 2: Dados sociodemográficos dos colaboradores da pesquisa**

COLABORADORES						
Nome (pseudônimo)	Idade e ano de nascimento	Diagnóstico	Ano da última internação	Projeto Terapeutico Singular	Tipo de internação	Frequência no Caps (anos)

João de Barro	55 – 1969	Esquizofrenia Residual	2006	Não	Involuntária	18
Albatroz	34 – 1990	Psicose não orgânica não especificada	2023	Não	Involuntária	13
Freira de Madeira	57 – 1967	Não registrado em prontuário	2011	Não	Involuntária	15
Beija Flor	43 – 1981	Não registrado em prontuário	2013	Não	Voluntária e Involuntária	17
Águia Cinzenta	60 – 1964	Psicose não orgânica não especificada + Transtornos ansiosos	Não registrado em prontuário	Não	Involuntária	09
Cúrio	51 – 1973	Psicose não orgânica não especificada	2016	Não	Involuntária	13

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

## 5.2 Histórias: Da Gaiola a Liberdade

### 5.2.1 João de barro

O João de Barro, é um pássaro de voo curto e bastante territorial, apresentando um canto marcante, mas, ao mesmo tempo suave. Ele apresentou firmeza em suas falas, e uma certa vontade de não deixar escapar nenhum detalhe, como um bom líder foi quem se elencou para abrir as contações de histórias – João de Barro é casado, tem 55 anos, residindo na cidade de Campina Grande – PB, não exercendo atividade laboral, possuindo o benefício de prestação continuada, sem escolaridade, fazendo uso das medicações: haldol, fenergan, rivotril, não faz uso de álcool e outras drogas, sendo internado involuntariamente mais de 10 vezes.

***“Porque lá no hospital, é só viver preso. Tomando medicamento e dormindo [...]”.***

*Eu não sei o motivo que eu fui internado. Eu não pedi pra ir pra lá não, foi outra pessoa que me levou, desde 86, que eu comecei a conviver no meu psiquiátra. Aí de lá para cá, eu tô aqui (CAPS). Aqui em Campina foi no Hospital I (HI) e no Hospital II (HII) eu também fui. O HI, foi o que eu passei mais tempo.*

*Porque lá no hospital, é só viver preso. Tomando medicamento e dormindo. Não tem mais nada o que fazer. Quando eu estava no hospital, era se alimentar e dormir, pronto.*

*Eu não tenho muito o que contar, porque a pessoa só vive de medicação e dormindo, e acordar para tomar medicação, eu não sabia de nada. Não sabia que dia era! Só sabia que eu estava lá. E o tratamento lá era: - “Fulano, senta aí”! Prescreve aí, pode ir. Não tenho o que falar, era só dormir. O atendimento não tinha assistência, a minha assistência de medicação era só olhar para minha fisionomia e dizer que eu estava bom: - “Vai, está bom”... Era só isso, não conversava.*

*Está comendo, está dormindo, ai o doutor disse: - “Está bom, então vai”. E as enfermeiras era só para dar assistência de medicação e ponto. Só para dar assistência de remédio, botar a gente para se alimentar. Não tinha essa assistência toda que tem no Caps, toda aquela atenção.*

*Lá tinha os vigias e eu vou dizer, tinham uns que eram brutos, batia na gente, batia*

*mesmo na gente. Pensava que a gente estava desobedecendo, não sei o que era, tinha uns que eu entrava em ponto-a-pé, aí ele me amarrava, botava na contenção, deixava amarrado uma semana.*

*Não tinha como ir no banheiro, tinha que fazer lá mesmo, a necessidade na cama. Aí depois ele vinha, soltava, limpava, botava outro “coxão”, botava de baixo do chuveiro, e depois botava de novo amarrado, era desse jeito!*

*Eu não sei explicar como era passar por isso, porque eu estava medicado, não tinha noção direito das coisas, que eu estava ali amarrado. Ficava querendo me soltar e não tinha noção de como... a reação que eu podia ter. Não sei, não sei explicar sobre isso não.*

*E para tomar banho era todo mundo junto. Dentro do banho de sol, era 40 homens, 60 homens, dentro do banho de sol assim, um sanitário só, para todos. Todas as pessoas faziam assim, né! Todas as necessidades. Era sujo!!!*

*Para dormir era de oito horas, o remédio, e depois do remédio, eles diziam: - “Todo mundo para as camas”!!! Tinha que ir para as camas, porque se não fosse, a gente era amarrado. Ia para a contenção.*

*Tinha gente que dormia no chão porque queria, mas tinha cama para cada um. Tinha muitos que fumavam, tinha um que ele fumava a buxa do coxão e ele faleceu por causa de fumar muita buxa de coxão, que é tóxico, aí ele faleceu.*

*Já a comida do almoço era ruim, só tinha boa a sopa da janta. Eu gostava muito da sopa da janta.*

*Lá não tem muito o que fazer não, não tem para onde correr!!! Não tinha oficina, só tinha uma Terapeuta Ocupacional de vez em quando, mesmo assim, juntava homem e mulher ligava o som e a televisão e pronto. A gente não fazia nada não. Era direto na injeção e comprimido. Quem conseguisse ficar em pé ficava, quem não, tinha que dormir mesmo, que era o jeito.*

*Eu já tentei fugir, eu tentei. Quando eu tentei fugir, não deu para fugir. Porque os segurança me pegaram, me amarraram, tentei pular o muro da parte de trás, e me pegaram na carreira. Eu odeio aquele lugar, não presta para ficar ali dentro, não. É muito ruim, eles não têm calma. Aí, depois de um tempo, eu recebi alta, passei a um tempo em casa, depois voltei de novo. Era assim, ficava indo e voltando.*

*Eu não achava bom não, eu queria estar no convívio do meu pessoal, no convívio*

*familiar também, mas não tinha isso lá no hospital não. Só minha esposa que ia me visitar. Foi a ela que hoje em dia eu dou graças primeiro a Deus e segundo a ela. Quando era dia de visita, ela ia, e eu ficava tão feliz quando ela ia, ela levava a lanche, eu lanchava, ela ficava conversando comigo, conversava um pouco, e quando terminava eu voltava de novo para o pavilhão, e as visitas eram toda quarta-feira e domingo.*

*Agora já aqui no CAPS é bom demais, e eu vou ser sincero, eu já estou tão acostumado aqui que para mim é mesmo que está em casa. A diferença é que eu estava no hospital como se tivesse preso. Aqui eu vou para casa porque eu moro aqui perto. Eu vou, eu volto. Minha esposa quer vir comigo, mas eu digo, fique em casa, resolva as coisas. Não se preocupe, não, que eu vou e volto. Eu não vou me perder, não. Aí ela quer vir, mas eu digo, não, fica em casa que é melhor. Ela fica em casa.*

*Os cuidados aqui é muito diferente de lá (hospital), aqui é toda a assistência, viu? Lá a gente não tinha essa assistência, não. Era só a gente tomar medicação e pronto. Aqui a gente recebe a oficina aqui que lá não tinha. Essa oficina é muito boa para mim fazer exercícios. Tem assistência, tem serviço social, tem a psicologia que lá não tinha. Aqui tem as festas, que a gente se diverte nas festas e tudo.*

*E no hospital no dia que eu rebebi alta eu me senti livre, mais ou menos, mas eu ainda me sentia preso. Porque eu não tinha resistência a medicação, como hoje em dia, hoje eu já tenho um pouco de resistência. Naquela época era aquele negócio pesado, me impregnava, ficava duro, meu corpo duro. Aí eu não gostava não, de jeito nenhum.*

*Quando eu tive alta minha mulher que foi me buscar e eu ficava feliz, ela me segurava, botava no ônibus, ia para casa, chegava em casa ligava a televisão para mim, porque lá no hospital, tinha televisão, mas não dava para assistir porque tinha da muita zoadada, não dava para assistir.*

*Mas, graças a Deus, hoje em dia aqui, eu vou dizer, está muito bom, viu? A melhor coisa que fizeram foi isso aqui, esses caps. Eu não tinha liberdade quando eu estava internado. Eu queria a liberdade e viver em paz, como eu estou agora!*

### 5.2.2 Albatroz

A Albatroz é um pássaro encontrado em regiões de mar aberto, se destacando com seus voos com pouco esforço, pois conta com a ajuda do vento. Ela escolheu se abrir e falar um pouco da sua história de forma espontânea, dando início a suas falas com uma voz calma e branda, porém sem medo de se expressar, – solteira, tem 34 anos, residindo na cidade de Campina Grande – PB, não exercendo atividade laboral, possuindo auxílio doença, estudou até o ensino médio completo, fazendo uso das medicações: diazepam, lozarpina, fenegan e rivotril, não faz uso de álcool e outras drogas, sendo internada involuntariamente mais de uma vez.

***“[...] porque eu já não estava aguentando mais tanto sofrimento. Eu não estava aguentando mais, então eu pedi a morte para mim [...]”.***

*Minhas vivências dentro do hospital foram um pouco conturbadas, né? Porque há anos eu tinha uma internação no hospital psiquiátrico, como eu sempre fui da igreja, aí eu passava por lá e dizia: - “Deus me livre entrar nesse hospital, aí acabei entrando”. A primeira vez que eu entrei lá foi por me cortar e por ter transtornos mentais.*

*Eu me cortava porque eu passei mais de mês sem comer, e quando eu comi me deu uma compulsão alimentar, eu comi demais e depois provoquei o vômito, só que a culpa não saiu, só saiu quando eu me cortei.*

*Era estranho pra mim, estar internada! Porque a primeira, vez é tanto que eu só passei 15 dias lá, passei e não completei o tratamento. Mas, esse tempo lá foi ruim, foi horrível. A primeira vez foi horrível, porque o povo batia em mim, roubava minha “sandalha”, roubava minhas coisas. Mas, as enfermeiras me tratavam bem, e os médicos também me tratavam bem.*

*Não é eu falando de mainha não, mas ela me estressava para eu cair na tentação e não comer para me alimentar de nada. Então, tinha manhã que a gente brigava muito, mas na mesma hora a gente estava unida. Mainha só de olhar para mim ela sabia que eu estava precisando de ajuda. Aí ele agarrava e levava para o Hospital II.*

*Foi o pior dia da minha vida, foi quando eu fiquei mais de um mês sem comer. Eu tive que usar a sonda nasal para poder me alimentar pela sonda, e eu fiquei amarrada, fazia xixi na cama, e também usava fralda, ficava como eu tivesse nascido. Foi horrível!*

*Por isso que hoje quando eu como de tudo, porque eu não quero passar pelo que eu passei. Eles me amarravam e era horrível, eu pedia para me soltarem, e eles não me soltavam, porque tinham medo de eu arrancar a sonda e o soro.*

*Eu não tinha noção do que eu estava fazendo, eu só queria emagrecer. Na minha vida eu só me via emagrecimento, nisso eu passava vários dias sem comer. Eu não tinha noção do que eu estava fazendo, então toda vez que eu me internava era por causa da alimentação. Porque eu passava vários dias sem comer, uma semana, duas. Aí quando eu comia, me dava compusão, eu vou e me corto. Esses dias eu cortei a barriga!!!*

*Que eu me lembro eu passei mais de um mês no HII. Mas quando minha mãe era viva, eu passava um mês em casa e três no HII, eu já ia triste porque já sabia que ia ficar no quarto na contenção. Já ia triste, ninguém gosta de ficar preso!!! Meu braço ficava machucado quando eles amarravam, porque amarravam com força. Nos primeiros dias eu me internei no HII, eles te dopavam, porque eu nunca tomei remédio, foi a minha primeira vez que eu tomei remédio e foi no HII.*

*Fiquei tão dopada, tão dopada que o meu rosto inchou, e teve todo aquele sono, me sentia... sei lá, como se eu ia para uma cadeia. Porque eu sabia que ia ficar trancada, não ia ver ninguém conversar com ninguém.*

*No hospital passa muita gente, não tinha como dar atenção a todo mundo, eu não tinha atenção suficiente porque eu ficava isolada porque eu não comia, então me deixavam no quarto da contenção. Eu ficava isolada no quarto da contenção, vários dias, e o banho era todo mundo junto, mas era só as mulheres e eu me sentia constrangida, não gostava, o banho era bem rápido, só entrou e saiu, e para assistir tem os horários, tinha essas oficinas que tem aqui como tem aqui e quem fazia era a psicóloga.*

*Eu já fugi de lá pela portaria eu peguei e tapeei a segurança e corri, mas ele me pegou, fugi porque eu não queria ficar internada, era um desafio atrás de outro! Porque você trancada, não tinha a visita nessa época, porque era da pandemia. A visita só era para levar roupa suja e trazer a suja e levar limpa. Quando começou a ter visita, começou a melhorar. Primeiro foi dois dias na semana, depois passou para três dias na semana.*

*Quando eu sai do hospital, foi um sentimento assim... Porque quando eu estava no hospital, eu soube que minha mãe faleceu e eu estava no hospital. E eu achava que era mentira, e falei: - "mainha está viva e comecei a chorar"... Comecei a chorar, chorar, chorar, chorar, chorar. Eu chorava muito. E eu perdi minha mãe porque eu me senti*

*culpada. Porque eu pedi a morte para mim e não foi para a mãe. E na minha cabeça, Deus me castigou levando minha mãe.*

*Então eu me senti culpada porque era para ser eu, porque eu já não estava aguentando mais tanto sofrimento. Toda a injeção, tanto o soro, tanto a sonda... Eu não estava aguentando mais. Então eu pedi a morte para mim e não foi para minha mãe. Então, Deus me castigou levando a mãe, até hoje eu choro com saudade dela.*

*Choro, às vezes eu não quero comer. Às vezes o pai me fala: - “Vai comer”! Eu penso se comer trouxesse minha mãe me volta e eu comia. Mas não vai trazer. Então eu não vou comer, mas ele faz de tudo para que eu coma. Ele compra um bolo que eu mais gosto, mas eu não como.*

*Eu achava muito ruim ficar lá dentro, porque a pessoa fica trancada, não vê ninguém. Achava ruim, ficar trancada, sem saber de nada. E, eu sabia que minha mãe ia morrer porque eu senti algo ruim em mim, sabe? Aí eu fiz: - “meu Deus, tira essa sensação de mim”... eu pedi na quarta, quando fui na quinta, eu recebi a notícia. É tanto que nasceu uma ferida no meu pé, uma ferida emocional. Passei um meses com meu pé sem conseguir colocar no chão.*

*Aqui no Caps eu não sou amarrada, aqui eu não fico isolada, quando eu não quero comer as meninas conversam comigo, e eu como, lá não, lá eu ficava isolada, comia se eu quisesse, se eu não quisesse eu não comia, a diferença é que aqui no caps você tem mais atenção, é tranquilo, e tem uma assistência de qualidade.*

### 5.2.3 *Freira da madeira*

A Freira da Madeira, é uma das aves marinhas mais raras do mundo, apresentando voos limpos e longos pelos finais de tarde no céu, seu temperamento extrovertido e falante apresentou fineza nas falas e resiliência através do seu bom humor – viúva, tem 57 anos, residindo na cidade de Campina Grande – PB, não exercendo atividade laboral, possuindo o benefício de prestação continuada, estudou até a segunda série do ensino fundamental, fazendo uso das medicações: fenergan, rivotril e eguitan, não faz uso de álcool e outras drogas, com um episódio de internação psiquiátrica de modo involuntário.

***“Lá dentro era um sufoco, uma agonia, isso era o que eu sentia na minha cabeça [...]”.***

*Foi minha irmã, minhas duas irmãs, elas me levaram, elas disseram que eu saí e corri, mas era porque eu escutava uma voz de uma pessoa que ia me matar, e eu tinha medo, medo de tudo.*

*Quando isso chegou até ela, a minha irmã, ela trabalhava de empregada, e a patroa dela foi quem pagou pra eu ficar lá, que nesse tempo não ficava de graça. Mas, eu que fugi, eu passava correndo no sinal aberto, sinal fechado, todo mundo ia lá atrás de mim. Quando eu dei fé, apareceu um camburão com dois soldados, um pegou na minha mão, outro pegou na outra e pegou minha identidade, e falaram: - “vamos lá, você vai tomar um remédio”.*

*Com isso, me levaram para o Hospital II, quando chegou no HII, disse que eu chutava as pernas deles, e eles: - “você vai tomar um remédio” ... e eles fizeram um sossega leão, eu tomei e não sei quantos dias eu passei dormindo, nem quantas noites. Quando eu acordei, olhei assim, disse: - “eu estou num presídio?” ... e, me disseram, que não, que era uma clínica psiquiátrica, e eles deixam tudo fechado.*

*Depois disso eu tive outra crise, e fui internada no Hospital I, me davam uma injeção, e eu vinha para casa e continuava a mesma coisa, e eu voltava para lá de novo. Ficar internada foi bom e ao mesmo tempo não foi, lá no HII eu não gostei, porque acho que ele era o segurança, na hora do banho a enfermeira colocava shampoo na minha cabeça, e ele ficava olhando a pessoa nua na hora que eu estava tomando banho. Mas isso não é certo, né? Porque ele ficava viu, olhando, isso é errado. É, por isso que eu não gostei, eu não achei certo isso.*

*O banho era todo mundo junto, tanto no HI quanto no HII, isso a enfermeira ficava acompanhando. A comida era boa, e a gente tinha horário para assistir, para fazer alguma atividade. Só que quando eu estava no HII, eu queria ir fazer a oficina, mas a moça não me levava.*

*No HII eu cheguei a ficar amarrada, e foi ruim porque eu ficava com a minha mão e meus pés amarrados e me machucava, e para ir no banheiro eu pedia e não deixavam e eu me sustentava. Eu não ficava com raiva porque ficava amarrada, porque eu via muitas amarradas lá, então era normal, e eles diziam que eu era brava, mas eu não entendia, né?*

*Lá dentro era um sufoco, uma agonia, isso era o que eu sentia na minha cabeça. Eu ficava pensando em casa... (pausa) eu podia receber as visitas, era todos os dias 3 horas da tarde, mas só quem aí era meu filho. Mas, todos os dias minhas irmãs iam me visitar, de três horas da tarde, e eu passei 15 dias lá, mas, foi bom, porque eu estava muito descontrolada, eu podia ter até tirado a vida num acidente comigo. Depois disso com 15 dias, meu filho foi me buscar, eu estava de alta.*

*E, eu vim passar uns dias no caps, passei mais 15 dias no Caps III, quando eu passei 15 dias lá, o Doutor me examinava e disse pronto: - “você está de alta para ir para casa”. Eu vim para casa, até hoje eu estou aqui no caps II, e não me internei mais graças a Deus. Me senti livre quando sai de lá, e nisso eu vim para o caps lugar onde eu nunca fui amarrada, aqui eu sou bem tratada.*

*No dia que eu sai eu pensei assim que quando eu chegar em casa, eu vou arrumar meu guarda-roupa e arrumar minha casa e limpar meu móvel. E eu disse, graças a Deus que eu cheguei em casa, eu vou fazer meu almoço, arrumar meu guarda-roupa, varri minha casa e limpei meu móvel. Vida normal. Mas graças a Deus, nunca mais eu me internei, estou gostando daqui do caps, pois eu tenho todo tipo de assistência!*

#### 5.2.4 *Beija flor*

O Beija Flor, é uma ave conhecida pela sua sutileza e pelo seu canto de som curto e agudo emitido em seus voos, adentrando o espaço com muito cuidado trouxe falas regadas de tristeza com pequenas falhas de voz, que mostraram a sua dor pelo passado – solteira, tem 47 anos, residindo na cidade de Campina Grande – PB, não exercendo atividade laboral, possuindo o benefício de prestação continuada, não teve acesso à escolaridade, faz uso das medicações: rivotril, carbaritil, floxetina, não faz uso de álcool e outras drogas, sendo internada duas vezes, uma voluntária e outra involuntária.

#### ***“Dentro do hospital eu não me sentia gente[...].”***

*A primeira vez me internaram, já segunda vez foi eu que pedi. A primera vez o Doutor ele me avaliou e disse que eu precisava de uma internaçãozinha, a outra fui eu que pedi, não estava suportando mais, eu não queria mais o meu ex namorado, e ele estava insistindo, mas eu sei que muito dele era preocupação também, e ele queria me levar lá para os meus pais, e eu não queria ir.*

*A primeira internação para mim foi um horror, quando eu entrei lá dentro foi passando as horas e os dias, foi um horror...*

*Ah.. Eu vi pessoas doentes... Eram as pessoas de um jeito assim assim, horrível! Nisso, disseram para a minha família que eu usei droga, e isso era para eu ter colocado na justiça, porque eu não usei, eles mentiram, e eles disseram isso para a minha família, o que me deixou mais tempo internada, eu fui rejeitada porque eles pensaram que era verdade, eu sai de lá super doente, vem a tal da depressão, você quer trabalhar, e não consegue se movimentar, você não consegue viver em paz.*

*A enfermeira chegou para minha família e disse que eu era drogada, mas eu nunca coloquei isso na minha boca, se eu tivesse condições na época tinha colocado na justiça! Pois, a minha internação lá ficou suja, e minha família ficava me perguntando, eu tinha que ficar falando toda hora que nunca tinha usado, isso foi muito difícil.*

*Se alguém tivesse acreditado em mim, talvez eu tivesse com faculdade ou com família formada, hoje eu vivo, mas não vivo feliz porque eu não formei minha família, não estou no trabalho que eu queria estar, não tenho meu esposo nem meus filhos.*

*Essas coisas todas que eu passei lá no HII, não tem descrição a gente vivia na sujeira, para beber água você precisava pedir no posto, lá é ruim, é horrível, eu não deveria falar isso mas, eu vou falar, mas para não ficar dando espatáculo na rua ou*

*agredir minha mãe ou meu pai, e ficar gritando e vendo os outros me chamando de louca, chegou um moço para ler a biblia, e eu balancei o meu ombro e começaram a dizer que eu era o diabo, ai eu me balancei mais ainda, os crentes me amarraram dentro de casa, porque eu estava muito nervosa.*

*Dentro do hospital eu não me sentia gente... Eu lembro que eu botava a bermuda um lado em cima e outro em baixo, e ficava andando com uma garrafa na mão, e pra minha família me ver daquele jeito, a minha mãe chorou muito, ela chorou por dentro. Ver a filha ali mudada, diferente, estranha.*

*Eu só vivia triste e chorando. A primeira vez foi totalmente dificuldade, eu queria ir embora sempre.. sempre... Mas o médico não deixava. Eu fui amarrada no primeiro dia, duas vezes eu dormi amarrada, me dava uma agonia no cerebro, você sem sono, eu achei horrível ficar amarrada, para fazer xixi eu ficava segurando, porque eu pedia para ir no banheiro e ela não deixavam.*

*Eu rezava muito, depois de tomar banho, café, quando não estava fazendo nada, ai eu começa as minhas orações. Para tomar banho era ruim, você tinha que levar suas coisas e ficar vigiando porque a qualquer hora podia sumir, porque o banho era em conjunto, você e outras mulheres.*

*A segunda internação eu fiquei só 15 dias, que era para eu ter aguentado mais um pouquinho, eu fui perguntar de noite a menina, só porque minha irmã disse que talvez eu teria alta no sabado, mas ai o médico não me deu alta, nisso me deu um desgosto tão grande uma tristeza. E, no outro dia de manhã minha irmã veio me buscar e eu fiquei muito feliz.*

*Aqui no caps a gente encontra psiquiatra, psicologo, e antes daqui era muito difícil, porque não tinha lugar para buscar ajuda. Melhorou muito depois que criou os caps, é diferente do hospital, que eu fiquei lá uns tempos dopada, que eu não sei nem se eu comia, eu caia em um canto e dormia e muitas vezes eu era acordada com ignorancia, um dia se você puder ensinar outras pessoas, fale para eles tratarem a gente com calma!*

### 5.2.5 *Águia cinzenta*

A Águia Cinzenta é uma ave rara, que vive em áreas campestres, apresentando como principal característica a bravura e coragem, ela iniciou e conduziu a entrevista com muita vontade de ser ouvida, narrando cada detalhe com cuidado para não deixar escapar nada – divorciada, 60 anos, residindo na cidade de Campina Grande – PB, não exercendo atividade laboral, aposentada. Atualmente está cursando a Educação de Jovens Adultos (EJA), faz uso das medicações: Diazepan, fenergan e gardenal, não faz uso de álcool e outras drogas, sendo internada involuntariamente várias vezes.

***“Quando você chega, você já é recebido, como uma pessoa que não vale nada [...]”.***

*Eu já fui internada diversas vezes, mas esta aqui foi o quando eu fugi do apartamento. Passei 15 dias dentro de um matagal, e quem me achou foi dois bandidos. Porque quando eu estou assim, meu negócio é fugir, para me matar. Eu não sei nem quando me deu a primeira crise, só sei que foi dentro da igreja.*

*Mas quando eu tenho essas crises o povo chama Samu e ele me leva logo para o Hospital I, agora lá é um sofrimento muito grande, é um inferno ficar internada, pronto, se existe inferno é ali.*

*Quando você chega, no Hospital I e no Hospital II, você já é recebido, como uma pessoa que não vale nada, e eu não lembro de muita coisa não, porque eu era dopada, 24 horas podia. Uma vez me levaram no HII e eram as enfermeiras tudo rindo da minha cara, ai eu peguei o que tinha de cadeira de prato e quebrei tudo! Aí pronto, me amarraram e não sei mais de nada.*

*E para comer, que não te dava comida, era só apanhar... era uma revolta, até hoje eu tenho trauma de falar no HII! Se deixar a comida, quem come a comida é o vigia, quem come o almoço é o vigia, quem come o lanche, é o vigia quem come o jantar.. Na cama eu fazia xixi e pegava e botava xixi da minha boca, e dizia que era guaraná para matar a sede. Nem banho eu tomava, eu saí de lá toda ferida e desidratada.*

*Eu so fazia chorar e pronto, vou fazer o quê? Só chorar e dormir. Quando eu saí de lá, eu já não ficava mais em pé, me pegaram nos braços, e me levaram para o apartamento, então, ali, a minha patroa chamou minha filha, deu banho em mim, e foi a*

*minha patroa quem enrolou uma roupa de banho, de saída de banho dela, e me levou para o hospital, e eu passei, mais não sei quantos dias, em coma por desidratação.*

*Lá no HI e no HII, a gente em vez de sair melhor, a gente só sai pior, eu não vou mentir para lhe agradar. A verdade tem que ser dita!*

*Tenho outra coisa também, que eu deveria lhe falar, mas eu não posso falar, porque aí só em permissão do professor, porque isso só quem sabe do que me aconteceu, é primeiramente, Jesus, e segundo o professor, e terceiro, é a psicóloga... (pausa, para choro), ninguém mais não sabe, dessa passagem que me aconteceu, e*

*eu vou levar isso, esse sangramento dentro do meu peito, vou levar para o meu túmulo!*

*E eu digo a todos, eu digo a todos, quando vocês surtarem, vocês não peçam para chamar Samu, vocês mesmo, mandem pedir um carro e peçam para levar para o Caps, porque aqui no Caps a gente é seguro, aqui a gente é bem tratada, do porteiro, o segurança, o zelador e a toda equipe daqui do caps, a gente é bem tratada, porque aqui é uma família. Ninguém olha para você coma cara feia, a gente, todos os pacientes, é todo mundo bem tratado.*

*O caps é primeiro lugar que eu procuro aqui, porque aqui eu sou bem acolhida, eu tenho um amor, aqui o pessoal lhe trata com amor, com carinho, com dignidade. O estado que você chegar, mas aqui você é adigna de entrar aqui.*

*As coisas precisam ser diferentes, tem que ser diferente porque se um paciente está doente, e ele chega no hospital, ele precisa ser bem tratado pra ele ficar bom. E se ele for mal tratado, ele nunca vai ficar bom. Cada dia que passa, ele vai piorar ainda mais!*

### 5.2.6 Curió

O Curió, é uma ave sensível e muito apreciada pelo seu canto com melodia e repetição, encerrando o bloco das histórias ela apresentou falas curtas e tímidas, porém se mostrou aberta em compartilhar a sua história – casada, 51 anos, residindo na cidade de Campina Grande – PB, pequena empreendedora da moda, beneficiária do bolsa família, faz uso das medicações: Diazepan, fenergan, gardenal e lamotrigina, não faz uso de álcool e outras drogas, sendo internada involuntariamente uma vez.

***“[...] lá dentro é um terror dos terrores [...]”.***

*Foi meu parceiro quem me levou, porque eu não tinha tomado o remédio, e de repente deu um surto, e eu só me lembro disso, e o resto não se lembro mais, mas eu lembro que pegaram me colocaram em um quarto sujo, cheio de cocô e mijó, as pacientes querem bater na pessoa, aí eu disse: - “oh meu Deus, perdi minha salvação, estou no inferno não sabia meu Jesus misericórdia.*

*Nisso eu passei o dia todinho infernizando para eles ligarem para o caps vir me buscar e o pessoal lá falaram que não iria ligar, então eu pedi pra ligarem pra o meu esposo ir me buscar.*

*Eu falava para eles que eu não tinha problema de cabeça, mas eu tenho problema de pulmão, e o remédio que me deram fez o efeito contrário, e o médico teve que ir lá, e me levou para outra sala, e nisso eu pedi para ir para casa de novo, pois lá tem meio mundo de portão de ferro, parecendo que você está em um presidio.*

*Depois de eu tanto insistir ela ligou para o meu esposo, mas ele teria que assinar os papéis para eu poder ir embora, então ele foi lá e assinou e ficou responsável por mim. Mas, lá eu dormi quatro dias e quatro noites sem me acordar, e eu não sei te falar que danado de remédio foi aquele, eu fiz xixi na roupa e me deixaram daquele jeito, não me limparam. Estar internada lá dentro para mim era um inferno, lá é uma seboseira, a comida que vem é ruim, lá dentro é um terror dos terrores.*

*Já aqui no caps, é todo mundo é uma família, e eu venho porque eu gosto, falam que aqui é lugar de doido, mas eu gosto de estar aqui, porque eu converso, faço amigos, eu me sinto bem em estar aqui e sou atendida quando eu preciso, coisa que não tinha lá.*

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO: “O MUNDO DO INTERNADO”

*“[...] para explicar bem estas notas que vou escrevendo no Hospício, cercado de delirantes cujo delírios mal compreendo, nessa incoerência verbal do manicômio [...], as ideias e o sentido das frases de cada um dos interlocutores vão cada qual para o seu lado [...]”.*

Lima Barreto

Iniciamos esses escritos afirmando a força revolucionária das memórias na luta contra as tentativas de apagamento das violências que ferem as existências dos indivíduos, desse modo todas as entrevistas foram realizadas com usuários de um Caps que vivenciaram a experiência da internação psiquiátrica. Seis usuários contaram suas histórias e revelaram que por trás dos muros dos hospitais psiquiátricos, há solidão, tristeza, desrespeito, maus tratos, despersonalizações, constrangimento e violência de variados tipos.

As histórias as quais nos conectamos nos trouxeram muitas “imagens de vida”, que foram construídas através das narrativas que foram contadas sobre as verdades que lhe importavam, dessa forma a “arte da escuta” nos guiou pela busca dos relatos subjetivos, sempre atrelados a sócio poética para valorização do que foi revelado em história. Dessa forma, o processo de interpretação partiu de um olhar para o “singular”, coexistindo com uma análise horizontal, sobre uma “costura” das narrativas observando sempre os detalhes, no qual os temas que emergiram se complementaram, mas que no final sempre se cruzavam, o que segundo o autor Halbwachs (1980), o que demonstra que as experiências individuais se constituem como memórias sociais.

Então, após conhecer as histórias de cada colaborador, percebeu-se que as mesmas se assemelhavam, principalmente, durante as revelações de maus-tratos e violências das mais diversas formas, entre outras situações que escancaram grandes lacunas nesses locais mesmo após o processo da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, como proposta de análise do *corpus* documental foram elaborados dois eixos para discussão das narrativas para elucidar os trechos de fala dos colaboradores, e também para respaldar os objetivos propostos nesta pesquisa: Eixo 1- Paradigma novo e modelo antigo: o hospital psiquiátrico ainda como características de instituições totais após a reforma; e Eixo 2- A importância dos Centros de Atenção Psicossociais enquanto serviços substitutivos para egressos de hospitais psiquiátricos, que

serão discutidos logo a baixo.

## **6.1 Eixo 1- Paradigma novo e modelo antigo: o hospital psiquiátrico ainda como características de instituições totais após a reforma**

Partindo dessa pesquisa de campo e utilizando uma ampla bibliografia sobre o tema em questão, tem-se em literatura que o conceito de “Instituições totais”, caracterizam-se pelos seus determinantes de “fechamento”, mediante as barreias que são criadas, tanto físicas, com uso de muros e grades, quanto as barreias impostas a contatos sociais, com o afim de segregar os sujeitos com o mundo exterior. Apresentando também, a concentração de todos os diferentes aspectos da vida de uma pessoa, no mesmo local e com autoridade de uma equipe dirigente (Benelli, 2014).

“O mundo do internado”, revela diversos aspectos que devem ser levados em consideração mediante ao processo da Reforma, das políticas públicas e leis que resguardam a integridade e o bem estar das pessoas que perpassaram tais locais. Dessa forma, para melhor entendimento das histórias, optou-se por dividir o eixo 1, em 2 subeixos: Subeixo 1- Despersonalização e desculturação/ Excesso de medicação; Subeixo 2- Espaço de maus tratos e cronificador de doenças.

### **6.1.1 Subeixo 1- Despersonalização e desculturação/ Excesso de medicação**

Ao observar-se as histórias, que embora tenham caráter individual, todas convergiam para onde o ser inserido nessas instituições de fechamento ainda carregam a total ruptura com o mundo social e externo, trazendo processos individuais danosos a esses sujeitos. As narrativas a seguir, recortadas das histórias, mostram que mesmo após a Reforma Psiquiátrica (RP) e a Lei 10.216, as internações psiquiátricas ainda caminham por um lugar onde a sua individualidade é sistematicamente negada:

*“Eu não tenho muito o que contar, porque a pessoa só vive de medicação e dormindo e de acordar para tomar medicação. Não sei explicar como era passar por isso, porque eu estava medicado, não tinha noção direito das coisas, que eu estava ali amarrado [...]”.* (João de Barro)

*“[...]Achava ruim, ficar trancada, sem saber de nada. [...] Fiquei tão dopada, tão dopada que o meu rosto inchou, e teve todo aquele sono, me*

*sentia... sei lá, como se eu ia para uma cadeia. Porque eu sabia que ia ficar trancada, não ia ver ninguém conversar com ninguém [...]”.* (Albatroz)

*“[...] Disseram: - “você vai tomar um remédio”... e eles fizeram um sossega leão, eu tomei e não sei quantos dias eu passei dormindo, nem quantas noites, e quando eu acordei, olhei assim, disse: - “eu estou num presídio?”... me disseram, que não, que era uma clínica psiquiátrica, e eles deixam tudo fechado”.* (Freira de Madeira)

*“Dentro do hospital eu não me sentia gente. [...] Essas coisas todas que eu passei lá, não tem descrição a gente vivia na sujeira, para beber água você precisava pedir no posto, lá é ruim, é horrível [...]”.* (Beija Flor)

*“Quando você chega, no Hospital I e no Hospital II, você já é recebido, como uma pessoa que não vale nada. [...] Ai pronto, depois eles me amarraram e não sei mais de nada [...]”.* (Águia Cinzenta)

*“[...] Eu pedi para ir para casa de novo, pois lá tem meio mundo de portão de ferro, parecendo que você está em um presídio. [...] Mas, lá eu dormi quatro dias e quatro noites sem me acordar, e eu não sei te falar que danado de remédio foi aquele [...]”.* (Cúrio)

Observou-se acima, que as falas dos colaboradores agrupam diversas formas de privação e diminuição do eu e de sua subjetividade enquanto sujeito, seja desde o ingresso em si na instituição ou pelas medidas medicalizadoras que lhe são empregadas, e entre mecanismos de opressão, controle e despersonalização, presentes no interior desses locais.

Dessa forma, uma das características que se tornaram marcantes na maioria das narrativas foi a comparação do hospital psiquiátrico com prisões e cadeias: *“me sentia... sei lá, como se eu ia para uma cadeia”* (Albatroz); *“eu estou num presídio?”* (Freira de Madeira); *“lá tem meio mundo de portão de ferro, parecendo que você está em um presídio”* (Cúrio).

Essas oralidades trazem para o contexto atual, o quanto a configuração dos Hospitais Psiquiátricos ainda caminham pelo formato estrutural citado por Goffman em (1961), no qual o autor fala das proibições de saída, que estão incluídas no esquema físico a exemplo de portas fechadas, portões, grades e paredes altas, lugares estes sendo caracterizados de instituições totais.

Assim, estudos apontam o fato de que as instituições psiquiátricas, de forma geral, não dignificam a existência das pessoas em sofrimento psíquico que nelas se encontram, pois o ambiente fechado e a forma estrutural contribuem para a degradação física e mental deles,

bem como para o cerceamento da liberdade e da autonomia da vontade, pois nesses locais a humanidade fica reduzida apenas à forma (Salles & Miranda, 2016).

Segundo Duarte (2018), os hospitais psiquiátricos trazem consigo a marca da repressão e do extremo controle sobre os indivíduos considerados por eles incapazes de serem responsáveis por sua própria vida, no qual somente o estrutural já interfere na forma de se perceber e perceber o ambiente, pois o indivíduo vê-se impedido de exercer sua cidadania só pelo fato da institucionalização.

O ser inserido em um hospital psiquiátrico segundo Goffman (1961), está marcado pela “fase do internado” a qual carrega diversos pontos que podem ser analisados a partir do momento da inserção do sujeito na instituição, assim nesse instante já começa por conduzir uma deterioração da identidade, como traz a fala: “*você já é recebido, como uma pessoa que não vale nada*” (Águia Cinzenta).

Dessa forma, o processo de despersonalização anda em conjunto com o estigma de ser um sujeito com transtornos mentais, pois segundo Weber & Juruena, (2017), o estigma da doença mental é reconhecidamente uma barreira para as formas de tratamentos interpessoais, visto que a pessoa com alguma doença mental passa ser reduzida a maioria das vezes pelo seu transtorno.

Assim, esses fatos perpassam mais do que somente uma relação de opressão e violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, os tratando pela ótica de normal ou anormal, constitui-se na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa (Basaglia, 1985).

Logo, todo o processo da internação incluindo o momento da admissão, traz consigo uma série de diminuições do “eu” que acabam persistindo na maioria das vezes, por todo o tempo de institucionalização do sujeito, dessa forma, ao analisar a situação do paciente internado, ele passa a não ser considerado sujeito de si, pois o confinamento traz como consequência a anulação da sua subjetividade (De Oliveira Pena, 2016).

Em vista disso, o modelo hospitalocêntrico com foco na doença e não no sujeito, ao mesmo tempo, em que considera a doença mental um objeto de intervenção, “a exclui ao colocá-la no campo da desrazão”, (Pedro, 2018), fato este sendo explícito conforme a narrativa: “*Dentro do hospital eu não me sentia gente*” (Beija flor).

Diante as falas, nota-se que os processos institucionalizadores não desapareceram, (visto que diante todo o levantamento sociodemográfico, todas internações dos colaboradores

aconteceram pós Reforma Psiquiátrica), pelo contrário, reemergiram ou não desapareceram mesmo diante todo o movimento referente a RP (Nunes, Mendes, Portugal, & Torrenté, 2019).

Dessa natureza, Goffman (2015), traz conotações em sua obra *Prisões, manicômios e conventos*, no qual o mesmo cita que em uma linguagem mais precisa, nas instituições totais, inicia-se um ciclo de degradação, humilhação e profanação do eu. O eu é sistemática e frequentemente inadvertidamente subjugado. Isso desencadeia mudanças radicais em sua trajetória moral, moldada pelas progressivas alterações em suas crenças sobre os outros que têm significância para ele.

Acreditamos que as recordações que estruturaram esses escritos, costuradas ao presente a partir da combinação dos elementos traduzidos em oralidade, podem nos mover numa linguagem que se constitua a cena do ainda existente hospital psiquiátrico, como um local que priva o indivíduo de qualquer relação que o colocasse, por menor que fosse a experiência, no lugar de sujeito, caracterizando-se, conforme apontado por Franco Rotelli (2001, p. 61) como o “lugar zero da troca”.

Dessa natureza, segundo Scarcelli (2011), o hospital psiquiátrico demonstra a centralidade na organização social, como também na “zona do não ser e não existir” desses sujeitos, sendo que o hospício emerge como uma tecnologia de homogeneização e invisibilização das tensões sociais, ao afastar do olhar da sociedade as mazelas e desigualdades estruturais.

Assim, o silenciamento e o ocultamento das existências pelos muros dos manicômios, por vezes pode começar a se tornar sutil aos olhos de quem as vive: *“Eu não tenho muito o que contar, porque a pessoa só vive de medicação e dormindo e de acordar para tomar medicação. Não sei explicar como era passar por isso, porque eu estava medicado”* (João de Barro).

Desse modo, o processo de “desculturamento” citado por Goffman (2015), que se resume ao afastamento do sujeito do seu *self* como táticas de adaptação desse internado, onde o estar longe da realidade, ou não saber distinguir, o faz ir reorganizando minimamente o dia a dia conforme o que lhe é oferecido, dessa forma o processo de desculturamento como mostrado a cima, pode também estar atrelado as práticas de psicofarmacologização.

Por conseguinte, os mecanismos de opressão e controle, dentro dessas instituições manicômias estão ligadas a patologização das subjetividades (Amarante, Pitta, & Oliveira, 2018), assim, na sociedade disciplinar do hospital psiquiátrico essa docilização dos corpos, se

desloca especialmente para exercícios de controle de práticas preventivas e manutenção de instabilidade (Nunes, Torrenté & Carvalho, 2022).

Por isso, para melhor compreensão trago o conceito de patologização das subjetividades, que se refere à crescente intolerância em relação a comportamentos que divergem daqueles estabelecidos como normais pela sociedade (Amarante, 1994). Assim, a patologização é legitimada pela hegemonia do saber biomédico psiquiátrico que exerce controle sobre esses comportamentos a partir de manuais diagnósticos que inflacionam o número de comportamentos tornados patológicos (Nunes, Torrenté, & Carvalho, 2022).

Entretanto, essa prática é abusiva, e o excesso de medicação diante o dia a dia do internado para o controle desses corpos, traz para o indivíduo justamente essa perda da percepção da realidade a sua volta, no qual no que tange ao atendimento psiquiátrico, o serviço perpetua a execução de atitudes médico-repressivas, como contenções física e química, realizadas de forma errada e/ou em momentos em que não eram necessárias. Isso reforça as práticas manicomiais e entra em contradição com a Reforma Psiquiátrica brasileira (Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes & Pinheiro, 2011).

Essas denominadas práticas manicomiais desfavorecem a apreensão da subjetividade, não se pode continuar na defesa de que todo paciente psiquiátrico é potencialmente agressivo, pois isso é reflexo do preconceito e da falta de preparo para as intervenções psiquiátricas. Dessa forma, isto torna-se uma questão peculiar à discussão da assistência repetitiva, burocrática e não singularizada prestada aos pacientes psiquiátricos (Brito, Bonfada, & Guimarães, 2015).

Em linha semelhante, Caponi (2018), assinala que a pretensa “revolução psicofarmacológica”, ao invés de romper com as terapêuticas anteriores (o eletrochoque, o choque insulínico), estabelece com elas uma continuidade absoluta, podendo ser visualizada nas falas: “*Fiquei tão dopada, tão dopada que o meu rosto inchou, e tive todo aquele sono*” (Albatroz); “*Mas, lá eu dormi quatro dias e quatro noites sem me acordar, e eu não sei te falar que danado de remédio foi aquele*” (Cúrio); “*eles fizeram um sossega leão, eu tomei e não sei quantos dias eu passei dormindo*” (Freira de Madeira).

O medicamento não pode ser visto como uma forma mágica de sanar os comportamentos que possam estar causando incômodo, constrangimento ou medo a partir da visão estigmatizada da doença mental. O uso da sedação deve ser feito com critério e indicação clínica condizente segundo os protocolos institucionais já que estas instituições continuam em

funcionamento, e utilizados quando o sujeito põe em risco concreto a sua integridade ou a de outras pessoas, e não de forma indiscriminalizada (Vedana, 2016), como visto a cima.

A presença disso, corroborando dados de Andrade & Maluf (2017), as autoras realizaram um estudo etnográfico sobre experiências desinstitucionalizantes pós RP, na cidade de Joinville/SC, com egressos de hospitais psiquiátricos, no qual emergiram relatos dos participantes sobre o uso exacerbado de medicações durante a internação, onde existiram diversas queixas sobre: enrijecimento do corpo, diminuição da capacidade de articular palavras, lentificação de pensamentos e falta de percepção de tempo e espaço.

Em vista disso, o uso da medicalização empregado nesses locais de forma indevida é aparente, fato que também é citado e discutido por Fernando Freitas & Paulo Amarante (2017) em seu livro “ Medicalização em Psiquiatria”, onde eles falam sobre uma “aliança profana” entre a psiquiatria engessada e a indústria farmacêutica, como também reforçam a psicofarmacologicalização como meio de controle social, visto que em relação ao hospital psiquiátrico e ao doente mental, a medicalização é algo que perpassa os muros, perpetuando assim a medicalização e controle das vivências humanas.

Portanto, entendemos que a discussão sobre os psicofármacos não está reduzida à prescrição, usos e abusos dos mesmos, mas se relaciona a questões de poder e controle mais amplas, onde essas práticas coercitivas ainda se tornam vigentes colocando a tona a fragilidade existente nos serviços de hospitais psiquiátricos da Cidade de Campina Grande – PB, como também ao exercício irregular de prescrições exacerbadas, a não visualização da identidade do sujeito enquanto pessoa, práticas e características totais dos serviços, fatos estes que vão totalmente na contra mão da RP.

### **6.1.2 Subeixo 2- Espaço de maus tratos e cronificador de doenças**

Pode-se observar, que nesse segundo subeixo que as histórias também convergem, trazendo a horizontalidade dos fatos, e desse modo, trazer a singularidade das oralidades, dar-se ao sujeito a possibilidade de existir, no qual vai na contramão do silenciamento moral da loucura, assim investimos na construção de histórias e narrativas vivas, ancoradas em memórias encarnadas que marcam e produzem os corpos através das suas experiências, como citou bell Hooks (2017). Seguem as narrativas a baixo:

*“Pensavam que a gente estava desobedecendo, aí ele me amarrava, botava na contenção, deixava amarrado uma semana [...]. Não tinha como ir no banheiro, tinha que fazer lá mesmo, a necessidade na cama [...]. E, para tomar banho era todo mundo junto, um sanitário só, para todos. Aí todas as pessoas faziam assim, né! Todas as necessidades. Era sujo”!!! (João de Barro)*

*“Meu braço ficava machucado quando eles amarravam, porque amarravam com força [...]. Eu já não estava aguentando mais tanto sofrimento. Toda injeção, tanto soro, tanto a sonda... Eu não estava aguentando mais. Então eu pedi a morte para mim”. (Albatroz)*

*“[...] na hora do banho a enfermeira colocava shampoo na minha cabeça, e ele (vigia) ficava olhando a pessoa nua na hora que eu estava tomando banho. É, por isso que eu não gostei, eu não achei certo [...]. Lá dentro era um sufoco, uma agonia, isso era o que eu sentia na minha cabeça”. (Freira de Madeira)*

*“[...] duas vezes eu dormi amarrada, para fazer xixi eu ficava segurando, porque eu pedia para ir no banheiro e elas não deixavam. Lá não tem descrição a gente vivia na sujeira”. [...] e, eu sai de lá super doente, vem a tal da depressão, você quer trabalhar, e não consegue se movimentar, você não consegue viver em paz”. (Beija Flor)*

*“Na cama eu fazia xixi e pegava e botava o xixi da minha boca, e dizia que era guaraná para matar a sede. Nem banho eu tomava, eu saí de lá toda ferida e desidratada, quando eu saí de lá, eu já não ficava mais em pé. [...] Lá no HI e no HII, a gente em vez de sair melhor, a gente só sai pior, eu tenho trauma até hoje de falar [...]”. (Águia Cinzenta)*

*“[...] eu lembro que pegaram me colocaram em um quarto sujo, cheio de cocô e mijo [...], e uma vez eu fiz xixi na roupa e me deixaram daquele jeito, não me limparam. [...] Estar internada lá dentro para mim era um inferno”. (Cúrio)*

Observou-se acima nas narrativas, que elas se cruzam a partir das vivências, nestas "instituições de violência", termo este citado por Basaglia (2010), no qual abarcam assuntos relacionados a desumanização, diversas formas de maus tratos e cronificação de doenças.

De tal natureza, a negligência com o sujeito também está firmada no descaso organizacional e estrutural, visto que elas também são enquadradas como situações degradantes: *“[...] para tomar banho era todo mundo junto, um sanitário só, para todos.*

*Aí todas as pessoas faziam assim, né! Todas as necessidades. Era sujo”!!! (João de Barro); Lá não tem descrição a gente vivia na sujeira” [...] (Beija Flor); “[...] eu lembro que pegaram me colocaram em um quarto sujo, cheio de cocô e mijó (Cúrio).*

Nos relatos observam-se vários exemplos de situações degradantes e tratamentos ofensivos ao qual eles foram submetidos, e o quanto é humilhante e ultrajante o momento da realização de suas necessidades fisiológicas e higiene pessoal, como também coexistir no espaço, pois as condições ofertadas são desrespeitosas. A resolução de nº 8, de 14 de agosto de 2019, dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, onde traz no inciso I do artigo de nº 2, que a assistência em saúde mental e seus serviços devem garantir acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis, e de maus tratos.

Por conseguinte, torna-se expressivo as inadequações estruturais e sanitárias, mostrando as precárias condições diante as falas, permitindo calcular riscos de agravo a saúde, pois higiene e limpeza são fundamentais na prevenção de doenças infectocontagiosas, muitas das quais podendo ser encontradas em locais com baixo padrão de higiene (Brasil, 2018).

Logo, ainda tem-se a Resolução da Diretoria Colegiada n. 63/201150, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, no qual ela traz que o serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, o que vai na contramão dos relatos.

Portanto, a invisibilidade do sujeito institucionalizado ela perpassa todas as camadas existentes na sociedade, o colocando sempre no lugar de não merecimento, pois o básico lhe é negado até dentro dos serviços que deveriam em tese o acolher. Por sua vez, esses indivíduos são uma das parcelas da sociedade que fica a margem e não são prioridade das políticas sociais, tendo em vista que há um questionamento quanto ao seu status de sujeitos de direitos (Lermen, 2015).

O “louco”, segundo os relatos, ainda é visto como incapaz, sujeitando-se assim ao domínio do poder médico em um processo de violência invisibilizada, assim o tratamento por meio das internações psiquiátricas podem promover configurações por ser um sujeito encerrado, impossibilitando que enxergue nele próprio a dignidade do autorespeito, e ao desrespeito do seu direito constitucional de ir e vir (Da Silva Carmo, 2020), como colocado nas oralidades: *“Pensavam que a gente estava desobedecendo, aí ele me*

*amarrava, botava na contenção, deixava amarrado uma semana [...]. Não tinha como ir no banheiro, tinha que fazer lá mesmo, a necessidade na cama (João de Barro); “Meu braço ficava machucado quando eles amarravam, porque amarravam com força [...] (Albatroz); “[...] duas vezes eu dormi amarrada, para fazer xixi eu ficava segurando, porque eu pedia para ir no banheiro e elas não deixavam (Beija Flor).*

A perpetuação da contenção física trazida nas falas, também pode ser considerada e inserida no campo dos maus tratos, pois essa abordagem não garante a segurança, bem como não mantém a dignidade individual do paciente, uma vez que o uso mal empregado dessa técnica pode gerar efeitos físicos e psicológicos nocivos, trazendo a tona a docilização dos corpos, para que o sujeito siga as normas e práticas disciplinares, sendo denominadas de dominação e colonização (Martin et al, 2007; Bower et al, 2003; Mohr et al, 2003 ).

Tem-se a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem de nº 427/2012, a qual normatiza os procedimentos de contenção, mas que traz em seu artigo 2, que a contenção mecânica de pacientes só deve ser empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente, ou aos demais, porém diante as falas tornasse explícito o quanto a enfermagem, nesse caso, ainda segue o modelo médico hegemônico.

Essa prática ainda utilizada nas instituições, podem trazer ao sujeito lesões físicas decorrentes do processo de contenção, pois um ponto que também deve ser analisado nas falas dos colaboradores, é o fato de que suas necessidades básicas de ir ao banheiro eram privadas, pois no momento da contenção eles relatam o não poder sôtar-se para ir ao banheiro, o que conseqüentemente pode acarretar possível lesão tecidual de bexiga pela preensão de urina, ou sendo obrigados a realizar tal necessidades na cama, indo contra as normativas. Existindo também, a possibilidade de outros desfechos clínicos desfavoráveis ligados ao “procedimento”, tais como desidratação, asfixia, aspiração, depressão respiratória, acidentes circulatórios, hipertensão arterial, arritmias, incontinência, agressão por outros pacientes e até mesmo a morte, sendo práticas de punição e adestramento (Mohr et al, 2003).

Como também, devem ser levados em consideração os efeitos psicológicos que estão associados a essa feitoria, assim Gallop e colaboradores (1999), realizaram um estudo sobre a experiência da hospitalização e contenção, no qual essa prática de maus tratos está associada a reações emocionais traumáticas, como medo, raiva e ansiedade, além de pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, comportamento de esquiva, respostas de desconfiança, foram observados anos depois em pessoas submetidas a contenção.

Dessa forma, ainda existe íntima relação entre maus tratos e a história da psiquiatria, o que coloca em questão a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais que em tese redireciona o modelo assistencial em saúde mental, onde no seu artigo 2, parágrafo único, tem-se que o sujeito deve ser tratado com humanidade e respeito, e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde.

Ainda caminhando pelo campo da crueldade, como citou Daniella Arbex (2013), não faltam relatos dos horrores que a internação em hospitais psiquiátricos representa para as pessoas: *“Na cama eu fazia xixi e pegava e botava o xixi na minha boca, e dizia que era guaraná para matar a sede. Nem banho eu tomava, eu saí de lá toda ferida e desidratada, quando eu saí de lá, eu já não ficava mais em pé [...]”* (Águia Cinzenta); *“e uma vez eu fiz xixi na roupa e me deixaram daquele jeito, não me limparam”* (Cúrio).

As formas de maus tratos trazidas em fala, são das mais diversas naturezas, podendo ser configuradas pela ótica da violência velada e tortura, visto que mais uma vez os colaboradores sofreram atos que vão contra a dignidade do ser humano.

Posto isso, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo 5, tem-se que ninguém deve ser submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante, onde as violações dos direitos humanos no interior das instituições manicomiais, no entanto, muitas vezes se tornam invisíveis, notadamente quando envolvem instituições fechadas (Garcia, 2012).

A privação de necessidades básicas, como comer e beber ou a higiene, também vão na contramão da lei 10.216 de 2001, artigo 2, inciso I, que estabelece ter acesso as melhores formas de tratamento e levando em considerações as suas necessidades básicas, não submeto os sujeitos a experiências degradantes.

É notório, o quanto essa violência institucional vulnerabiliza ainda mais os sujeitos nelas inseridos não podendo ser comparadas as instituições de saúde, pois levando em consideração as narrativas a cima, o hospital psiquiátrico e as “condutas” representam a expressão histórica de produção de violência.

Desse modo, Chamma & Forcella, (2001), realizaram um estudo de reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente com transtorno psíquico, no qual eles trazem que é preciso por parte da equipe diligente que se assimile efetivamente o significado dos direitos humanos, exigindo cidadania plena e dignidade para todos, seja legalmente, seja no cotidiano,

pois o direito à saúde permeia a dimensão da dignidade do ser humano e o respeito a esse direito não é simplesmente uma questão de solidariedade, mas sim de ética.

Essas atrocidades acontecem, por parte dos profissionais que fazem a instituição na sua totalidade, pois se as características institucionalizantes, diminutivas e perversivas acontecem é porque alguém as deferiu, somente o fato de uma estruturação de paredes longas, ela sozinha não consegue ferir o sujeito internado, porém as consonâncias, fazem os HP ainda se tornarem o que são hoje, pois não existe uma sensibilização por boa parte dos profissionais em relação ao doente mental, colocando estes na comparação de “nadas”, e de ferir a sua individualidade, como também segue na fala: “[...] *na hora do banho a enfermeira colocava shampoo na minha cabeça, e ele (vigia) ficava olhando a pessoa nua na hora que eu estava tomando banho. É, por isso que eu não gostei, eu não achei certo* (Freira de Madeira).

Logo, tais atos citados anteriormente se configuram segundo o Código Penal Brasileiro, artigo 216-A: constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função, como crime de assédio sexual, com pena de detenção de um a dois anos.

Visto isso, a realidade encontrada nos hospitais psiquiátricos é de cotidiana violação de direitos humanos, no que uma vez internadas num hospital psiquiátrico, as pessoas são mantidas nesse espaço por um sistema baseado na vigilância, o que segundo o último Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos realizado em (2018), em 40 instituições, localizados em dezessete estados, nas cinco regiões do país, mostrou que em 10 hospitais tiveram relatos de assédio e abuso sexual, a exemplo de uma interna que informou ser estuprada duas vezes, em internações anteriores há aproximadamente três anos, por funcionários da instituição e relatou detalhes das violências sofridas. Relatando também que em uma das agressões estava amarrada e um funcionário barganhou sua soltura em troca do ato sexual (Brasil, 2018, pág 286).

Dessa forma, segundo o mesmo Relatório de Inspeção, a privação de liberdade dessa população, em detrimento do cuidado em saúde, pode criar um cenário favorável para que o abuso sexual e estupro estejam presentes na vida dessas pessoas, especialmente das mulheres, visto que essas pessoas, tem a sua individualidade e subjetividade reduzidas na institucionalização.

O processo de “rebaixamentos do eu” e “despersonalização”, já citados no subeixo anterior, caminham em conjunto com o internado em todas as suas faces, pois o estigma em relação ao seu transtorno é algo que também o acompanha na deferição dos diversos maus tratos, no que segundo Spivak (2010), o doente mental está nas camadas mais baixas da sociedade constituídas pelos modos específicos de exclusão, identificando ele a “aquele cuja voz não pode ser ouvida”. Portanto, entendessemos que o sujeito internado pode ser manejado da forma que for conveniente, pois na institucionalização, não existe voz no transtorno.

Mesmo após anos do início da reforma psiquiátrica no país, ainda persiste uma forte agressão aos direitos fundamentais, trazendo uma análise que revela uma situação alarmante no que se refere à desassistência da atenção à saúde nos hospitais psiquiátricos brasileiros com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais as deixando sem o mínimo de dignidade (Brasil, 2018; Castilho, 2017).

Outro fato, além de tudo que já foi discutido, e que deve ser levado em consideração diante toda essa estrutura manicomial, é o caso de quanto toda essa composição manicomial, institucionalizadora, e degradante cronificam o sujeito através do sofrimento: *“Eu já não estava aguentando mais tanto sofrimento. Toda injeção, tanto soro, tanto a sonda... Eu não estava aguentando mais. Então eu pedi a morte para mim”* (Albatroz); *“Lá no HI e no HII, a gente em vez de sair melhor, a gente só sai pior, eu tenho trauma até hoje de falar [...]”* (Águia Cinzenta); *“eu sai de lá super doente, vem a tal da depressão, você quer trabalhar e não consegue se movimentar, você não consegue viver em paz”* (Beija Flor).

Assim, segundo Silva & Guedes (2002), uma condição pode se tornar crônica em saúde quando ela se caracteriza pelo momento em que o sujeito passa a incorporar a doença/transtorno no seu processo de viver, constituindo desse modo uma situação permeada por estresse, e seu impacto surge a qualquer tempo, com capacidade de causar alterações nas condições de saúde da pessoa, de uma maneira intensa e por vezes sem capacidade de retorno, já que as cronificações não são eventos transitórios e traçam vários caminhos.

De tal modo, a hospitalização em instituições psiquiátricas desencadeiam uma série de fatores estressantes, ansiedade, medo, raiva e depressão, advindas da rotina hospitalar engessada e punitiva, no qual a cronificação da doença é advinda de alterações na evolução do sujeito, através da intensa exposição a situações difíceis. Portanto, o cuidado

não deve ser realizado de forma superficial, deve ir além do cuidado fragmentado, tecnicista, voltado apenas na doença (Alves, Gonçalves, Martins, da Silva, Auwerter & Zagonel, 2006).

Por conseguinte, o autor Desviat (1999), expõe que a respeito das cronificações elas acabam sendo perpetuadas diante um acompanhamento irregular dos profissionais com o internado, o que dificulta a evolução do sujeito; por outro lado, Barros (2003), salienta que a permanência por tempo indeterminado nessas instituições atrela-se, muitas vezes, à dificuldade de ações desses sujeitos fora desses serviços.

Destarte, Gradella Junior (2002), também cita em seu estudo realizado sobre as exclusões existentes dentro dos hospitais psiquiátricos, que este é um espaço de favorecimento para processos de cronificação, embotamento afetivo e isolacionismo, justificando esses fatos a submissão do doente mental a mecanismos de violência institucional. Assim, ao cronificar o sujeito, a instituição psiquiátrica o condena ao internamento por toda a vida, ou podemos dizer, à morte em vida, pois impossibilita qualquer possibilidade de retorno ao convívio social, pela total falta de resolutividade nas ações terapêuticas.

Logo, pode-se dizer que existe uma correlação entre o sofrimento do internado com as cronificações, pois os discursos trazidos perpetuam a reafirmação da exclusão do doente mental, pois o sofrimento diante as manobras hospitalares do dia a dia, adentram diminuindo o mínimo de possibilidades de melhora.

Portanto, é legítimo saber que os sujeitos cronificados o são em decorrência desta mesma postura, a negligência como resultante da descrença no potencial curativo do paciente. Vê-se que, nos estabelecimentos pelos quais passaram e vivenciaram estas questões, eles foram tão sistematicamente mortificados que acabaram por aderir ao corpo da instituição por meio de seu sofrimento (Machado, 2008).

À vista disso, também faz-se importante diante o cenário das narrativas, observar a visão e percepção do internado sobre o hospital psiquiátrico em si: *Lá dentro era um sufoco, uma agonia, isso era o que eu sentia na minha cabeça*". (Freira de Madeira); *Estar internada lá dentro para mim era um inferno*" (Cúrio).

Esses fatos desvelam a violência institucional a que estão sujeitas as pessoas submetidas aos mandos e desmandos da psiquiatria oficial, ao mesmo tempo, em que desmascaram o discurso contido nas descrições psicopatológicas. Estas questões são particularmente importantes, pois permitem a identificação do modelo de atenção que se está

adotando no trato da saúde mental, mesmo após todas as criações de leis, políticas públicas, sociais e RP (Gradella Junior, 2002).

Dessa maneira, observando o inciso VIII, da lei 10.216 de 2001, a qual ancora as mudanças nos serviços de saúde mental, ela traz que os sujeitos precisam ser tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, não os submetendo a desarranjos que possam colocar a sua integridade em risco. Torna-se inegável, a rigidez nos processos de trabalho, e a uma realidade que causa indignação, pois o isolamento é uma prática desnecessária e desumana, existindo uma necessidade de definir um novo paradigma de assistência (Castilho, Sant'anna & Alonso, 2017).

Então, as diversas formas de sofrimento que a institucionalização traz para os corpos é totalmente discutível pela visão do internado, visto que existem poucos estudos que trazem essa nuance, onde nos estudos encontrados sobre oralidades de pessoas que passaram por internações psiquiátricas nenhum trazia a percepção do sujeito sobre como era o seu sentimento diante a internação.

Diante disso, pode-se formular que o processo de mudança nesses serviços na Cidade de Campina Grande, ainda caminham por um grande impasse, pois direitos foram negados, condutas perversas foram empregadas, reforçando uma invisibilidade para as subjetividades do doente mental.

## **6.2 Eixo 2- A importância dos Centros de Atenção Psicossociais enquanto serviços substitutivos para o cuidado em saúde mental**

O segundo eixo a ser discutido nessa dissertação, traz o sentido, que os usuários compreendem o CAPS enquanto um espaço de cuidado, assistência, sociabilidade, novas relações sociais e reinserção que são estabelecidas. Sendo assim, segundo autor Santos (2009), o CAPS, para muitos usuários, é o primeiro local de assistência e participação na sociedade, como seguem as falas:

*“Os cuidados aqui é muito diferente do hospital, aqui é toda a assistência, viu!!! Lá a gente não tinha essa assistência, não. Era só a gente tomar medicação e pronto. Aqui a gente recebe a oficina que lá não tinha. Essa oficina é muito boa para mim fazer exercícios. Tem assistência, tem serviço social, tem a psicologia que lá não tinha. Aqui tem as festas, que a gente se diverte” [...]. (João de Barro)*

*“Aqui no Caps eu não sou amarrada, aqui eu não fico isolada, quando eu não quero comer as meninas conversam comigo, e eu como, lá não, lá eu ficava isolada, comia se eu quisesse, se eu não quisesse eu não comia, a diferença é que aqui no caps você tem mais atenção, é tranquilo, e tem uma assistência de qualidade”. (Albatroz)*

*“Eu me senti livre quando sai de lá, e nisso eu vim para o caps lugar onde eu nunca fui amarrada, aqui eu sou bem tratada [...]. Vida normal. Mas, graças a Deus, nunca mais eu me internei, estou gostando daqui do caps, pois eu tenho todo tipo de assistência”. (Freira de Madeira)*

*“Melhorou muito depois que criou os caps, é diferente do hospital que eu fiquei lá uns tempos dopada, que eu não sei nem se eu comia, eu caía em um canto e dormia, e muitas vezes eu era acordada com ignorância, um dia se você puder ensinar outras pessoas, fale para eles tratarem a gente com calma”! (Beija Flor)*

*“[...] porque aqui no Caps a gente é seguro, aqui a gente é bem tratada, do porteiro ao segurança, e toda equipe daqui do caps, a gente é bem tratada, porque aqui é uma família. Ninguém olha para você com cara feia [...]. O caps é primeiro lugar que eu procuro, porque aqui eu sou bem acolhida, aqui o pessoal lhe trata com amor, com carinho, e com dignidade o estado que você chegar, aqui você é digna de entrar”. (Àguia Cinzenta)*

*“Aqui no caps, é todo mundo uma família, e eu venho porque eu gosto, falam que aqui é lugar de doido, mas eu gosto de estar aqui, porque eu converso, faço amigos, eu me sinto bem em estar aqui e sou atendida quando eu preciso, coisa que não tinha lá”. (Cúrio)*

Os sentidos construídos através das falas marcam uma trajetória dos colaboradores referente aos serviços substitutivos, pois as narrativas existentes caracterizam os caps como um dispositivo positivo de serviço de assistência em saúde: *“Os cuidados aqui é muito diferente do hospital, aqui é toda a assistência, viu!!![...] Tem assistência, tem serviço social, tem a psicologia que lá não tinha [...] (João de Barro); “a diferença é que aqui no caps você tem mais atenção, é tranquilo, e tem uma assistência de qualidade”. (Albatroz); “estou gostando daqui do caps, pois eu tenho todo tipo de assistência” (Freira de Madeira).*

Dessa forma, Brito et al (2023), corroborando as afirmações acima, trazem que os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico representam avanços referentes a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em torno de uma defesa dos direitos e do cuidado da pessoa com

transtorno mental no espaço social, dando para esses sujeitos a possibilidade de fazer parte do todo, através dos serviços de assistência.

Os Caps como serviços diários de saúde mental e substitutivos aos hospitais psiquiátricos, regulamentados por portaria ministerial, operam com equipes multiprofissionais, oferecendo diversas facetas em sua assistência, como atendimentos individuais e em grupos, oficinas terapêuticas, atividades físicas, lúdicas e arteterapia, com um tratamento que enfatiza a importância do cuidado, proporcionando atendimento específico e acesso livre (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & Machado, 2009).

Portanto, ainda se torna importante destacar que, em comparação com outros serviços de assistência em saúde mental, a característica distintiva fundamental do Caps reside no fato de que suas estratégias vão além do simples aumento das habilidades ou redução das incapacidades dos indivíduos. Em vez disso, buscam incentivar as relações de troca e autonomia, ampliar os cenários de reabilitação com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do usuário e promover sua inclusão social (Randemark & Barros, 2014).

Dessa forma, os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico buscam uma abordagem alternativa para o cuidado as pessoas com sofrimento psíquico, centrando-se no paradigma da reabilitação psicossocial. Este modelo ampliado, visa a reinserção do indivíduo na sociedade, considerando diversos aspectos de sua vida pessoal, social e familiar. Assim, a implantação do modelo psicossocial tem como objetivo reintegrar o sujeito em suas atividades diárias, possibilitando a interação com a família e a comunidade em geral (Saraceno, 1999; da Costa-Rosa, 2000).

Contudo, apesar dos progressos alcançados, é crucial continuar com um olhar de avanço perante a saúde pública brasileira, especialmente na área da saúde mental e psiquiátrica. Pois, a RP, diante os discursos trazidos no primeiro eixo dessa discussão, ainda se configura como um processo em andamento que requer esforços adicionais para consolidar e fortalecer as bases práticas e conceituais, visando proporcionar uma assistência digna e de qualidade aos usuários desses serviços de saúde.

É inegável as significativas transformações que ocorreram na saúde mental brasileira, transferindo o foco de tratamento dos hospitais psiquiátricos para o espaço comunitário, liderado pelos Caps, alterando a realidade de isolamento presente no modelo asilar e assistencial, assim como trazem as falas: *Lá a gente não tinha essa assistência, não. Era só a gente tomar medicação e pronto. Aqui a gente recebe a oficina que lá não tinha*

(João de Barro); *“Aqui no Caps eu não sou amarrada, aqui eu não fico isolada”* (Albatroz); *“Eu me senti livre quando sai de lá, e nisso eu vim para o caps lugar onde eu nunca fui amarrada, aqui eu sou bem tratada* (Freira de Madeira); *Melhorou muito depois que criou os caps, é diferente do hospital que eu fiquei lá uns tempos dopada, que eu não sei nem se eu comia, eu caia em um canto e dormia* (Beija Flor).

Dessa forma, torna-se essencial a inclusão da perspectiva dos usuários nos processos de avaliação dos dispositivos de saúde mental, pois representa um passo significativo na consolidação de um novo paradigma para o cuidado em saúde aos sujeitos.

Portanto, corroborando achados Costa, Colugnati & Ronzani (2015), em seu estudo realizado sobre a avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, trazem a percepção dos usuários e familiares sobre os Caps, os quais apresentaram níveis de satisfação elevados com os serviços substitutivos atrelando essa satisfação ao cuidado integral, postura acolhedora e humanizadora, estabelecimento de vínculos, ruptura com o isolamento social, e auxílio nas relações com os transtornos mentais.

Igualmente, em outro estudo realizado por Kantorski et al (2011), que trazem sobre a ambiência na saúde, no qual se refere ao cuidado proporcionado em um espaço físico, considerado um ambiente social e de relações interpessoais, visando um cuidado acolhedor e humanizado. Dessa forma, os autores elencam que além da composição técnica, a ambiência na arquitetura de espaços de saúde envolve processos subjetivos essenciais no cuidado, incluindo conforto, privacidade e atenção à singularidade dos envolvidos. No qual, valorizar o ambiente contribui para o bem-estar de usuários e trabalhadores, permitindo construções intersubjetivas impactantes no processo de cuidado em saúde mental.

De tal modo, no tocante ambientação, os colaboradores deste estudo trazem de maneira evocativa o quanto o espaço do Caps é diferente do ambiente do hospital psiquiátrico, evidenciando o quanto as instituições de fechamento ainda objetificam os corpos, então, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), todo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) deve ter um ambiente terapêutico, multiprofissional e com instalações físicas que auxiliem no tratamento dos usuários.

Assim, nos serviços substitutivos ao modelo manicomial, as atividades terapêuticas constituem-se nas principais tecnologias de cuidado (Tavares, Barone, Fernandes, & Moniz, 2003), como a exemplo das oficinas que também foram citadas pelos colaboradores do nosso estudo, onde conforme Azevedo e Miranda (2011), as oficinas e atividades relacionam-se ao

entrelaçamento entre subjetividade e cidadania, integrando as dimensões psíquicas e políticas do sujeito. Consideradas terapêuticas, essas atividades proporcionam um espaço de expressão e acolhimento, favorecendo potencialmente a inserção social. Importante ressaltar que as atividades terapêuticas não se limitam às oficinas, podendo ocorrer em atendimentos individuais, grupos terapêuticos de diversas abordagens, atividades de acompanhamento terapêutico, entre outras modalidades de cuidado em saúde mental.

Outro ponto que também, deve ser levado em consideração mediante aos serviços substitutivos, é a disposição do instrumento de saúde nomeado de Projeto Terapêutico Singular (PTS), tratando-se de um plano individualizado de cuidado voltado para pessoas com transtornos mentais, buscando uma abordagem personalizada e integrada, desenvolvido colaborativamente, o PTS envolve o usuário, sua família, equipe multidisciplinar e outros profissionais, visando atender às necessidades específicas, promover autonomia, reinserção social e efetivo tratamento (Ortiz dos Santos et al., 2012).

Igualmente, o atendimento aos usuários nos Caps deve ser baseado no PTS individualizado, no qual este projeto define a intensidade do atendimento, podendo ser diário, semi-intensivo (aproximadamente três vezes por semana) ou não intensivo (atendimento semanal). Essa organização visa promover a saúde mental, atendendo às demandas das relações diárias e considerando as singularidades desse cuidado (Brasil, 2004; Leal & De Antoni, 2013).

Entretanto, mediante levantamento sociodemográfico realizado e análise, embora não tenha sido o foco central do estudo foi verificado nos prontuários dos usuários registros incompletos e/ou faltosos, a exemplo de alguns diagnósticos não registrados e PTS's não preenchidos para nenhum dos colaboradores da pesquisa, mostrando dessa forma uma fragilidade no serviço mesmo mediante a diversas narrativas positivas sobre o espaço.

Dessa forma, emerge a importância do investimento dos próprios profissionais de saúde mental, para haver mudanças na lógica psiquiatrizante e na forma de atenção e cuidado. Atentando para uma construção de práticas que tornem o sujeito o centro do cuidado conforme as suas eventuais necessidades, comprometendo-se para uma oferta de abordagem de cuidado mais centrada no sujeito, colaborativa, integrada e orientada para a promoção da saúde mental e o bem-estar do indivíduo (Azevedo & Miranda, 2011).

Assim, mesmo diante de algumas fragilidades visualizadas no serviço, torna-se inegável o quanto o curso do cuidado nos caps é levado em consideração, pois as oralidades

trazidas difundem os sentimentos que os usuários tem sobre fazerem e participarem do serviço como sujeitos de dignidade, no qual a sua integralidade é respeitada. Em vista disso, compreender não implica encontrar uma única verdade, mas sim múltiplas verdades que reflitam as experiências de cada indivíduo. Quando essas verdades se encontram, é possível alcançar um ponto de convergência em torno de uma verdade coletiva, representativa do pensamento e das vivências dos envolvidos: “[...] porque aqui no Caps a gente é seguro, aqui a gente é bem tratada, do porteiro ao segurança, porque aqui é uma família. Ninguém olha para você com cara feia [...]. O caps é primeiro lugar que eu procuro, porque aqui eu sou bem acolhida, aqui o pessoal lhe trata com amor, com carinho, e com dignidade o estado que você chegar, aqui você é digna de entrar”. (Águia Cinzenta); “Aqui no caps, é todo mundo uma família, e eu venho porque eu gosto, falam que aqui é lugar de doido, mas eu gosto de estar aqui, porque eu converso, faço amigos, eu me sinto bem em estar aqui e sou atendida quando eu preciso, coisa que não tinha lá” (Cúrio).

Portanto, para os usuários, as compreensões sobre a atenção em saúde mental se materializam numa atenção acolhedora, humanizada e de aceitação das suas questões subjetivas, o que entra em conflito com as práticas desumanas que eram realizadas nos HP, centradas somente no binômio sujeito e doença, com exercícios tecnicistas, como cita Rotelli (2001), onde as instituições psiquiátricas operam sob o paradigma racionalista da ciência moderna, enfatizando a relação problema-solução, na qual o diagnóstico leva ao prognóstico, visando apenas cura da doença.

Sendo importante também citar, a construção de vínculos que os colaboradores trouxeram como possibilidade diante a sua inserção no serviço do caps, fato este que caminha na contra mão dos HP, indo ao oposto do isolamento e solidão experenciados no momento da institucionalização.

Dessa forma, a humanização em saúde torna-se uma manifestação de acolhimento que está ligada à adesão ao tratamento proposto. Segundo Carvalho & Cunha (2006), integrar os aspectos subjetivos dos usuários ao projeto terapêutico melhora a eficácia do serviço, a adesão ao tratamento e aumenta as responsabilidades na produção do cuidado.

Andrade & Bosi (2015), relatam em seu estudo realizado em um Caps sobre o olhar dos usuários sobre o serviço, que a humanização na saúde mental está estreitamente ligada à postura dos profissionais de saúde. Aspectos como escuta, observação, respeito e diálogo são fundamentais, influenciando a adesão e a continuidade do tratamento. Além disso, o

acolhimento, o acesso, o tempo dedicado às consultas individuais e em grupo, e o atendimento imediato em situações de crise foram destacados pelos usuários como elementos essenciais para a qualidade da atenção.

No Brasil, há debates intensos sobre a humanização na saúde, abordando diversos aspectos e dimensões. O Ministério da Saúde destaca a importância de evitar a violência institucional, melhorar a qualidade do atendimento, garantir condições de trabalho satisfatórias e promover uma comunicação eficaz entre usuários e serviços de saúde. Os estudos sobre saúde têm o compromisso de abordar a humanização em todas as suas dimensões, considerando os valores e subjetividades de cada indivíduo, e incluindo aspectos como a felicidade humana e o bem comum, fatos que interferem na qualidade do tratamento (Ayres, 2005).

De tal modo, os Caps ocupam esse lugar de serviço humanizado que opera resgatando a dignidade dos sujeitos, sendo crucial discutir a reinserção considerando o histórico social de exclusão da loucura. A sociedade ocidental historicamente marginalizou as pessoas em sofrimento psíquico, estigmatizando-os e privando-os de seus direitos civis. A proposta da reforma psiquiátrica é reintegrar essas pessoas à sociedade, permitindo-lhes autonomia e tornando-as sujeitos de suas próprias ações, devolvendo assim essa dignidade ceifada (Paranhos-Passos & Aires, 2013).

Destarte, o processo de trazer a tona de volta o sentimento de pertencimento, atravessa pelo processo de desinstitucionalização e implica em transformar a abordagem do tratamento das pessoas com sofrimento psíquico, substituindo a ideia de solução-cura por um conjunto de estratégias cotidianas que visam à produção de vida. Esse processo de cuidado coloca os indivíduos como protagonistas, promovendo atividades como parte de um projeto de emancipação, sem focar na eliminação de sintomas ou crises, mas sim em conferir protagonismo aos sujeitos e respeitar sua singularidade (Constantinidis & Cunha, 2016).

Os Caps desempenham um papel crucial na construção de territórios existenciais para seus usuários, facilitando sua inserção ou reinserção na sociedade e permitindo que eles se tornem cidadãos plenos. Funciona como uma estrutura complexa que busca estabelecer pontes entre o indivíduo e as diferentes redes sociais, facilitando sua integração na comunidade e ajudando-os a recuperar um cotidiano significativo (Rauter, 2000).

É inegável que a Reforma Psiquiátrica no Brasil promoveu mudanças significativas na saúde mental, como a transferência do tratamento dos HP para a comunidade, com a

implementação dos CAPS. Essa reforma também envolveu outros atores no cuidado aos pacientes, como família, comunidade e profissionais de saúde de diversas áreas, superando o isolamento do modelo asilar. No entanto, apesar dos avanços, é crucial continuar investindo em saúde pública, especialmente na saúde mental, visto que a Reforma Psiquiátrica continua em processo e requer esforços contínuos para consolidar e fortalecer as bases práticas e conceituais, garantindo uma assistência digna e de qualidade aos usuários desses serviços de saúde (Martins, de Sousa Soares, Oliveira & Alves, 2011).

Portanto, entendemos que a discussão sobre os serviços substitutivos buscam resgatar a autonomia, subjetividade, autoconfiança e dignidade de um público historicamente excluído, dessa forma o Caps III, da cidade de Campina Grande-PB, diante fala de alguns de seus usuários, apresentou-se como um local de acolhimento, cuidado e segurança, se mostrando uma estrutura que mesmo com falhas aparentes consegue desenvolver o seu papel como modelo de assistência de cuidado em saúde centrado no sujeito.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: “OS FIOS QUE AMARRARAM ESSA COSTURA”**

Perceberam-se diante as narrativas dos colaboradores expostas nos dois primeiros eixos a existência de diversas privações, não só de direitos, mas de privações a sua subjetividade enquanto sujeito, fato que esteve presente em todas as histórias, e isso expõe a fragilidade dos serviços hospitalares psiquiátricos da cidade de Campina Grande-PB e principalmente a falta de preparo dos profissionais sobre o manejo de pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que operam dentro do modelo asilar.

Sendo importante destacar que todas as internações inferidas no estudo foram realizadas após a instauração da Reforma Psiquiátrica, o que elenca uma fragilidade no processo mostrando que a RP na cidade de Campina Grande-PB ainda caminha entre o velho e o novo, fato este que não deveria acontecer, pois a RP não é um movimento de mesclagem, e sim de mudanças.

Portanto, apesar de existir avanços significativos na abordagem e tratamento das questões de saúde mental, ainda enfrentam-se algumas fragilidades e desafios que foram visualizadas de uma forma geral: estigma e discriminação, apesar dos esforços para desestigmatizar os transtornos mentais, o estigma social ainda é uma barreira significativa para a plena inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade; e a resistência institucional, onde a resistência de algumas instituições e profissionais de saúde mental em adotar os princípios e práticas da Reforma Psiquiátrica pode dificultar a implementação e a expansão dos serviços comunitários.

Assim, embora os hospitais psiquiátricos ainda existam no país e na cidade de Campina Grande-PB, o processo de trabalho pautado dentro dessas instituições, baseado no relato dos colaboradores deste estudo, continua pautado na violência, descaso, medicalizante, punitivista, centralizador e tecnicista como foi constatado. Observa-se ainda, a criação de um espaço destinado não só a exclusão dessas pessoas, mas a aniquilação da sua dignidade e dos seus direitos enquanto cidadão.

Portanto, as narrativas alocadas no subeixo I, exprimem ainda na atualidade os HP como uma instituição total, fazendo uso de todas características de fechamento citadas por Goffman em sua definição, desse modo trazem fortemente práticas coercitivas e de violência institucional e falta de condições adequadas de tratamento, o que conseqüentemente levam o sujeito para o processo de cronificação explanado no subeixo II.

Dessa natureza, esse estudo se constitui como um instrumento na defesa de uma sociedade sem manicômios, pois mediante as falas é notório que não se existe ganhos, mas, sim, perdas. Ademais, ainda vale ressaltar a importância de dar vez e voz ao “louco”, pois ainda existem pouquíssimos estudos que colocam o sujeito com transtorno mental como elaborador de discurso, pois a maioria dos estudos encontrados trazem a percepção familiar, médica e assistencial, por esse motivo foi deixado as histórias completas na íntegra para que o leitor pudesse ter acesso ao que de fato acontece dentro dos hospitais psiquiátricos pelo olhar de quem as viveu, a fim de trazer notoriedade para quem sempre ocupou o lugar da exclusão.

Ter o conhecimento dessas oralidades contadas por quem as viveu, nos traz uma possível compreensão crítica na tentativa de dispor de ferramentas que possam evitar esse tipo de repetição, visto que as diversas atrocidades citadas não fazem parte de um plano de cuidado pautado na melhora do sujeito, pois como cita a resolução nº 10.216 de 2001, o cuidado em saúde mental e seus serviços devem garantir acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos ou maus tratos.

Outro ponto referente ao conhecimento desses discursos, é sobre a importância dos familiares enquanto rede de apoio e segurança, realizarem denúncias sobre essas situações ao Ministério Público, reforçando dessa forma a realização de inspeções nesses hospitais ainda existentes e que continuam funcionando de uma forma hostil, indo contra as preconizações do que se entende por fazer saúde, traçando assim as possibilidades de investigações e punições pelo poder público.

O marco da Reforma Psiquiátrica representa um movimento histórico e paradigmático na abordagem do cuidado em saúde mental, mas a figura de como a assistência ainda galga por lugares emblemáticos torna-se explícito o desrespeito à autonomia e dignidade dos sujeitos, tornando importante que essas questões sejam abordadas por meio de políticas e práticas que promovam um ambiente de cuidado respeitoso, digno e centrado no indivíduo. Isso inclui o fortalecimento de direitos, o treinamento adequado dos profissionais de saúde em ética e humanização do cuidado, e o investimento em serviços comunitários de saúde mental como alternativa aos internamentos prolongados em hospitais.

A internação psiquiátrica ainda ocupa um lugar de “resolubilidade” perante a sociedade, porém ela também ocupa um lugar caro para o sujeito que paga deixando esvair-se a sua subjetividade, tornando importante discutir sobre os processos de

desinstitucionalização e mortificação direta ou indireta, onde é inegável que relatos assim ainda se constituam.

Dessa forma, é nítido o quanto o processo de uma internação psiquiátrica é diminuidor do ser e não eficaz, então o processo de desinstitucionalização na saúde mental deve permanecer em foco, pois envolve uma mudança de paradigma do cuidado centrado no hospital para um modelo comunitário e integrado, com foco na autonomia, inclusão social e qualidade de vida.

O cenário de emergência da Reforma Psiquiátrica é inquestionável, em relação ao início do processo necessário para mudança no plano de saúde mental. Mas, a figura de como a assistência e o cuidado ainda são realizados, aponta para um descaso nestas instituições com as pessoas em sofrimento e com suas famílias, assim como revela que o problema não está na somente no modelo psiquiátrico, mas também na forma que ele é exercido.

Outro ponto analisado e discutido, foi justamente a importância dos Caps como serviços substitutivos aos HP, adscrito no eixo II da discussão, o qual diante as falas dos colaboradores trouxe esse espaço como uma forma de ainda poder existir no mundo, pois a configuração de acolhimento do serviço trazia a tona o sentimento de dignidade por poder ocupar aquele lugar na sociedade.

Assim, o Caps como serviço substitutivo, tem a tarefa de acreditar no desacreditado, de maneira a resgatar a autonomia, a subjetividade e a autoconfiança de um público que historicamente foi excluído de todos os ambientes e destituído de seus papéis sociais, porém como verificado, o serviço ainda apresenta fragilidades na sua forma de funcionamento, no qual como exposto no levantamento sociodemográfico os prontuários dos colaboradores se apresentavam incompletos, dos seis prontuários analisados, dois não tinham registro diagnóstico, e todos estavam sem o PTS preenchido, visto que todos os colaboradores frequentam o serviço a mais de nove anos, o que mesmo não sendo o foco central do estudo, torna-se importante ressaltar que esse instrumento desempenha um papel crucial na promoção da saúde mental.

Porém, mesmo diante a fragilidades “técnicas” encontradas, diante o olhar de quem utiliza o serviço, ele se configura como satisfatório, pois oferta diversas formas de assistência citadas por eles, como: oficinas, psicólogo, psiquiatra, como também a possibilidade de socialização entre os usuários e equipe, o quais a maioria dos colaboradores nomeou esse fato os caracterizando de “família”.

É nítido diante as falas, que o ambiente humanizado interfere nas formas de cuidado, no qual o Caps, se encontra como primeira escolha dos usuários por se sentirem seguros diante práticas de cuidado do serviço, desse modo torna-se importante que exista diante os poderes públicos incentivos e investimentos aos serviços substituídos já existentes, para que as lacunas que ainda existem possam ser sanadas.

São evidentes os saberes e as práticas que mantêm o modelo manicomial e constituem forte ameaça à Reforma Psiquiátrica no Brasil. Permanecem os lobbies dos empresários da saúde para seguirem com as instituições manicomiais em serviços privados, os quais são forjados na lógica dos asilos medievais; e a introdução de “novos modelos assistenciais”, na formatação das comunidades terapêuticas. Estes setores absorvem parte significativa do financiamento da saúde mental, são conservadores, autoritários e retrógrados, entremeados de discursos e práticas religiosas, punitivas e moralistas. Este movimento é forte e com adesão popular, ameaçando a Reforma e, por isto, é denominado de Contra Reforma.

Por fim, retomo novamente o enredo dessa pesquisa de negar a lógica manicomial, excludente e cronificadora, e trazer ao cenário Nise da Silveira: “É preciso se espantar, se indignar, e se contagiar, portanto só assim é possível mudar a realidade”, que as afetações tenham sido mútuas e que possamos ser pontes para futuras mudanças!

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Alexandra Maria et al. A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, 2006.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090-1107, 2018.
- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 1, p. 61-77, 1994.
- AMARANTE, Paulo (Ed.). **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. Zagodon Editora, 2018.
- AMARANTE, Paulo. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**, 2. 2013. p. 222-222.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.
- ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 811-821, 2017.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Intrínseca, 2019.
- BASAGLIA, Franco. Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. In: **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. 1979. p. 158-158.
- BASAGLIA, Franco. Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica (AMARANTE, Paulo org.). **Rio de Janeiro: Garamond**, p. 07-15, 2010.
- BENELLI, Silvio José. A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des) educativas. 2014.
- BRASIL, 2023. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Disponível em: Centros de Atenção Psicossocial - CAPS — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em: 14 fev. 2024.
- BRASIL, 2023. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em: 14 fev. 2024.
- BRASIL, 2022. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em: 14 fev.
- BRASIL, 2001. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Disponível em: L10216

(planalto.gov.br). Acesso em: 14 fev. 2024.

BRASIL, 2016. Reforma psiquiátrica tem avanços, mas Brasil ainda vive processo de transição. Disponível em: Reforma psiquiátrica tem avanços, mas Brasil ainda vive processo de transição | Agência Brasil (ebc.com.br). Acesso em: 14 fev. 2024.

BRITO, Andiara Araújo Cunegundes de; BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1293-1312, 2015.

CASTILHO, Ana Flavia de Andrade Nogueira; SANT'ANNA, Camila; ALONSO, Ricardo Pinha. A supressão dos direitos humanos dentro do maior manicômio do estado brasileiro. **REGRAD-Revista Eletrônica de Graduação do UNIVEM-ISSN 1984-7866**, v. 10, n. 01, p. 219-233, 2017.

CARDOSO, Antonio José Costa et al. Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe1, p. 1105-1119, 2020.

CARMO. Bougleux Bomjardim Da Silva. Tessituras entre estado e sociedade: panoramas da pesquisa em ciências humanas e sociais no sul da Bahia. - organizador. São Paulo: Pimenta Cultural, 2020. 186p.

CHAMMA, Rita de Cássia; FORCELLA, Hideko Takeuchi. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, p. 184-190, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Relatório de inspeções : 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2019.

COELHO, Gilson Gomes; DE SOUSA RODRIGUES, Ilana Helen Ferreira; SILVA, Karina Murielly Conceição. Holocausto brasileiro: da violação de direitos à construção de uma sociedade sem manicômios. **Composição Revista de Ciências Sociais da UFMS**, v. 2, n. 24, p. 48-66, 2021.

Corte Interamericana de Direitos Humanos Caso Ximenes Lopes versus Brasil Sentença de 4 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas). Disponível em: Caso Ximenes Lopes versus Brasil (reubrasil.jor.br). Acesso em: 20 abril. 2024.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015.

DE ROLEMBERG FIGUEIRÊDO, Marianna Lima; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma

psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

DE SOUSA LIMA, Marta Savana et al. A Tenda do Conto como possibilidade de encontro entre serviço, ensino e comunidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 10, n. 26, p. 101-114, 2018.

FÉLIX-SILVA, Antonio Vladimir et al. A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica. **Natal: Edunp**, 2014.

FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo et al. **O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos**. 2004. Tese de Doutorado.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2017.

GALLOP, Ruth et al. The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. **Health Care for Women International**, v. 20, n. 4, p. 401-416, 1999.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Revista Psicologia Política**, v. 12, n. 23, p. 105-120, 2012.

GOULART, Maria Stella Brandão; DURÃES, Flávio. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, p. 112-120, 2010.

GOFFMAN, E. Manicômios. Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. 2001.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. In: **Manicômios, prisões e conventos**. 1961. p. 316-316.

HALBWACHS, Maurice (1980). **A memória coletiva**. Editora Revista dos Tribunais.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, p. 297-305, 2009.

HEIDRICH, Andréa Valente. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007.

IGNATOWSKI, Thiago Salles. 30 anos da luta antimanicomial: uma disputa simbólica. **Revista de Ciências do Estado**, v. 3, n. 1, p. 200-217, 2018.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Health in prison: analysis of health social policies targeting the Brazilian prison population. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 905, 2015.

MARTIN, Veronika et al. O uso de contenção mecânica e reclusão em pacientes com esquizofrenia: uma comparação da prática na Alemanha e Suíça. **Prática Clínica e Epidemiologia em Saúde Mental**, v. 3, p. 1-6, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde**. 1993. p. 19-91.

MOHR, Wanda K.; PETTI, Theodore A.; MOHR, Brian D. Adverse effects associated with physical restraint. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 330-337, 2003.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4489-4498, 2019.

NUNES, Mônica de Oliveira; TORRENTÉ, Maurice de; CARVALHO, Patrícia Anjos Lima de. O Circuito Manicomial de Atenção: Patologização, Psicofarmaceuticalização e Estigma em Retroalimentação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e241846, 2022.

OLIVEIRA, Edmar; SZAPIRO, Ana. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 15-20, 2021.

OLIVEIRA, Fábio L.; Oliveira, Cíntia S.; TIMMONS, Mae E.; Uma síntese do que sabemos sobre o uso de contenção física e reclusão com pacientes em ambientes psiquiátricos e de cuidados agudos: atualização de 2003. **Worldviews on Evidence-based Nursing apresenta os arquivos da Revista Online de Síntese do Conhecimento para Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 1-29, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00156119, 2019.

PAIVA, L. E. M. et al. Desinstitucionalização de saberes e práticas: da reforma psiquiátrica aos serviços em saúde mental. **Pretextos-Revista Da Graduação Em Psicologia Da PUC Minas**, v. 6, n. 12, p. 177-192, 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Editora Fiocruz, 2008.

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 49, 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia. Um manicômio em declínio ou o declínio do manicômio?. 2021.

PEDRO, Jullyanne Rocha São. “Eu não sou louco”: Posicionamentos identitários em relatos de usuários de um centro de atenção psicossocial. 2018.

PRATES, José Gilberto. **A representação social dos Enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas.** 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de; GUIMARÃES, Jacileide. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 839-852, 2019.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 2000. p. 15-73.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, p. 92-99, 2004.

ROTELLI, Franco. **Empresa Social: construindo sujeitos e direitos.** 2000.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. O inventário das subtrações. **Desinstitucionalização**, v. 2, p. 61-4, 2001.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00313145, 2020.

SANTOS, Ronivaldo de Oliveira Rego et al. O projeto do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia em uma história da loucura no Brasil (1930-1950). 2018.

SILVA, Lucia de Fátima da et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta paul. enferm.**, p. 40-47, 2002.

SILVEIRA, Lia Carneiro et al. A sociopoética como dispositivo para produção de conhecimento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 873-881, 2008.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício ea cidade: dilemas no campo da saúde mental.** Zagodoni Editora, 2011.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar.** UFMG, 2010.

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero. Urgências e emergências psiquiátricas. **Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em:** < [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2488054/mod\\_resource/content/3/Nova% 20pasta/APOSTILA% 20URGENCIAS% 20PSIQUI% C3% 81TRICAS](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2488054/mod_resource/content/3/Nova%20pasta/APOSTILA%20URGENCIAS%20PSIQUI%20TRICAS), v. 202016, 2016.

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

ZAMBENEDETTI, Gustavo; DA SILVA, Rosane Azevedo Neves. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

WEBER, César Augusto Trinta; JURUENA, Mario Francisco. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 3, p. 640-656, 2017.

WILLRICH, Janaína Quinzen et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011.



**APÊNDICE A – LEVANTAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**CAMPUS I - CAMPINA GRANDE**

**PRÓ – REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**Pesquisadora:** Amanda Barbosa da Silva

**1. Perfil socioeconômico – demográfico**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Gênero:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Raça:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Possui documentos civis? Não ( ) Sim ( ). Caso em resposta afirmativa. Quais?**

\_\_\_\_\_

**Está estudando? Não ( ) Sim ( ) Caso em resposta afirmativa. Especifique?**

\_\_\_\_\_

**Cidade e local em que reside? Com quem reside? (zona urbana, rural/casa própria, etc):** \_\_\_\_\_

**Possui algum benefício social? Não ( ) Sim ( )**

**Está trabalhando? Não ( ) Sim ( ) Caso em resposta afirmativa. Especifique?**

\_\_\_\_\_

**Situação clínico-diagnóstica:**

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo está fazendo tratamento em Saúde Mental?** \_\_\_\_\_

**Faz uso de medicamentos? Sim ( ) Não ( ). Caso em resposta afirmativa. Quais?**

\_\_\_\_\_

**Foi submetido a alguma internação antes de ir para a CAPS? Sim ( ) Não ( ). Caso em resposta afirmativa. Em qual lugar? Quantas vezes? \_\_\_\_\_**

**Fazia uso de álcool e outras drogas? Sim ( ) Não ( )**

**Quantas vezes foi internado em Instituição psiquiátrica? \_\_\_\_\_**

**Qual instituição, cidade e estado:**

\_\_\_\_\_

**Qual o ano? \_\_\_\_\_**

**Qual o tipo de internação: ( ) Voluntária ( ) Involuntária ( ) Compulsória**

**Perguntas:**

- 1. Para você o que é estar internado em um hospital psiquiátrico e como é frequentar o caps?**
- 2. Conte-me como foram suas vivências durante a internação psiquiátrica.**
- 3. Você sabe por qual motivo foi internado?**
- 4. Quais as dificuldades que você vivenciou durante a internação?**
- 5. Como você enfrentava o dia a dia durante o período da internação?**
- 6. Qual o seu sentimento quando você saiu do hospital psiquiátrico?**



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

## CAMPUS I - CAMPINA GRANDE

## PRÓ – REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

## CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“CEMITÉRIO DOS VIVOS”**: COSTURANDO HITÓRIAS INSTITUCIONALIZANTES PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA, sob a responsabilidade de: Amanda Barbosa da Silva e da orientadora Maria de Fátima Araújo Silveira, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Desse modo, ao analisar que as internações psiquiátricas ainda acontecem em um número significativo, como também ao surgimento de todas normativas que emergiram diante o cenário dos cuidados em saúde mental que elencam o quadro de retrocesso diante aos ganhos da Reforma Psiquiátrica, se ocorrem o exercício de práticas que resultam em descaracterização e enfraquecimento das políticas públicas de saúde mental.

Nesse sentido, esta pesquisa também visa ocupar a lacuna nos estudos regionais e nacionais sobre os usuários dos serviços substitutivos que passaram por internações psiquiátricas, ao estudar o modo como essas pessoas constroem suas histórias para si próprias por meio de seus relatos.

Assim, justifica-se a necessidade de ampliar a temática a partir da percepção das pessoas que passaram pela situação da institucionalização, para que se possa fortalecer a qualidade da atenção voltada para este público, para que todo o percurso caminhado pelos ganhos da RP não sejam inviabilizados, pois a reforma é um movimento que caminha entre o velho e novo.

Como objetivo geral da pesquisa: Conhecer as histórias e vivências dos usuários que passaram pela internação psiquiátrica após o processo da Reforma. E, como objetivos específicos: 1- Identificar o ano que essas internações ocorreram, caracterizando as internações quanto ao tipo e a motivação; 2- Especificar qual o perfil sociodemográfico dos colaboradores; 3 - Mapear as internações por locais relatando se esses serviços são no estado da Paraíba e se ainda estão em funcionamento.

Por tanto, visando os objetivos da pesquisa optou-se pelo percurso da História Oral Temática que se caracteriza como uma narrativa de um fato de cunho testemunhal, de quem presenciou um acontecimento ou que pelo menos tenha alguma nuance que seja discutível, onde se admite o uso de um roteiro de entrevista como instrumento para obter as informações desejadas.

Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados, que se dará por meio de uma oficina de “Tenda do Conto” em grupo, e caso as narrativas breves não contemplem os objetivos da pesquisa, será realizado uma entrevista guiada por um roteiro semi estruturado individual.

Como possíveis riscos, existe a possibilidade de surgimento de estresse emocional e omissão

de fatos devido ao uso exacerbado de medicações que acabam afetando a capacidade do armazenamento de memórias, como também um possível desconforto ou constrangimento pelas perguntas da entrevista, e a possível desistência em participar da pesquisa, garantido que danos previsíveis serão evitados, e que haverá igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária; caso algum participante venha a passar por qualquer tipo de estresse emocional, a entrevista será interrompida, e será acionado os profissionais do serviço para apresentarem suporte emocional.

Quanto aos benefícios, acredita-se que o estudo possa contribuir para maiores conhecimentos sobre o tema, visando servir de subsídio para novos estudos, criação de possíveis novas políticas públicas no âmbito da saúde mental ou adendos, como também, a finalidade de assegurar seus direitos, reflexões e debates, tanto com os participantes envolvidos, quanto com os profissionais que os assistem.

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 recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com a responsável da pesquisa: Amanda Barbosa da Silva, através dos telefones (83) 99827-2316 ou através dos e-mails: silvaamandabarbosa@gmail.com, ou do endereço: Rua Baraúnas, 351, Bairro Universitário, Campina Grande-PB, departamento de pós graduação de psicologia. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

## CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa : “CEMITÉRIO DOS VIVOS”:  
NARRATIVAS DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO SOBRE  
INTERNAÇÕES

PSIQUIÁTRICAS PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA, e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu \_\_\_\_\_ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

(        ) DOU MEU CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DA  
PESQUISA

- (        ) AUTORIZO A GRAVAÇÃO DA MINHA VOZ
- (        ) NÃO AUTORIZO A GRAVAÇÃO DA MINHA VOZ
- (        ) AUTORIZO O USO DA MINHA IMAGEM E VÍDEO
- (        ) NÃO AUTORIZO O USO DA MINHA IMAGEM E VÍDEO

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante



---

Assinatura do Pesquisado



## ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I - CAMPINA GRANDE

PRÓ – REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **“CEMITÉRIO DOS VIVOS”:** **COSTURANDO HITÓRIAS INSTITUCIONALIZANTES PÓS REFORMA PSQUIÁTRICA**, 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, os pesquisadores Amanda Barbosa da Silva e Maria de Fátima Araújo Silveira a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

I Poderei ler a transcrição de minha gravação;

II 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;

Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;

III 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.

Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,

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 N°. 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 \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador responsável

**ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE**

**PRÓ – REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

(Centro de Atenção Psicossocial III Reviver, CNPJ 08.993.917/0001-46, Rua  
Cônego Pequeno, n 257, Bela Vista)

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado “Cemitério dos vivos: Narrativas de pessoas em sofrimento psíquico sobre internações psiquiátricas pós reforma psiquiátrica” desenvolvida pela aluna Amanda Barbosa da Silva do Curso de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Maria de Fátima Araújo Silveira.

Campina Grande, 17 de julho de 2023.

---

Niedja Sales de Medeiros

**Responsável da instituição**



**ANEXO D - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ  
DE ÉTICA E PESQUISA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
PRÓ – REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ¿CEMITÉRIO DOS VIVOS¿: NARRATIVAS DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO SOBRE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS PÓS REFORMA

**Pesquisador:** AMANDA BARBOSA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71459423.8.0000.5187

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.434.325

**Apresentação do Projeto:**

A loucura tem sido objeto de exclusão desde o final da idade média, no qual o louco passou a sofrer os mesmos processos de exclusão que os leprosos, fazendo com que esses sujeitos fossem retirados do convívio social, com o intuito de manter uma limpeza comunitária. Com isso, no século XVII tem-se a criação institucional das internações psiquiátricas, assim abrindo portas para a concepção dos manicômios. Desse modo, nos meados do século XX, os manicômios foram considerados o modo terapêutico mais eficaz para reestabelecimento do indivíduo. Portanto, objetiva-se com esse estudo conhecer as histórias e vivências dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial que passaram pela internação psiquiátrica. A pesquisa terá uma abordagem qualitativa e a análise de dados terá como perspectiva teórico-metodológica a História Oral Temática que se caracteriza como uma narrativa de um fato, de quem presenciou um acontecimento ou que pelo menos tenha alguma nuance que seja discutível.

**Objetivo da Pesquisa:**

A loucura tem sido objeto de exclusão desde o final da idade média, no qual o louco passou a sofrer os mesmos processos de exclusão que os leprosos, fazendo com que esses sujeitos fossem retirados do convívio social, com o intuito de manter uma limpeza comunitária. Com

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

**Bairro:** Bodocongó

**CEP:** 58.109-753

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)3315-3373

**Fax:** (83)3315-3373

**E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

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



Continuação do Parecer: 6.434.325

isso, no século XVII tem-se a criação institucional das internações psiquiátricas, assim abrindo portas para a concepção dos manicômios. Desse modo, nos meados do século XX, os manicômios foram considerados o modo terapêutico mais eficaz para reestabelecimento do indivíduo. Portanto, objetiva-se com esse estudo conhecer as histórias e vivências dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial que passaram pela internação psiquiátrica. A pesquisa terá uma abordagem qualitativa e a análise de dados terá como perspectiva teórico-metodológica a História Oral Temática que se caracteriza como uma narrativa de um fato, de quem presenciou um acontecimento ou que pelo menos tenha alguma nuance que seja discutível; Mapear as internações por locais relatando se esses serviços são no estado da Paraíba e se ainda estão em funcionamento

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS :** Como possíveis riscos, existe a possibilidade de surgimento de estresse emocional e omissão de fatos devido ao uso exacerbado de medicações que acabam afetando a capacidade do armazenamento de memórias, como também um possível desconforto ou constrangimento pelas perguntas da entrevista, e a possível desistência em participar da pesquisa, garantido que danos previsíveis serão evitados, e que haverá igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária; caso algum participante venha há passar por qualquer tipo de estresse emocional, a entrevista será interrompida, e será acionado os profissionais do serviço para apresentarem suporte emocional. **BENEFÍCIOS :** Quanto aos benefícios, acredita-se que o estudo possa contribuir para maiores conhecimentos sobre o tema, visando servir de subsídio para novos estudos, criação de possíveis novas políticas públicas no âmbito da saúde mental ou adendos, como também, a finalidade de assegurar seus direitos, reflexões e debates, tanto com os participantes envolvidos, quanto com os profissionais que os assistem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem caráter relevante uma que através da estória contada pelos participante se tomará conhecimento do processo histórico institucional psiquiátrico e o sofrimento estes participantes tiveram e ainda podem ter como consequências do internamento e do tratamento

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



Continuação do Parecer: 6.434.325

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos apresentados estão em consonância com as exigências da CONEP

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com o exposto o PARECER para o desenvolvimento da pesquisas é de APROVAÇÃO

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2180853.pdf	01/09/2023 20:12:20		Aceito
Outros	TAI.pdf	01/09/2023 20:10:39	AMANDA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	A.pdf	17/07/2023 20:50:30	AMANDA BARBOSA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	t.pdf	17/07/2023 20:32:32	AMANDA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	g.pdf	17/07/2023 20:29:50	AMANDA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	d.pdf	17/07/2023 20:25:39	AMANDA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	17/07/2023 20:16:25	AMANDA BARBOSA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 18 de Outubro de 2023

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Gabriela Maria Cavalcanti Costa**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

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



Continuação do Parecer: 6.434.325

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br