



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA



ÉLIDA DANTAS DO NASCIMENTO

**A POPULAÇÃO EM CENA: O transtorno mental e suas formas de tratamento em discursos de pessoas que residem nas proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial III do estado de Pernambuco**

RECIFE-PE  
2014

ÉLIDA DANTAS DO NASCIMENTO

**A POPULAÇÃO EM CENA: O transtorno mental e suas formas de tratamento em discursos de pessoas que residem nas proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial III do estado de Pernambuco**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho

RECIFE-PE  
2014

Catálogo na fonte  
Bibliotecário Tony Bernardino de Macedo, CRB4-1567

N244p Nascimento, Élide Dantas do.  
A população em cena: o transtorno mental e suas formas de tratamento em discursos de pessoas que residem nas proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial III do estado de Pernambuco/ Élide Dantas do Nascimento. – Recife: O autor, 2014.  
129 f.; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia, 2014.  
Inclui referência e anexos.

1. Psicologia. 2. Sofrimento psíquico. 3. Reforma psiquiátrica brasileira. 4. Psicologia social discursiva. 5. Doenças mentais. I. Oliveira Filho, Pedro de. (Orientador). II. Título.

150 CDD (23.ed.) UFPE (BCFCH2014-88)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**A POPULAÇÃO EM CENA: O transtorno mental e suas formas de tratamento em discursos de pessoas que residem nas proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial III do estado de Pernambuco**

*Aprovada em 24/02/2014.*

Comissão Examinadora:

---

Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho

1º Examinador/Presidente

---

Prof. Dr. Anderson Scardua Oliveira/UFPE

2º Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima de Souza Santos/UFPE

3º Examinadora

RECIFE-PE  
2014

Dedico a todos aqueles que  
colaboraram para a concretização  
dessa pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus pela presença inequívoca nos momentos mais difíceis, pelas oportunidades que tem me proporcionado, iluminando meu caminho e guiando meus passos da melhor maneira possível.

A paiño e à mainha, que são meu porto seguro, minha fortaleza, as pessoas que mais me dão forças para correr atrás dos meus objetivos, sempre estando ao meu lado no que for preciso, me escutando e me ajudando nos momentos de dúvidas e angústias. Não há título que supere os ensinamentos que vocês me deram e, com certeza, eles me ajudaram a chegar até aqui. Amo muito vocês.

A Marcel, meu noivo, que esteve comigo comemorando desde a minha aprovação no vestibular até hoje aqui na finalização do mestrado. Obrigada pelo companheirismo; paciência; incentivo; palavras de conforto, que muito me fortaleceram durante essa caminhada; por ter aguentado instantes de choro, chatice e mau humor, permanecendo ao meu lado e me fazendo acreditar que tudo isso valeria a pena; e pelo amor incondicional destinado a mim. Te amo meu amor. Muito obrigada por sempre se fazer presente em todos os momentos.

Aos meus irmãos, Eliege e Everton, que mesmo distantes, estão sempre vibrando com minhas conquistas e oferecendo apoio no que for necessário.

A minha sobrinha e afilhada Ellen, com quem pude me divertir até nos momentos mais difíceis. Sua inocência e constante felicidade me fizeram mais alegre nesses anos de mestrado.

Ao meu orientador, Pedro de Oliveira Filho, por ter aceitado caminhar comigo. Agradeço pela simplicidade com que conduz seus ensinamentos; pela carga de estímulo e paciência, que sempre me incentivaram a seguir em frente; e por ter acreditado sempre que tudo ia dar certo.

À professora Fátima Santos, pelos seus ensinamentos; humildade; atenção; carinho; pelas palavras ternas, pela presença constante ao longo desse Mestrado e por aceitar o convite em participar da Comissão examinadora desse trabalho.

Ao Professor Anderson Scardua, por ter aceitado o convite para participar como professor examinador na minha defesa e por todas as contribuições na banca de qualificação.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, por ter aberto as suas portas para a concretização deste trabalho.

Aos professores do programa, pelas discussões e colaborações nesse processo de crescimento e amadurecimento no âmbito acadêmico. Em especial aos professores: Tícia Cavalcante por ter me auxiliado no processo para ser bolsista REUNI, abrindo as portas da sua sala de aula para a realização do estágio; Rosineide Cordeiro por ter me acolhido no seu grupo de pesquisa; Jaileila de Araújo por ter me proporcionado uma excelente experiência acadêmica ao participar da comissão de monitoria do JUBRA; Jorge Lyra por ter me escolhido para ser sua estagiária à docência e por todos os ensinamentos aprendidos durante o estágio; Alessandra Castanha pelo trabalho que realizamos na JIRS e por ter me recebido de braços abertos em seu grupo de pesquisa.

A João, pelo cuidado com as informações e procedimentos formais; por ter me ajudado em tudo o que foi necessário; pela generosidade; paciência e por todas as palavras de apoio. Você é um profissional excelente. Obrigada.

À FACEPE por ter financiado o desenvolvimento da pesquisa.

À Danyelle e à Renata que se tornaram minha família em Recife. Obrigada por todos os momentos compartilhados; por estarem ao meu lado nos momentos de felicidade e de desespero; por fazerem essa cidade se tornar mais agradável. Sei que ganhei mais duas irmãs e uma família em Campina Grande. Vocês ganharam um espaço imenso em meu coração. Amo vocês.

Aos meus colegas de mestrado. Em especial, a Roseane e Livia que ao logo dessa caminhada sempre pude contar com o apoio, carinho e amizade.

Aos meus amigos de longas datas Raissa, Daniel, Thassila, Jayana, Paulinho, Giselli, Hermesson, Carol e Talitinha, que mesmo distantes, me fortalecem e me fazem desfrutar desse sentimento tão especial: a amizade. Obrigada pelas diversas vezes que me deram sinas que estavam na minha torcida desde sempre.

À dona Silvana, seu Nilvado, dona Lêda e Varela por sempre me incentivarem e apoiarem a buscar novos conhecimentos.

À Clarinha, Sylvia, Maria Emília e Maria Cecília por todo apoio e carinho.

E um agradecimento especial a todas as pessoas que por suas palavras e sentimentos significaram a existência dessa pesquisa.

*“Tô falando de loucura  
Tô falando de viver  
Aura clara, sorte escura  
Descobrir o que se é, e ser*

*Pois é preciso ser honesto  
Se cada dia é diferente  
Sou um anjo e não presto  
Sou só eu no meio desta gente*

*Tô cansado de bancar  
O herói de mim ou do bem  
Abro a porta, eu quero mais  
Eu quero ser sincero com alguém*

*Deixe que eu respire o ar livre da rua  
Sem parar pra discutir  
Deixe que eu passeie minha loucura  
Gentilmente por aí”.*

(Gentil Loucura, Skank).

## RESUMO

Com a reforma psiquiátrica, serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos foram instituídos para atender as pessoas em sofrimento psíquico, contrapondo-se a qualquer perspectiva de tratamento que englobe a segregação e o preconceito. A rede de assistência em saúde mental foi criada objetivando, fundamentalmente, a aquisição da autonomia, cidadania e inserção social das pessoas em sofrimento psíquico. Dentre esses serviços que foram criados, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Desse modo, a articulação entre as pessoas que constituem a comunidade e os usuários dos CAPS é fundamental para o desenvolvimento da rede de saúde mental. Assim sendo, este trabalho foi desenvolvido tendo como objetivo analisar os discursos da população que reside nas proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III do Estado de Pernambuco sobre o transtorno mental e suas formas de tratamento. Dessa forma, a presente pesquisa foi realizada no Estado de Pernambuco nas residências das pessoas que habitam nas mediações onde os CAPS III foram implantados. O cenário atual do Estado é composto por cinco CAPS III, sendo dois localizados na cidade do Recife, um em Abreu e Lima, um em Paulista e um em Caruaru. Para tanto, foi aplicada a metodologia qualitativa, tendo como instrumento a entrevista semiestruturada. Participaram desse estudo, 52 pessoas, sendo: 20 residentes na cidade do Recife - 10 que moram no bairro Ipsep e 10 que residem no bairro Barro; 11 que habitam em Caruaru; 10 que moram em Abreu e Lima e 11 que vivem em Paulista. Dentre os entrevistados, 14 são do sexo masculino e 38 são do sexo feminino; com idades que variam de 18 a 76 anos. E o tempo que essa população reside nos bairros onde os CAPS III foram implantados varia de 04 meses a 71 anos. Para a análise das entrevistas, foi utilizada a orientação teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva, que concebe o discurso como uma forma de ação social. Através dessa abordagem, foi possível analisar as diversas formas que os entrevistados utilizaram para se posicionarem diante de cada pergunta que foi realizada. No decorrer dos seus discursos, os participantes da pesquisa mobilizaram um variado repertório para nomear e descrever o sofrimento psicológico e as pessoas em sofrimento: “pessoas com deficiência”, pessoas com “doença psíquica”, “problema psíquico”; pessoas que usam “drogas”; pessoas com “problema mental”; pessoas com “distúrbio”, “necessitados”, pessoas com “doença mental”, “transtorno mental”, pessoas “inconvenientes”, “pessoas agressivas”, dentre outras. Em relação aos discursos que foram construídos sobre o tratamento oferecido, em geral, os entrevistados apontam que houve alguma melhoria na forma de tratar o sofrimento psicológico. No entanto, há aqueles que ainda defendem as antigas práticas asilares. Através do material discursivo produzido pelos participantes do estudo, foi possível observar que mesmo com as novas formas de tratamento proporcionadas pela reforma psiquiátrica, as questões referentes à exclusão e à rejeição das pessoas com transtorno mental ainda são destacadas pelos entrevistados, e os mesmos reproduzem estereótipos seculares sobre essas pessoas. O discurso dos entrevistados indica que o advento da reforma e os novos dispositivos que foram criados para atender as pessoas com transtorno mental não foram, ainda, capazes de provocar mudanças significativas em sua relação com a sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sofrimento Psíquico; Reforma Psiquiátrica Brasileira; População; Serviços Substitutivos; Psicologia Social Discursiva.

## ABSTRACT

Through the Psychiatric Reform, substitutive services to psychiatric hospitals were instituted to cater to people in psychological distress, in opposition to any perspective of treatment involving segregation and prejudice. The network of mental health care was created aiming primarily the acquisition of autonomy, citizenship and social inclusion by people in psychological distress. Among the services created, the Psychosocial Care Centers (CAPS) have strategic value for the Brazilian Psychiatric Reform. It is CAPS responsibility to shelter and care for people with severe and persistent mental disorders, in order to preserve and strengthen social bonds of the user in their territory. Thus, the articulation between people living in the community and users of CAPS services is essential for the development of mental health care network. Therefore, this study was developed aiming to analyze the discourses from the population living nearby Psychosocial Care Centers type III of Pernambuco about mental disorders and their treatment modalities. In that way, this research was held in the state of Pernambuco, in the homes of people living around where CAPS III were implanted. The current scenario of the State consists of five CAPS III, two located in the city of Recife, one in Abreu e Lima, one in Paulista and another one in Caruaru. Therefore, the qualitative methodology was applied, using as an instrument the semi-structured interview. In this study 52 people participated, being: 20 residents of Recife - 10 who live in the Isep neighborhood and 10 residing in Barro neighborhood ; 11 inhabitants of Caruaru; 10 of Abreu e Lima and 11 who live in the city of Paulista. Among the respondents, 14 were male and 38 were female, with ages ranging from 18 to 76 years. And the time that this population resides in the neighborhoods where the CAPS III were implanted varies from 04 months to 71 years. In order to analyze the interviews, it was used the theoretical-methodological orientation of Discursive Social Psychology, which pictures the discourse as a form of social action. Through this approach, it was possible to examine the various ways that respondents use to position themselves about each question that was performed. During their discourses, research participants used a varied repertoire to name and describe psychological distress and suffering people: "disabled", people with "psychiatric illness", "psychiatric problem"; people who use "drugs "; people with " mental problem ", people with " disorder ", " needy ", people with " mental illness ", "mental disorder", "inconvenient" people, "aggressive people", among others. Regarding the discourses made about the treatment offered, in general, respondents indicated that there was some improvement in the way psychological distress is treated. However, there are those who still defend the old asylum practices. Through the discursive material produced by the study participants, it was possible to observe that even with the new forms of treatment provided by the Psychiatric Reform, the issues of exclusion and rejection of people with mental disorder are still highlighted by respondents, who reproduce secular stereotypes about those people. The discourse of the respondents indicates that the advent of the Reform and the new devices that were designed to assist people with mental disorders were not yet capable of causing significant changes in their relationship with society.

**KEYWORDS:** Psychic distress; Brazilian Psychiatric Reform; Population; Substitutive Services; Discursive Social Psychology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

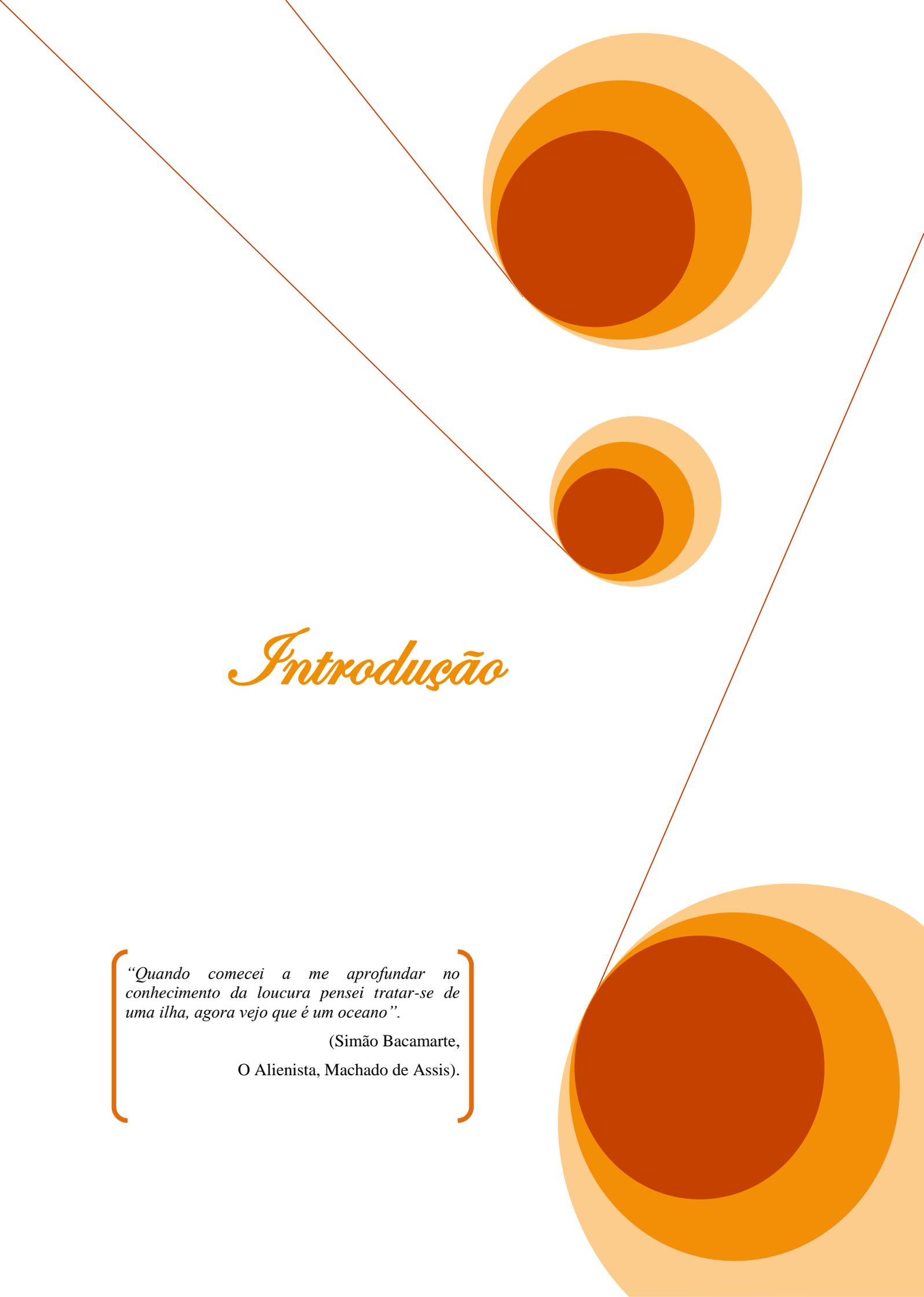
Figura 1 - Indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano nas capitais nordestinas	33
Quadro 1 - Levantamento bibliográfico com o descritor “representação de loucura”	19
Quadro 2 - Levantamento bibliográfico com o descritor “concepções de loucura”	20
Quadro 3 - Levantamento bibliográfico com o descritor “reforma psiquiátrica e comunidade”	21
Quadro 4 - Dados básicos dos CAPS III do estado de Pernambuco	51
Quadro 5 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III - Espaço David Capistrano, localizado no bairro Ipsep, na cidade do Recife – PE	56
Quadro 6 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III – Professor Galdino Loreto, localizado no bairro Barro, na cidade do Recife – PE	57
Quadro 7 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III – Crescendo com dignidade, localizado no bairro Boa Vista II, na cidade de Caruaru – PE	58
Quadro 8 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III – Abreu e Lima, localizado no bairro Timbó, na cidade de Abreu e Lima – PE	58
Quadro 9 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III – Tereza Noronha 24h, localizado no bairro Janga, na cidade de Paulista – PE	59

## **LISTA DE SIGLAS**

APCD - Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas  
BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial Infantil  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
FIP - Faculdades Integradas de Patos  
GSM - Gerência de Saúde Mental  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PSD - Psicologia Social Discursiva  
PT- Partido dos Trabalhadores  
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde  
SCIELO - Scientific Electronic Library Online  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SRT - Serviço Residencial Terapêutico  
TR - Técnico de Referência  
UEPB - Universidade Estadual da Paraíba  
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco  
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
USF – Unidade de Saúde da família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1. REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS DISCURSOS QUE PROCURAM JUSTIFICAR A EXISTÊNCIA DO MANICÔMIO</b>	24
1.1 Um breve histórico da relação do Ocidente com o sofrimento psíquico	25
1.2 A reforma psiquiátrica no Brasil e em Pernambuco	30
1.3 A persistência de velhas imagens e alguns sinais de mudanças	34
<b>2. PSICOLOGIA SOCIAL DISCURSIVA</b>	38
2.2 O Desenvolvimento da psicologia social discursiva: 25 anos de história	39
2.3 Conceitos centrais da psicologia social discursiva	43
<b>3. MÉTODO</b>	49
3.1 Tipo de pesquisa	50
3.2 Locais da pesquisa	50
3.3 Participantes	55
3.4 Aspectos éticos	60
3.5 Instrumento de coleta de dados	61
3.6 Procedimento de coleta de dados	62
3.7 Procedimento de análise dos dados	63
<b>4. CATEGORIZANDO E DESCREVENDO OS USUÁRIOS DO CAPS</b>	65
4.1 Periculosidade e agressividade	66
4.2 Alienação, dependência e puerilidade	71
4.3 Inconveniência, bizarrice, transgressividade e devassidão	75
4.4 Descontrole, agitação e impulsividade	78
<b>5. OS DISCURSOS DA POPULAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL</b>	81
5.1 Um tratamento que oferece liberdade, autonomia	83
5.2 Um tratamento humanizado	86
5.3 Um tratamento assistencialista	90
5.4 Vozes críticas	92
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	97
<b>REFERÊNCIAS</b>	101
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	112
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113
ANEXO A – Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001.	116
ANEXO B – Lei Estadual Nº 11.064 de 16 de Maio de 1994	119
ANEXO C – Lei Nº 16.232/96	122
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP	126

The page features a decorative design with three sets of concentric circles in shades of orange and brown. Two sets are in the upper right, and one is in the lower right. Two thin, dark orange diagonal lines cross the page from the top left to the bottom right, passing through the circles.

# *Introdução*

*“Quando comecei a me aprofundar no conhecimento da loucura pensei tratar-se de uma ilha, agora vejo que é um oceano”.*

(Simão Bacamarte,  
O Alienista, Machado de Assis).

Este trabalho insere-se no âmbito das discussões travadas sobre a reforma psiquiátrica brasileira e, mais especificamente, nas discussões sobre os discursos construídos para nomear e descrever as pessoas com transtorno mental<sup>1</sup> e sobre as formas de tratamento oferecidas a essas pessoas.

O interesse em trabalhar com essa temática surgiu em 2008, durante a graduação em Psicologia, na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em Campina Grande-PB, onde surgiu o contato com as discussões sobre a reforma psiquiátrica, apesar da grade curricular do curso não contemplar de maneira satisfatória este assunto.

Na graduação, uma das poucas disciplinas que abordou essa temática foi: “Pesquisa e Procedimentos Estatísticos II”. Nela, os alunos tiveram a oportunidade de desenvolver um projeto de pesquisa cuja temática era escolhida por eles. Então, a mestrandia desenvolveu junto com alguns colegas uma pesquisa intitulada: “As Representações Sociais sobre a Loucura Elaboradas por Familiares de Usuários do CAPS”.

Essa pesquisa teve como objetivo principal analisar as representações sociais sobre a loucura, elaboradas por familiares de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e III) da cidade de Campina Grande (Paraíba/Brasil). Foi realizado um estudo qualitativo e foram obtidas 22 entrevistas - 18 com familiares do sexo feminino e quatro com familiares do sexo masculino, com idades entre 21 e 78 anos. Todas as entrevistas aconteceram nas dependências dos CAPS II e III de Campina Grande (NASCIMENTO et. al, 2013).

Através da análise de conteúdo dessas entrevistas, observamos que os familiares representam os usuários dos CAPS como perigosos, agressivos, doentes, etc. A loucura foi associada à hereditariedade; aos problemas durante a gestação; aos problemas no trabalho; aos problemas conjugais; ao abuso sexual; à má alimentação e ao estresse. Alguns responderam que não sabiam qual a causa da origem do transtorno; os familiares afirmaram, ainda, que viviam momentos de muita tensão e sofrimento, apontando para o relacionamento conflituoso entre o usuário do CAPS e os demais membros da família. Nos discursos, o hospital psiquiátrico foi associado pela maioria a uma prisão; o CAPS, por sua vez, foi visto de forma

---

<sup>1</sup> Nesse trabalho adotaremos os vocabulários “pessoas com transtorno mental” e “pessoas em sofrimento psíquico para se referir as pessoas ditas “doentes mentais”. Esses termos foram escolhidos levando em consideração: 1) Em 2001, com a promulgação da Lei 10.216 (Anexo A) o vocabulário utilizado para se referir as pessoas que até então eram conhecidas como “loucas” passou a ser “pessoas com transtorno mental”, dessa forma, hoje, esse é o termo utilizado pelo Ministério da Saúde para falar sobre essas pessoas; 2) Amarante (2007), em decorrência aos seus inúmeros estudos na área da saúde mental, em 2007, passa a utilizar o termo “pessoa em sofrimento psíquico” como equivalente ao vocabulário “pessoas com transtorno mental”. Dessa forma, elencamos esses dois termos para serem usados no decorrer do nosso estudo.

positiva, por ser, segundo os entrevistados, um lugar que oferece um tratamento mais humanizado (NASCIMENTO et. al, 2013).

A partir desse estudo, concluímos que as pessoas que acompanham o usuário ao CAPS e que o auxiliam no tratamento são, na maior parte dos casos, suas mães, são elas que primeiro aprendem e buscam meios para lidar com a situação. Todos os entrevistados se mostraram otimistas quanto ao tratamento no CAPS e grande parte acreditava que o usuário pode apresentar melhoras. Além disso, a pesquisa apontou que é preciso refletir acerca das dificuldades enfrentadas pelos familiares em aceitar e conviver com um parente considerado louco (NASCIMENTO et. al, 2013). Através desse estudo, novas inquietações sobre a temática foram surgindo, e a realização dessa pesquisa com os familiares, tornou-se a mola propulsora para continuar realizando estudos na área da saúde mental.

Ainda em 2008, a mestrande se tornou membro do grupo de pesquisa “Saúde, Identidade e Práticas Discursivas”, do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). No referido grupo, ela foi colaboradora em dois projetos de iniciação científica: “A Proposta das Residências Terapêuticas na Cidade de Campina Grande: Os Sentidos Atribuídos pela População” (2008/2009); e “As Formas de Lidar com a Loucura em Discurso da População de Campina Grande” (2009/2010). No período de 2010 a 2011, ela se tornou bolsista de iniciação científica e desenvolveu o projeto “As Formas de Lidar com a Loucura em Discurso da População em João Pessoa – PB”.

O primeiro trabalho realizado, nesse grupo de pesquisa, teve como objetivo analisar os sentidos atribuídos às residências terapêuticas pela população dos bairros onde esses serviços estão localizados em Campina Grande/PB. Foi utilizada a metodologia qualitativa, recorrendo à História Oral, por meio da qual foram obtidos 24 depoimentos, 11 de homens e 13 de mulheres, que moram nos bairros onde estão localizadas as residências terapêuticas. Os resultados mostraram que os discursos, em geral, reproduzem discursos vinculados às antigas práticas asilares. Nesse sentido, as residências aparecem nos depoimentos como “depósito de doentes”; “asilo de velho”; “casa de apoio/repouso”, “casa de pessoas com problema, pessoas carentes”; “auxílio psicológico, acolhimento e abrigo de amparo” e como o “CAPS” (PINTO et al., 2009).

Os discursos construídos sobre a reforma psiquiátrica ressaltam que essa nova forma de cuidar é mais humanizada do que as antigas práticas. Em muitos discursos, os entrevistados apoiam a existência das residências, por acreditarem que, nesses lugares, os ditos loucos são acolhidos, o que antes não acontecia nas instituições psiquiátricas. Entretanto,

ressaltando-se que tais residências são “mal organizadas” devido a sua estrutura, pois “faltam profissionais qualificados”, e o tratamento é “péssimo” (PINTO et al., 2009).

Conclui-se que, os discursos dos entrevistados, em geral, sugerem que há uma falta de divulgação acerca dos dispositivos da reforma; que o fator doença aparece com frequência nas falas como responsável pela impossibilidade de um convívio social, ou seja, como uma “deficiência” que acarreta comportamentos que incomodam a sociedade, inclusive, concebido como uma deficiência física; e que as residências estão segregadas em relação ao próprio espaço no qual estão inseridas, como se estivessem isoladas do contexto mais amplo (PINTO et al., 2009).

O segundo projeto do grupo de pesquisa citado, no qual a mestranda foi colaboradora, também foi realizado em Campina Grande-PB, e objetivava analisar os discursos da população de Campina Grande-PB sobre as formas de tratamento da loucura utilizadas antes e depois da reforma psiquiátrica. Foi empregada a metodologia qualitativa, tomando como base teórico-metodológica a psicologia social discursiva. Participaram do estudo 51 pessoas que moram nas proximidades dos serviços substitutivos. Os resultados do mesmo apontaram que, enquanto alguns relatos não demarcam um antes e um depois da reforma, seja por desconhecimento ou por se posicionarem criticamente em relação aos serviços substitutivos, outros se remetem ao passado, caracterizado pelo tratamento desumano, pela opressão e pelo encarceramento e, em seguida, ao presente, momento de ruptura desse passado “sinistro” (NÓBREGA et. al, 2010).

Os entrevistados, também, construíram uma imagem de si, dos profissionais e dos usuários na medida em que foram se posicionando em relação às questões colocadas pelos pesquisadores. Os entrevistados definiram os usuários fazendo uma distinção rígida entre o normal e o patológico, e reproduziram uma imagem estereotipada do “louco”, ao mesmo tempo em que construíram uma imagem dos técnicos vinculada a uma perspectiva assistencialista e caritativa. Dessa forma, o estudo conclui que a maioria dos discursos sugerem uma reprodução das antigas práticas de exclusão e de segregação social, apontando para a falta de divulgação acerca dos princípios da reforma psiquiátrica, sinalizando os grandes desafios a serem enfrentados para a concretização dessa proposta (NÓBREGA et. al, 2010).

A pesquisa na qual a mestranda foi bolsista de iniciação científica, foi realizada na capital da Paraíba e teve como objetivo principal analisar os discursos da população da cidade de João Pessoa - PB sobre as formas de tratamento da loucura antes e depois da reforma

psiquiátrica. Foi feito um estudo qualitativo, tendo como base o referencial teórico-metodológico da Psicologia Social Discursiva. Foram realizadas 41 entrevistas com as pessoas que moram próximas a residência terapêutica e aos CAPS do município de João Pessoa. No que diz respeito às posições identitárias dos entrevistados, os resultados mostraram que alguns afirmam que não sabem quem são os usuários que frequentam os CAPS e a residência terapêutica (NASCIMENTO et. al, 2011).

Em outras falas, referem que desconhecem os técnicos ou o funcionamento dos serviços substitutivos. Para alguns, a proximidade dos CAPS, em relação às suas residências, trouxe mais violência para o bairro por se tratarem de “marginais”. No entanto, há quem afirme que a localização do CAPS trouxe mais segurança ao bairro, devido à presença dos vigias que também protegem a vizinhança. Quanto aos discursos referentes aos técnicos que atuam nos serviços substitutivos, os entrevistados apontam, principalmente, para o caráter assistencialista da atuação. Em relação à imagem que constroem para os usuários, a maioria dos entrevistados reproduz uma imagem estereotipada da pessoa com transtorno mental. Outros discursos revelam a ideia de que o louco é um “drogado”, “perverso”, que não atende às regras estabelecidas socialmente (NASCIMENTO et. al, 2011).

Quanto aos discursos construídos acerca da reforma psiquiátrica, a maioria dos entrevistados desconhecia o termo. Outrossim, como nas duas pesquisas, anteriormente citados, os discursos, em geral, apontaram para a falta de divulgação dos dispositivos preconizados pela reforma psiquiátrica e mostraram que a maioria dos participantes reproduziram discursos vinculados às antigas práticas desenvolvidas na saúde mental (NASCIMENTO et. al, 2011).

No início de 2010, a mestranda concentrou, ainda mais, a atenção nos estudos referentes à reforma psiquiátrica, quando iniciou nas Faculdades Integradas de Patos – FIP a especialização em Saúde Mental. Em novembro de 2011, ela, juntamente com a pesquisadora Giselli Silva apresentaram o trabalho de conclusão de curso, intitulado: “O tratamento pós-reforma psiquiátrica nos discursos dos usuários do CAPS”, com isso, obtiveram o título de especialistas em Saúde Mental.

Esse estudo, realizado na especialização, objetivou analisar os discursos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II da cidade de Campina Grande – PB sobre as formas de tratamento oferecidas às pessoas com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos e nos CAPS. Para tanto, foi aplicada a metodologia qualitativa, tendo como instrumento a entrevista semiestruturada para a obtenção de 10 entrevistas de homens e

mulheres egressos de hospitais psiquiátricos e acompanhados pelo CAPS II. Para a análise das entrevistas, foi utilizada a orientação teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva (NASCIMENTO; SILVA, 2012).

Através da análise das entrevistas, observamos que, em relação ao modelo hospitalocêntrico, grande parte dos entrevistados constrói discursos que associa o hospital a um lugar de aprisionamento e maus tratos, onde os usuários do serviço ficavam expostos a condições insalubres, à sujeira e à violência, a mercê de uma equipe técnica despreparada. Em relação ao CAPS, a maioria dos entrevistados relatou que o tratamento oferecido “melhorou bastante”, que hoje os profissionais são mais atenciosos e que não sofrem maus tratos. Ao concluir essa pesquisa, foi possível observar que mesmo com as novas formas de tratamento proporcionadas pela reforma, os sentimentos de exclusão e rejeição ainda são destacados pelos usuários do CAPS (NASCIMENTO; SILVA, 2012).

Atualmente, no Brasil, com a implantação da reforma psiquiátrica as questões referentes às pessoas com transtorno mental vêm sendo objeto de intensa discussão e reflexão. É importante salientar que a reforma em saúde mental exige tempo e dedicação para que as mudanças sejam percebidas, por caracterizar-se “como um processo social e não somente um ato administrativo, pois envolve a sociedade como um todo na luta pelas transformações no campo da Saúde Mental” (SILVA, 2005, p. 93).

A rede de serviços em Saúde Mental foi criada tendo como objetivo fundamental a aquisição da cidadania, autonomia e inserção social da pessoa com transtorno mental, contrapondo-se a qualquer perspectiva de tratamento que englobe a segregação e o preconceito (DIMENSTEIN, 2007).

Dentre esses serviços que foram criados, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira. Dessa forma, cabem aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Desse modo, a articulação entre as pessoas que constituem a comunidade e os usuários dos CAPS é fundamental para o desenvolvimento da rede de saúde mental (BRASIL, 2004).

Assim, o processo de desconstrução do modelo hospitalocêntrico implica no questionamento ao discurso manicomial e a criação de um novo lugar social para as pessoas com transtorno mental. De tal modo, se faz necessário conhecer os discursos e os sentidos

atribuídos ao tratamento no âmbito da saúde mental e o deslocamento das posições costumeiramente adotadas pelos atores que constituem o cenário da reforma psiquiátrica.

Nos dias 12, 13 e 14 de novembro de 2013, realizamos um levantamento bibliográfico no portal de periódicos da CAPES<sup>2</sup>, na base de periódicos do Scielo<sup>3</sup> e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD<sup>4</sup>, sem delimitar o tempo das produções científicas. Utilizamos como descritores: “representações de loucura”, “concepções de loucura” e “reforma psiquiátrica e comunidade”. Esses descritores foram escolhidos por estarem relacionados ao objeto de pesquisa deste estudo que é a imagem construída pela comunidade sobre as pessoas com transtorno mental.

O portal de periódicos da CAPES contempla a base de periódicos do Scielo. No entanto, foi percebido nesta busca que nem todos os trabalhos que constam nos registros do Scielo são disponibilizados no portal CAPES. A partir disso, realizamos uma cuidadosa seleção dentre os artigos disponíveis nos periódicos da CAPES e na base Scielo, evitando duplicações. A seguir, apresentaremos alguns quadros para ilustrar a quantidade de trabalhos encontrados a partir dos descritores.

Quadro 1 - Levantamento bibliográfico com o descritor “representação de loucura”

<b>Descritor “representação de loucura”</b>	
<b>Fontes</b>	<b>Números de trabalhos</b>
Periódicos da CAPES	42
Periódicos do Scielo	20
BDTD	31

Fontes: CAPES, Scielo e BDTD.

Com o descritor “representação de loucura” foram encontradas 42 produções científicas no portal de Periódicos da CAPES. Constatamos que os anos de publicação, desses trabalhos, abarcou o tempo entre 2004 a 2013, sendo o período entre 2009 a 2011, o que concentrou um maior número de publicações. Foram localizados 22 trabalhos nesse intervalo.

<sup>2</sup> O Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza às instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção científica internacional. Ele conta atualmente com um acervo de mais de 35 mil periódicos com texto completo, livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual (CAPES, 2013).

<sup>3</sup> O Scielo (Scientific Electronic Library Online) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos (SCIELO, 2013).

<sup>4</sup> A BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações) tenta reunir em um único portal, as teses e dissertações existentes no Brasil e, com isso, disponibilizar aos usuários um catálogo nacional de teses e dissertações em texto integral, possibilitando uma forma única de busca e acesso a esses documentos (BDTD, 2013).

A área na qual se concentra o maior número de publicações é a de Psicologia, com 16 produções.

Em relação à base de periódicos do Scielo, localizamos 20 trabalhos para o descritor em questão. O ano de publicação desses compreendeu o tempo entre 2004 a 2012. No período entre 2010 a 2012 foram publicados a maioria dos trabalhos, correspondendo a 12 publicações. E com cinco trabalhos, a área que contempla o maior número de publicações é a de saúde coletiva.

Ao realizarmos uma busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações com o descritor já citado, encontramos 31 trabalhos, sendo 12 teses e 19 dissertações. Essas produções acadêmicas foram publicadas entre 1997 a 2013. No entanto, a maior parte das publicações ocorreu entre os anos de 2009 a 2012. E a área de prevalência desses corresponde a Psicologia.

Com o descritor “concepções de loucuras” encontramos a maior quantidade de trabalhos, totalizando 115 publicações, levando em consideração as três fontes pesquisadas. No quadro, abaixo, detalhamos o quantitativo de trabalhos encontrados em cada fonte.

Quadro 2 - Levantamento bibliográfico com o descritor “concepções de loucura”

<b>Descritor “concepções de loucura”</b>	
<b>Fontes</b>	<b>Números de trabalhos</b>
Periódicos da CAPES	50
Periódicos do Scielo	23
BDTD	42

Fontes: CAPES, Scielo e BDTD.

No portal de Periódicos da CAPES encontramos 50 produções científicas que foram publicadas entre os anos de 2003 a 2012, sendo o período entre 2008 a 2010, o que concentrou um maior número de publicações, localizamos 23 trabalhos. A área em que se concentra o maior número de publicações é a de Psicologia, com 21 produções.

Na base de periódicos do Scielo, localizamos 23 trabalhos utilizando o descritor “concepções de loucura”. O ano de publicação dessas pesquisas compreendeu o tempo entre 2004 a 2013. No período entre 2009 a 2012 publicou-se a maioria dos trabalhos, correspondendo a 11 publicações. A maioria dos estudos foram realizados na área de Psicologia.

Para o descritor em questão, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, encontramos 42 trabalhos, sendo 12 teses e 30 dissertações. Essas produções acadêmicas foram publicadas entre 1997 a 2012. Dentre essas pesquisas, a maioria foi publicada entre os anos de 2008 a 2012, sendo localizados 23 estudos nesse período. E com 14 trabalhos, a área que contempla o maior número de publicações é a de Psicologia.

O último descritor utilizado nesse levantamento bibliográfico foi “reforma psiquiátrica e comunidade” e a partir dele foram encontrados 98 trabalhos. Como podemos verificar no quadro abaixo:

Quadro 3 - Levantamento bibliográfico com o descritor “reforma psiquiátrica e comunidade”

<b>Descritor “reforma psiquiátrica e comunidade”</b>	
<b>Fontes</b>	<b>Números de trabalhos</b>
Periódicos da CAPES	32
Periódicos do Scielo	17
BDTD	51

Fontes: CAPES, Scielo e BDTD.

Ao utilizar o descritor citado acima, deparamo-nos com 32 produções científicas no portal de Periódicos da CAPES. Esses trabalhos foram publicados entre 2007 a 2013, sendo o período entre 2010 a 2011, o que concentrou o maior número de publicações, que corresponde a 18 trabalhos nesse intervalo. A área em que se concentra o maior número de publicações é a de Psicologia, com 17 produções.

Já na base de periódicos do Scielo, localizamos 17 trabalhos. O ano de publicação desses compreendeu o tempo entre 2006 a 2013. No período entre 2010 a 2012 publicaram-se a maioria dos trabalhos, correspondendo ao número de 8 publicações. E com sete trabalhos, a área que contempla o maior número de publicações é a da Psicologia.

Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, encontramos 51 trabalhos, sendo 11 teses e 40 dissertações. Essas produções acadêmicas foram publicadas entre 2001 a 2013. Entre esses trabalhos, a maioria foi publicada entre os anos de 2010 a 2013. E a área de prevalência desses corresponde a Psicologia.

Após a leitura cuidadosa dos resumos dos trabalhos encontrados nas três bases de dados, constatamos que a maioria, dos estudos, foi realizada na área da Psicologia; que os sujeitos das pesquisas, em geral, são os familiares de usuários do CAPS ou os profissionais do campo da saúde mental, sendo que apenas dois trabalhos tiveram como participantes as

pessoas que fazem parte da comunidade onde os serviços substitutivos estão localizados e a maior parte das pesquisas foi publicada no período entre 2008 a 2012.

A pesquisa que é apresentada, aqui, vem se somar a esses poucos trabalhos sobre a reforma psiquiátrica que tiveram como participantes pessoas que moram nos bairros onde os CAPS funcionam. O objetivo geral, deste trabalho, é analisar as produções discursivas da população que reside nas proximidades<sup>5</sup> de Centros de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III) do Estado de Pernambuco sobre o transtorno mental e suas novas formas de tratamento instituídas a partir da reforma psiquiátrica.

Os objetivos específicos são os seguintes: analisar os discursos construídos pelos entrevistados para descrever as pessoas com transtorno mental, procurando detectar se o modo como representam, discursivamente, essas pessoas contradizem ou reforçam as antigas práticas asilares; analisar as produções discursivas utilizadas para nomear e representar as formas de cuidar das pessoas com transtorno mental nos serviços substitutivos, procurando identificar se os entrevistados apoiam ou não esse tipo de tratamento.

Compreender como a população entende essas questões, nos parece fundamental, uma vez que o apoio, a participação e o comprometimento deles são essenciais para o sucesso dessa nova forma de tratar as pessoas com transtorno mental. De acordo com Brasil (2004, p.29) “a participação da comunidade é muito importante para a criação de uma rede de saúde mental. O CAPS deve ser parte integrante da comunidade, de sua vida diária e de suas atividades culturais”.

Assim, esses discursos da população, poderão trazer contribuições para um conjunto de políticas públicas que procuram definir um “novo lugar” e uma “nova imagem” para as pessoas em sofrimento psíquico na sociedade. E também trarão elementos importantes para enriquecer a discussão, a reflexão, as avaliações e os encaminhamentos referentes à reforma.

A dissertação foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo é intitulado: Reforma psiquiátrica e os discursos que procuram justificar a existência do manicômio. Nele, inicialmente, realizamos um breve histórico da relação do Ocidente com o sofrimento psíquico; em seguida, fazemos uma pequena explanação sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e em Pernambuco; e por último, trazemos uma discussão sobre a persistência das

---

<sup>5</sup> Adotamos como referencial de proximidade, as residências que estão localizadas na rua onde funciona o CAPS e nas ruas perpendiculares e paralelas a ele.

velhas imagens ligada as pessoas com transtorno mental e alguns sinais de mudanças em relação a esses discursos.

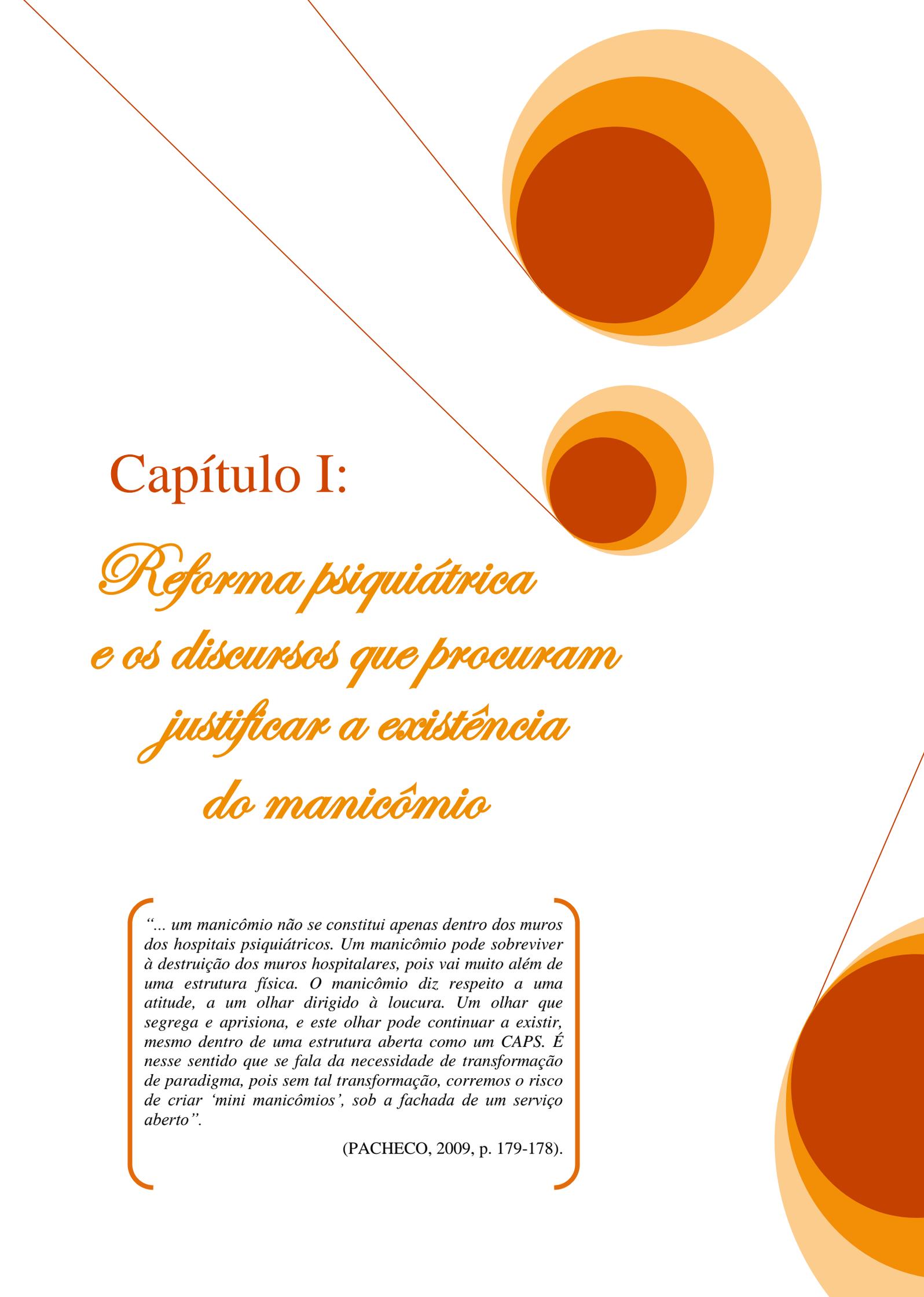
Já o segundo capítulo, intitulado Psicologia Social Discursiva, apresenta o referencial teórico-metodológico da PSD, utilizado na análise das entrevistas. Esse capítulo foi subdividido da seguinte forma: primeiro, o desenvolvimento da Psicologia Social Discursiva: 25 anos de história; logo após, os conceitos centrais da PSD.

No terceiro capítulo, apresentamos o Método. Nele abordamos as questões metodológicas da pesquisa: tipo de pesquisa; locais da pesquisa; participantes; aspectos éticos; instrumentos de coleta de dados; procedimento de coleta de dados; e procedimento de análise de dados.

No penúltimo capítulo, que foi denominado de Categorizando e descrevendo os usuários do CAPS, apresentamos como os entrevistados constroem discursivamente o que estamos denominando de transtorno mental ou sofrimento psíquico.

O último capítulo, intitulado Os discursos da população sobre o tratamento nos serviços de saúde mental, apresenta as construções discursivas dos participantes desta pesquisa, sobre as formas de cuidar das pessoas com transtorno mental nos serviços substitutivos, procurando identificar se os entrevistados apoiam ou não o tratamento implantado após a reforma psiquiátrica.

Por fim, e não menos importante, apresentamos as considerações finais realizadas a partir da análise feita com o material coletado. E em seguida, disponibilizamos as referências utilizadas na realização desse trabalho.



## Capítulo I:

# *Reforma psiquiátrica e os discursos que procuram justificar a existência do manicômio*

*“... um manicômio não se constitui apenas dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos. Um manicômio pode sobreviver à destruição dos muros hospitalares, pois vai muito além de uma estrutura física. O manicômio diz respeito a uma atitude, a um olhar dirigido à loucura. Um olhar que segrega e aprisiona, e este olhar pode continuar a existir, mesmo dentro de uma estrutura aberta como um CAPS. É nesse sentido que se fala da necessidade de transformação de paradigma, pois sem tal transformação, corremos o risco de criar ‘mini manicômios’, sob a fachada de um serviço aberto”.*

(PACHECO, 2009, p. 179-178).

Historicamente os olhares lançados pela sociedade sobre a loucura foram mudando de acordo com as peculiaridades e os interesses socioeconômicos de cada época (BARBOSA et al., 2004). Assim, para entendermos as relações que foram construídas entre a população e as pessoas ditas “loucas”, é necessário conhecermos a história da loucura.

Nosso objeto de estudo corresponde aos discursos que a população constrói para descrever as pessoas com transtorno mental, após a implantação da reforma psiquiátrica. Dessa forma, o objetivo deste capítulo é mostrar ao leitor, de forma resumida, como a imagem dessas pessoas e as formas de tratá-las foram sendo construída no decorrer da história. Além disso, apresentaremos um levantamento bibliográfico referente às produções científicas alusivas à imagem da pessoa em sofrimento psíquico.

### **1.1 Um breve histórico da relação do Ocidente com o sofrimento psíquico**

A história daquilo que se denominou loucura é marcada por preconceitos e estigmas que produziram inúmeras arbitrariedades. Assim, resumidamente, podemos ilustrar os diferentes caminhos históricos designados às pessoas em sofrimento psíquico: na Antiguidade eram tidas como pessoas com acesso privilegiado aos deuses; na Idade Média, como vítimas da possessão demoníaca; na Modernidade, como doentes; e na Contemporaneidade, como sujeitos de direitos (BARBOSA; SOUSA; DIMENSTEIN, 2009).

Segundo Silveira e Braga (2005), na antiguidade as pessoas em sofrimento psíquico eram consideradas privilegiadas. Era através do delírio que alguns indivíduos podiam ter acesso às verdades divinas. Desse modo, a etiologia da loucura era de ordem mitológica. O que a pessoa com transtorno mental falava era ouvido como um saber importante, capaz de transformar os fatos e intervir no destino da população. A loucura não era considerada doença, não acarretava estigmas.

Nesse período, essas pessoas encontravam espaço para se expressar, pois elas eram consideradas um instrumento importante para que se compreendessem as mensagens vindas dos deuses. Assim, não eram controladas ou excluídas pela população.

Tudo muda na Idade Média. Foucault (2007) afirma que, nos primeiros anos do século XV, existia a prática de colocar os loucos em um navio que, navegando os rios europeus, transportava-os e os distribuía em diversas cidades. As autoridades municipais

confiavam aos marinheiros e aos grupos de mercadores a tarefa de livrarem as cidades dos “loucos”, levando-os para cidades desconhecidas. Assim, a maioria deles eram excluídos das cidades.

Como afirma Pereira (1983), no período da idade média, os loucos tinham uma existência errante, visto que as cidades os expulsavam de seus territórios, deixando-os livres para percorrerem os campos distantes, ou entregando-os a mercadores e peregrinos. Eram, então, pessoas livres e não-livres. Nesse caso, a liberdade consistiria na possibilidade de circular entre cidades diferentes, enquanto que sua “não-liberdade” incidiria no enclausuramento dentro da “nau dos loucos”.

De acordo com Pessotti (1994), nesse período, algo predominante foi a associação da loucura à possessão demoníaca, isso porque a Idade Média se destacou como a época das maiores credices supersticiosas. Como os demônios eram considerados entidades com comportamentos pouco comuns, bizarros, a população começou a associar as pessoas com transtorno mental a eles.

Diante disso, nessa época, as pessoas com transtorno mental não habitavam as cidades, não constituíam uma relação direta com a população e eram consideradas pessoas possuídas pelo “demônio”. Assim, mesmo não existindo um lugar específico para os loucos, pois eles vagavam por vários lugares distantes das cidades, a sociedade já os excluía de alguma forma do convívio social.

Com a decadência do feudalismo, a loucura abandona a “nau” em que navegava, fixa-se, no Século XVII, no Hospital Geral, e é aprisionada pelo pensamento moderno. Para Pereira (1983), a loucura era tida como a impossibilidade do pensamento, e era colocada fora do domínio da razão. Além de silenciada pela experiência filosófica, a loucura também é dominada pela criação do Hospital Geral.

A primeira dessas instituições foi fundada em Paris, no ano de 1656, servindo apenas para uma reorganização administrativa, além de ser considerada a primeira grande instituição de internação. No entanto, o que realmente objetivava era reorganizar as relações da sociedade francesa, excluindo aqueles que não cabiam no jogo social da época, não cumprindo, pois, a função de hospital (FREITAS, 2004).

Essa instituição, de acordo com Fleming (1976), representava um lugar de caridade, que assistia as prostitutas, as pessoas com doenças venéreas, pobres, desabrigados, doentes, em geral, e loucos, e sua função, segundo Foucault (2007), era alojar, recolher e

alimentar os sujeitos que a procuravam por vontade própria ou por serem encaminhados pela autoridade real ou judiciária.

Como assinala Pereira (1983), o Hospital Geral era uma entidade administrativa que, juntamente com outros poderes existentes, propunha-se a suprimir a mendicância como fonte de desordem. O Hospital Geral designava uma ordem de repressão que o rei estabelecia por meio do poder que exercia na sociedade.

Em meio a esse contexto da criação do Hospital Geral, a Revolução Francesa, com os seus ideais de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, contribuiu para que houvesse uma mudança nesse tipo de instituição, a fim de que o modelo de atendimento considerado assistencialista fosse transformado em um espaço efetivamente médico. De acordo com Figueiró, Dimenstein e Oliveira (2009), os ideais pregados pela Revolução Francesa contribuíram para que a loucura passasse a ser objeto de estudo da Medicina. Nessa perspectiva, Philippe Pinel, conhecido como o pai da Psiquiatria, foi apontado para ser o reformador do Hospital Bicêtre em Paris.

Foucault (2007) afirma que foi entre os muros do internamento do Hospital Geral que Pinel e a Psiquiatria encontraram o louco e designaram essa instituição como seu novo local de moradia.

Como adverte Pereira (1983), a economia liberal constatou, aos poucos, que o internamento dos pobres era um erro econômico, pois eles eram essenciais para a produção de riquezas. Segundo Diamantino (2010), os loucos, no entanto, não se adaptavam à disciplina exigida pelo trabalho, e, em família, eram considerados um perigo para a sociedade.

Em função disso, foram se configurando as casas de internação reservadas apenas para eles. Pinel desenvolveu estratégias no Hospital Geral, como o isolamento, a organização do espaço asilar e a constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade médica (AMARANTE, 1995).

O isolamento era uma medida científica para observar melhor e exclusivamente o objeto que se queria conhecer, tornando-se uma maneira de separar e ordenar as categorias misturadas no Hospital Geral. Sob essa ótica, o isolamento possibilitou a separação das diversas formas de loucura ou alienação mental. Por essa razão, o hospital passou a ser conhecido como psiquiátrico ou o lugar dos loucos, servindo como meio de repressão e exclusão social, porquanto privava os internos de visitas, passeios e quaisquer outros recreios,

constituindo-se como um espaço violento, de mortificação das subjetividades e de uma extrema vulnerabilidade social (AMARANTE, 1995).

Essa instituição, tal como existiu, assemelha-se aos modernos campos de concentração, principalmente no que se refere aos aspectos de privação da liberdade e de desrespeito aos direitos humanos, que não condizem com os ideais propostos pela Revolução Francesa. Afinal, como afirma Rosa (2003), essa Revolução terminou por justificar a condição de exclusão daqueles que não cabiam no jogo social, ou seja, que não respondiam às exigências do padrão de normalidade que a medicina da época propunha para a sociedade.

É importante ressaltar que, de acordo com Basaglia (1982), Pinel libertou o louco das prisões, mas, sob o controle do poder médico, colocou-o em outra prisão, os manicômios. Rosa (2003) assevera que a função dos médicos (os detentores do saber) era voltada para garantir a conservação social, utilizando-se de um aparato que objetivava uma suposta cura da loucura, uma vez que a sua explicação se restringia a uma abordagem biologicista, sendo vista como um fenômeno natural. Para a referida autora,

Aquilo que é concebido como loucura ou doença mental não é algo dado naturalmente. Trata-se, sim, de uma concepção que se constrói no seio de uma determinada sociedade, de um determinado jogo de relações de poder. Importante salientar aqui que a cisão entre razão e loucura, como pólos que se excluem mutuamente, se estrutura progressivamente na sociedade ocidental (ROSA, 2003, p. 196).

No Brasil, o tratamento da loucura não foi diferente do que se viu na Europa, as mudanças econômicas também ditavam a forma de tratar o louco. É possível contextualizar o surgimento dos manicômios, no cenário brasileiro, com a vinda da corte portuguesa, no final da época do Império, o que trouxe grandes transformações para o país, particularmente para o Rio de Janeiro, que naquele período era a capital do Brasil (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN; OLIVEIRA, 2009).

O primeiro hospício brasileiro foi inaugurado em 1852, no estado do Rio de Janeiro, pelo Imperador D. Pedro II. O hospício tinha capacidade para 350 pacientes (destinava-se a receber pessoas de todo o Império), já na sua abertura abrigou 144 doentes, completando a sua lotação em pouco mais de um ano (BARBOSA et al., 2004).

Tanto no Brasil, como em outros países, o que todas as instituições psiquiátricas tinham em comum era a maneira de trabalhar com os pacientes. Segundo Szasz, (1978, p.358),

Em algumas das enfermarias havia cenas que poderiam ser comparadas aos horrores dos campos de concentração dos nazistas – centenas de doentes mentais nus, entulhados em enfermarias imensas, semelhantes a estrebarias, cheias de sujeira em todos os graus de deterioração, não atendidos nem tratados, despidos de qualquer vestígio de dignidade humana, muitos em estado de semi-inanição.

Foi no Século XIX que a loucura passou a ser entendida como doença mental e concebida, segundo Pereira (1983), apenas em seus aspectos orgânicos. Assim, destacavam-se como métodos para tratar os doentes, as gaiolas, as camisas de força, as camas e cadeiras giratórias, além dos quartos escuros para isolamento e vigilância, arsenal característico do chamado tratamento moral, pois, como afirma Pereira (1983, p. 84), “o louco é submetido a um controle simultaneamente social e moral”.

Dessa forma, as pessoas com transtorno mental passam a não se relacionar mais com a sociedade. A relação que se constitui a partir do momento que a loucura é compreendida como doença, é algo que segrega, marginaliza e exclui qualquer contato possível com essas pessoas. A população passa a aprisioná-los nos manicômios e eles passam a se relacionar apenas com os outros internos, profissionais e, às vezes, com alguns familiares, quando esses faziam-lhes visitas.

Por volta da segunda metade do Século XX, surgiram movimentos sociais referenciados como antipsiquiátricos, que questionavam o lugar reservado à loucura na sociedade. Fleming (1976) sublinha que se verificou na Inglaterra, nos Estados Unidos e na Itália o surgimento de algumas iniciativas de transformação das práticas institucionais denominadas: reforma psiquiátrica.

Dessas iniciativas, destacavam-se na Inglaterra, as propostas da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional; nos Estados Unidos, a proposta da Psiquiatria Comunitária ou preventiva; e na Itália, a proposta da Psiquiatria Democrática. Esses movimentos configuraram-se como uma oposição ao tratamento tradicional.

Hoje, no mundo inteiro, os homens e mulheres em sofrimento psíquico passam a ser vistos como cidadãos com necessidades que ultrapassam o domínio da medicina, houve, então, uma “revolução” no tratamento daquilo que ficou conhecido no ocidente como loucura. (BARBOSA et al., 2004). No Brasil, de acordo com Silva (2003), o movimento de reforma psiquiátrica vem sendo inspirado nas ideias de Franco Basaglia.

## 1.2 A reforma psiquiátrica no Brasil e em Pernambuco

Para falar da reforma psiquiátrica brasileira é importante contextualizar, inicialmente, a proposta de Basaglia, a chamada Psiquiatria Democrática Italiana, uma vez que ela foi fundamental para a implantação da reforma no Brasil.

Na Itália, surgiu um movimento voltado, principalmente, para questões políticas e sociais, denominado de Psiquiatria Democrática, cujos principais pontos de discussão são a crítica ao modelo hospitalocêntrico e a internação como mecanismo de controle social (TENÓRIO, 2001).

Entre os críticos do modelo tradicional de hospital psiquiátrico, destaca-se Franco Basaglia que, em 1971, assumiu a direção de um hospital psiquiátrico na Itália, em Gorizia, e propôs sua transformação em um local de cura, de modo que fosse possível reestabelecer a humanização em seu interior, a partir da prática da liberdade, como uma medida terapêutica mais importante. Assim sendo, Basaglia propõe uma erradicação dos hospitais psiquiátricos, tendo em vista que eles serviriam apenas como instrumento de controle social exercido pelos médicos. Aos poucos, a instituição psiquiátrica passou a ser pauta de discussão não apenas da classe médica e dos internos, mas também da sociedade como um todo, solidificando o movimento antipsiquiátrico (ROSA, 2003).

Para Basaglia (1982), a partir desse movimento, percebeu-se uma mudança nas concepções acerca da pessoa com transtorno mental e do hospital. A “doença mental” deixa de ser vista apenas sob o âmbito somático para ser concebida numa perspectiva biopsicossocial.

A psiquiatria democrática italiana possibilitou uma discussão sobre a forma de cuidar das pessoas com transtorno mental, envolvendo, para isso, a comunidade, os trabalhadores da área da saúde mental, os usuários e seus familiares, visando transformar e estabelecer a inserção das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade. Contudo, uma consequência dessa proposta seria a mudança na forma de tratamento do transtorno psicológico que, agora, estaria voltado para o resgate da liberdade e da cidadania (ROSA, 2003).

Em 13 de maio de 1978, a lei da reforma psiquiátrica na Itália foi aprovada e, basicamente, desvinculava o transtorno mental da ideia de periculosidade e estabelecia a extinção dos manicômios (SILVA, 2003).

As críticas feitas à Psiquiatria Asilar desembocaram no desmantelamento de uma estrutura que oprimia, controlava, punia, vigiava e segregava os chamados loucos no interior das organizações manicomiais. Nesse sentido, a “desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações” (AMARANTE, 2007, p. 5).

No começo da década de 1970, no Brasil, foram iniciados movimentos para direcionar propostas de reformulação e reorganização da política de saúde mental buscando humanizar o tratamento dispensado aos pacientes (SILVA, 2005). A organização de parte da população brasileira trouxe, como principais consequências, o fortalecimento dos movimentos sociais e o aumento das demandas sociais para o Estado (MENDES, 1996).

Segundo Amarante (2007), na década de 80, no cenário brasileiro, começaram a surgir três importantes processos para a consolidação dos moldes atuais da reforma psiquiátrica. O primeiro consistiu na ampliação dos atores sociais envolvidos; o segundo diz respeito à reformulação legislativa feita pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), em 1989, através do projeto de lei n.º 3.567/89, aprovado em 2001 - Lei 10.216 (Anexo A); e o terceiro foi o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas nos cuidados em Saúde Mental. Assim, a existência dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), dos NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), e do SRT (Serviço Residencial Terapêutico) vem concretizando os princípios para a superação do modelo de atendimento até então vigente, centrado apenas nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

De acordo com Brasil (2005), a reforma psiquiátrica brasileira, materializada na Lei 10.216/2001 (Anexo A), é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que esse processo avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Segundo Brasil (2002), os CAPS, as residências terapêuticas, os centros de convivência e as emergências psiquiátricas são serviços substitutivos implantados para atender casos graves, severos e persistentes de saúde mental. Esses são abertos e

comunitários, articulados com a atenção básica de saúde e demais dispositivos da rede de saúde mental.

Especificamente falando sobre os CAPS, para Brasil (2004), esse serviço tem valor estratégico para a reforma psiquiátrica Brasileira. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Ainda, de acordo com Brasil (2004), existem diferentes tipos de CAPS, são eles:

- CAPS I e II: Se destinam ao atendimento diurno para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, por cinco dias na semana;
- CAPS III: Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Funciona de domingo a domingo, em regime de 24 horas;
- CAPSi: É especializado no atendimento diurno de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funciona de segunda-feira a sexta-feira;
- CAPSad: Se destina ao atendimento diário de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.
- CAPSad 24 horas: Destinado ao atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, funcionando 24h. (Esse tipo de CAPS foi implantado a partir do ano de 2011).

No cenário pernambucano, no ano de 1992 foi criado o primeiro espaço alternativo aos hospitais psiquiátricos no Estado de Pernambuco, o hospital-dia espaço azul, que pode ser indicado como o primeiro ato administrativo para a reforma em saúde mental no estado (ALBUQUERQUE, 2009).

Em 1994, o Deputado Estadual Humberto Costa conseguiu aprovar a lei estadual nº 11.064/94 (Anexo B), que versa sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à Saúde Mental e regulamenta a internação involuntária em psiquiatria. Dois anos após a aprovação da lei, entra em funcionamento o primeiro CAPS da cidade do Recife, dando início à municipalização dos serviços de Saúde Mental, como prevê o princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde - SUS (GRUNPETER, 2008).

Além da lei estadual, em 1996 foi aprovada a lei municipal nº 16.232/96 (Anexo C) da Câmara Municipal do Recife que trata da reestruturação da rede hospitalar com redução de leitos, melhoria assistencial e implantação de serviços substitutivos (SILVA, 2010).

Segundo Brasil (2012), dentre os estados da região Nordeste, Pernambuco é o que apresenta o menor indicador “CAPS/100.000 habitantes”. Esse indicador representa o índice de cobertura que o estado está tendo em relação à implantação de CAPS. Na imagem abaixo podemos observar a realidade dos estados que compõem a região Nordeste.

Figura 1 - Indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano nas capitais nordestinas

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,87
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,90
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,87
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,95
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,65
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,27
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,64
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,91
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,92
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2012).

O estado de Pernambuco apresenta 0,64 de cobertura. Para Brasil (2012), essa margem representa um parâmetro de uma boa cobertura em relação ao CAPS implantados. Esses dados revelam que, embora o estado tenha sido beneficiado com o processo de reforma psiquiátrica, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a consolidação desse projeto.

De acordo com Souza, Couto e Freitas (2010), a fundação do primeiro CAPS no estado de Pernambuco ocorre no ano de 1996. Ele foi implementado na cidade do Recife, como CAPS tipo II. Após 8 anos, o estado de Pernambuco foi contemplado com um CAPS III, que funciona em regime de 24 horas, e que também foi instalado na cidade o Recife.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), Pernambuco possui atualmente uma população estimada em 8.796.032 habitantes. Em conformidade com a Gerência de Saúde Mental - GSM (2013), a rede psicossocial no estado é composta por 86 (CAPS), 54 residências terapêuticas, 11 consultórios de rua e 122 leitos em hospitais gerais, além de alguns projetos de reinserção social por meio de atividades culturais

e geração de renda. Desse quantitativo, somente cinco são CAPS tipo III: dois localizados em Recife, um em Abreu e Lima, um em Paulista e um em Caruaru.

### 1.3 A persistência de velhas imagens e alguns sinais de mudanças

Atualmente os CAPS já são uma realidade que faz parte da paisagem urbana. A reforma psiquiátrica está tentando destituir o hospital psiquiátrico enquanto locus de poder e exclusão. No entanto, mesmo contando com a rede de serviços substitutivos, as pessoas em sofrimento psíquico ainda são internadas em hospitais psiquiátricos. Ao serem internadas, muitas vezes, são submetidas a situações desumanas e degradantes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010). Basaglia (1982) aponta, que o usuário dos serviços de saúde mental:

[...] pode ser um detonador muito importante para a tomada de consciência política da sociedade, porque tendo sido excluído e voltando a ser incluído, ele tende a ser o reflexo do significado da política da organização social em que vivemos. A pessoa excluída e marginalizada representa a lógica pela qual a organização social tem a gestão do poder e, através do exemplo da pessoa que se apresenta, com alta, nós podemos encontrar elementos muito importantes para que a comunidade tome consciência de sua própria opressão (p. 30-31).

A partir das palavras de Basaglia, percebemos que a participação da comunidade no processo da reforma psiquiátrica é de fundamental importância, pois ela foi, durante séculos, um grande elemento de opressão social para as pessoas com transtorno mental. Dessa forma, segundo Fernandes (2007, p.8), “a ressignificação da loucura e o trabalho frente a esta nova prática antimanicomial é delegado, também, à capacidade da comunidade de produzir uma forma comprometida de mudança psicossocial”. Todavia, avanços foram obtidos e novos desafios surgem a cada dia na área da saúde mental. É importar ressaltar, como afirma Dimenstein (2007) que,

[...] a desmontagem do aparato manicomial é tarefa árdua, pois não se trata apenas da substituição dos hospitais psiquiátricos; é preciso desmontar dispositivos práticos e discursivos que, diferentemente daqueles presentes nas formas asilares de tratamento, apresentam-se como novas clausuras invisíveis (p. 26).

A autora supracitada acrescenta, ainda, que, por trás de um discurso aparentemente comprometido com uma mudança, há uma reprodução de práticas de controle e exclusão. De acordo com Fernandes (2007, p. 44), um grande obstáculo no contexto da

convivência com a loucura é a “ausência do senso crítico”, pois ela “representa um dos aspectos sistêmicos que dificultam a ruptura com a cultura manicomial”. A sociedade só se tornará um agente ativo na ressocialização das pessoas com transtorno mental quando passar a desconstruir os “julgamentos, as imagens e narrativas que produz e reproduz sobre a loucura”.

No Brasil e em outras partes do mundo, essas imagens e narrativas tendem a justificar a manutenção das práticas asilares, mas alguns estudos já indicam as mudanças que podem estar ocorrendo em virtude do maior contato da população com as pessoas em sofrimento psíquico, contato possibilitado pelos movimentos reformistas em diferentes países.

Um dos estudos mais conhecidos tendo a população como sujeito da pesquisa foi realizado por Denise Jodelet. Ela realizou um trabalho que teve como objetivo analisar e discutir as representações sociais sobre a “doença mental” elaborada pela comunidade de uma pequena cidade no centro da França, chamada Ainay-le-Château, onde, desde 1900, uma instituição psiquiátrica aberta incentiva e coloca os pacientes sob os cuidados de famílias locais. Jodelet (2005) buscou entender de que forma a sociedade recebe e absorve os pacientes na comunidade, e como ela estabelece a relação com as pessoas egressas da instituição psiquiátrica. Assim, a pesquisa teve como tema central a questão da inserção social das pessoas com transtorno mental.

Entre os resultados encontrados, Jovchelovich (2005) relatou que:

A proximidade e o hábito que marcam a relação entre pacientes e não-pacientes provocam uma dinâmica própria, marcada pela necessidade urgente de estabelecer diferenças entre quem é e quem não é louco. Provocada pela proximidade com a loucura, a comunidade se defende e busca nos rituais e nas práticas simbólicas do cotidiano estabelecer um saber que a reafirma enquanto comunidade sã e ao mesmo tempo explica e dá sentido à condição diferente do outro que vive junto a si (p. 7).

De acordo com Jodelet (2005), os entrevistados construíram duas imagens para representar a loucura: uma ligada à doença “do cérebro”, inata e com maior aceitação; e a outra à doença “por causa dos nervos”, adquirida e refém de exclusão. Outra dado que surgiu nessa pesquisa foi à presença do fator medo, pois para a comunidade o “doente mental” põe em risco o equilíbrio e a integridade do coletivo.

A autora supracitada, concluiu com esse estudo que, a maioria das pessoas daquela cidade francesa desejava manter um estatuto de desigualdade e exterioridade em relação às pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, ela percebeu que um pequeno grupo de moradores pretendia acolher aquelas pessoas como se fossem seus familiares, mas isso

representava um desvio em relação à norma social estabelecida, e esse fato fez com que os mesmos fechassem as portas de suas residências. Com isso, a pesquisa revelou que o estigma e a segregação continuam a marcar a experiência e a condição da pessoa com transtorno mental.

Outro estudo que mostra dados importantes foi idealizado por Brito e Catrib (2004). Eles realizaram um estudo qualitativo com 52 pessoas com transtornos do humor que fazem tratamento ambulatorial em Fortaleza/CE. O objetivo principal dessa pesquisa foi analisar as representações sociais sobre o sofrimento psíquico. Entre os resultados encontrados, eles constataram que a construção das representações sobre o sofrimento psíquico ocorre na interface dos conteúdos individuais relativos às vivências subjetivas, próprias de cada sujeito, e os conteúdos culturais do meio social e que os usuários associam ao sofrimento psíquico. Para representá-lo, os entrevistados utilizaram termos como: pessoas fora de si, doença, mal-estar psíquico e distorções da realidade. Os autores supracitados concluíram que as representações que cada participante da pesquisa constrói sobre o sofrimento psíquico e sobre o seu próprio sofrimento interferem em suas ações diante do tratamento e em sua vida em sociedade.

Loureiro, Dias e Aragão (2008), realizaram um trabalho descritivo-correlacional, que teve como objetivo avaliar crenças e atitudes referentes às pessoas com transtorno mental. O estudo ocorreu em Portugal, especificamente em quatro freguesias<sup>6</sup> de Penacova. Participaram da pesquisa 834 pessoas que residem próximo de algum serviço de saúde mental ou que têm contato com pessoas em sofrimento psíquico. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário.

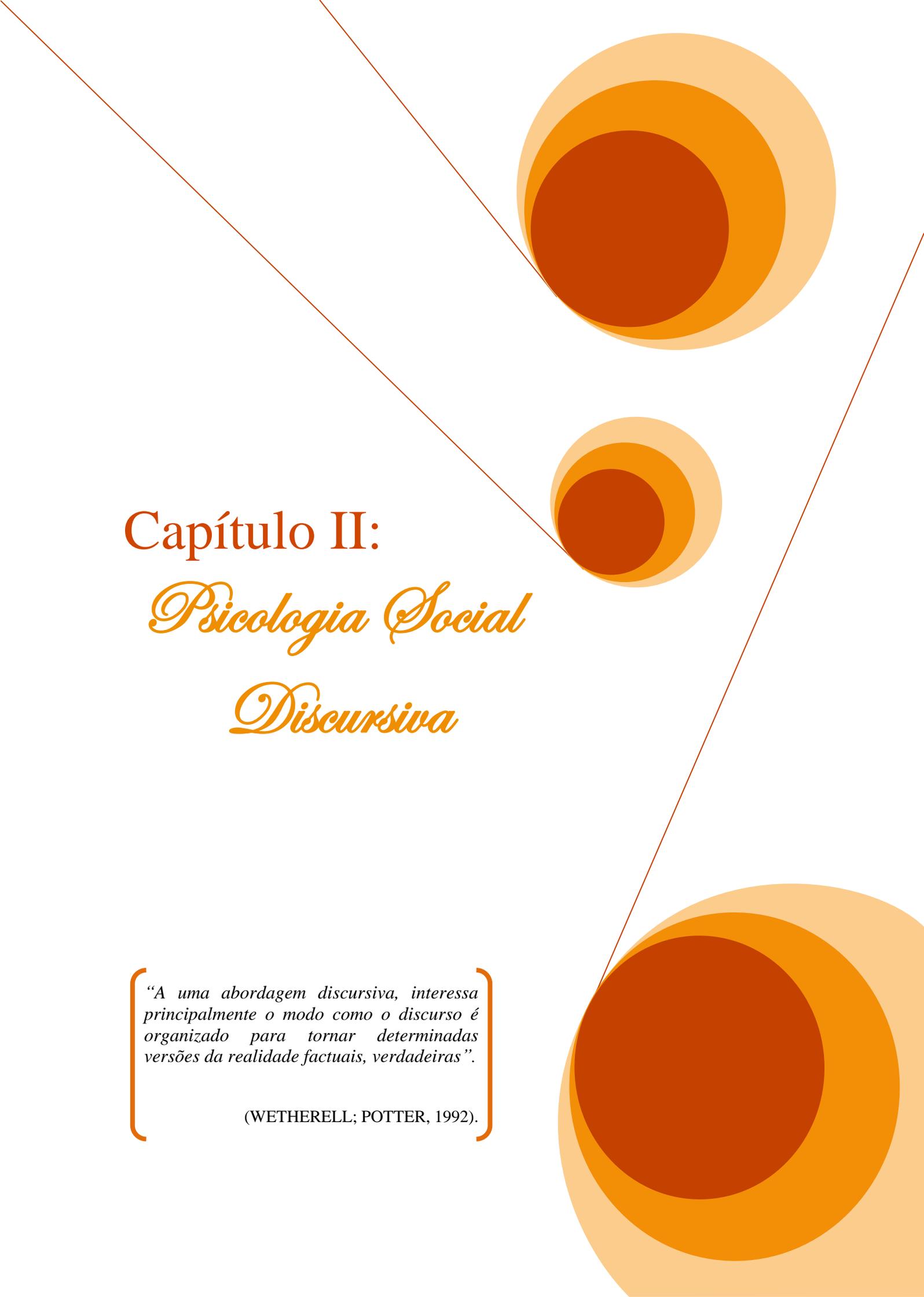
Os dados coletados na pesquisa mostraram um nível de aceitação e de tolerância elevados em relação à presença das pessoas com transtorno mental na comunidade. As análises estatísticas demonstram, por um lado, que as atitudes mais autoritárias da população com as pessoas em sofrimento psíquico estão, sobretudo, associadas às crenças na incurabilidade e periculosidade. Por outro, as atitudes mais benevolentes e tolerantes estão associadas a um maior reconhecimento da doença, inclusive a sua condição médica. Loureiro, Dias e Aragão (2008), concluíram que os resultados indicam uma mudança positiva no modo da população encarar a presença das pessoas com transtorno mental na sociedade, mesmo essa ainda estando ancorada nos estereótipos da incurabilidade e da periculosidade.

---

<sup>6</sup> Freguesia em Portugal corresponde a menor divisão administrativa, que está inserida na divisão administrativa do país. É como uma pequena cidade, um vilarejo (WIKIPÉDIA, 2013).

Uma pesquisa que deve ser mencionada, e que apresenta semelhanças com a pesquisa relatada aqui, na medida em que investigou a população que reside nas proximidades de um serviço substitutivo, foi o estudo realizado por Fernandes (2007), que teve como objetivos analisar as estratégias antimanicomiais voltadas à comunidade e a relação da população com as pessoas com transtorno mental. Realizou-se um estudo de caso de uma residência terapêutica do município de Souza/SP.

Participaram da pesquisa, a coordenadora do Serviço de Residências Terapêuticas e 10 pessoas que moram próximos a esse serviço substitutivo. Entre os resultados encontrados nessa pesquisa, o que mais chamou a atenção foi que para os entrevistados, nos dias atuais, os usuários dos serviços de saúde mental não parecem ser mais aqueles que colocam o outro em perigo. A convivência com os moradores da residência parece ter amenizado a intensidade das representações estigmatizantes e seculares sobre as pessoas em sofrimento psíquico. Fernandes (2007) concluiu, em seu trabalho, que se faz necessário criar espaços que promovam o desenvolvimento da desinstitucionalização e ressocialização.

The background features a decorative graphic consisting of several overlapping circles in shades of orange and brown, arranged in a diagonal line from the top right towards the bottom right. Two thin, dark orange lines intersect to form a large 'V' shape that frames the central text.

# Capítulo II:

## *Psicologia Social*

### *Discursiva*

*“A uma abordagem discursiva, interessa principalmente o modo como o discurso é organizado para tornar determinadas versões da realidade factuais, verdadeiras”.*

(WETHERELL; POTTER, 1992).

Essa pesquisa utilizou como referencial teórico-metodológico a Psicologia Social Discursiva (PSD), que, segundo Oliveira Filho (2013), é inspirada epistemologicamente no construcionismo, e nos últimos 25 anos vem dando reconhecimento ao papel fundamental da linguagem na construção do psiquismo humano e das relações sociais, acompanhando um movimento perceptível também em outras disciplinas das ciências humanas e sociais. Além disso, ela vem desenvolvendo uma crítica aos modos tradicionais de realizar pesquisas em Psicologia Social e propõe novas formas de se pensar a produção de conhecimento.

## 2.1 O desenvolvimento da psicologia social discursiva: 25 anos de história

Atualmente, existe um conjunto de teorias discursivas na Psicologia e na Psicologia Social lutando por espaço no meio acadêmico e se posicionando de maneira crítica em relação ao modo tradicional de se fazer psicologia social, tendo todos essas teorias em comum a crítica às tendências individualistas e universalistas da psicologia social estadunidense (OLIVEIRA FILHO, 2013).

Essa onda discursiva na psicologia apresenta-se de maneira bastante visível no trabalho de um conjunto de psicólogos sociais ingleses que vem desenvolvendo nos últimos 25 anos aquilo que se convencionou chamar de Psicologia Social Discursiva (PSD): Potter e Wetherell, 1987; Potter et al, 1990; Wetherell e Potter, 1992; Wetherell, 1996; Potter, 1996, 1998, 2003; Billig, 1985, 1987, 1991; Edwards e Mercer, 1987; Parker, 1989.

A fim de celebrar e avaliar o desenvolvimento da PSD, no ano de 2012, o “British Journal of Social Psychology<sup>7</sup>” lançou uma edição especial sobre os 25 anos da PSD. O Jornal britânico reuniu os principais estudiosos da área para falarem sobre o percurso trilhado pela PSD no mundo acadêmico.

Segundo Billig (2012), não podemos afirmar que existe uma obra específica que demarque o surgimento da PSD. No entanto, no ano de 1987, foram publicados três livros: “Discourse and social psychology<sup>8</sup>”, escrito por Potter e Wetherell; “Common knowledge<sup>9</sup>”,

<sup>7</sup> Tradução livre: Jornal Britânico de Psicologia Social.

É uma revista acadêmica que foi criada em 1962, e que, atualmente, publica artigos sobre: cognição social, atitudes, processos de grupo, influência social, relações intergrupais, estudos sobre linguagem e discurso, entre outros temas (WIKIPEDIA, 2013).

<sup>8</sup> Tradução livre: Discurso e Psicologia Social.

<sup>9</sup> Tradução livre: Conhecimento Comum.

escrito por Edwards e Mercer; e “Arguing and thinking<sup>10</sup>”, que foi escrito por Billig. De acordo com Augoustinos e Tileaga (2012), esses três livros representam o surgimento de um conjunto de trabalhos críticos que relacionam a Psicologia Social e a linguagem.

Para Billig (2012), essas obras foram produzidas tendo como objetivo explorar e enfatizar a importância da linguagem, até então pouco explorada e valorizada no campo da Psicologia Social. Além disso, esses livros constituem-se em argumentos contra as formas tradicionais de fazer pesquisa em Psicologia.

Os autores desses três livros estavam trabalhando de forma isolada, escrevendo seus livros como atos de resistência e libertação. Eles não concordavam com a maneira como as pesquisas estavam sendo realizadas no cenário da Psicologia Social. Assim, de forma crítica e autêntica, decidiram expor suas ideias através dos seus escritos, ou seja, eles estavam dizendo “não” as formas estabelecidas de pensar as questões da psicologia social próprias da Psicologia Cognitiva (BILLIG, 2012).

Ainda de acordo com o autor supracitado, nenhum desses livros foi escrito como um texto exclusivo da PSD, isso porque naquela época não existia a terminologia Psicologia Social Discursiva. Além disso, em nenhum momento esse termo foi utilizado nos três livros. No entanto, nos anos seguintes, a terminologia passou a ser utilizada e difundida.

Assim sendo, para que uma perspectiva teórica seja difundida é necessário que vários pesquisadores comecem a utilizá-la e a divulgá-la através dos seus estudos. Segundo Billig (2012), dentre os primeiros livros lançados que apontaram para o surgimento dessa perspectiva teórica, a obra escrita por Potter e Wetherell (1987), tornou-se a mais conhecida dentro do campo da PSD, e, por isso, muitas vezes, as pessoas afirmam que o livro “Discourse and Social Psychology<sup>3</sup>” é a obra fundamental e a que marca o início dos estudos em PSD.

Para Billig (2012), o livro “Discourse and Social Psychology” tornou-se o mais conhecido, por que os autores enfatizaram os seus objetivos ao escrever o livro. Potter e Wetherell, no início da obra, expressam que os textos que compõem o livro devem servir como um recurso para aqueles que desejam fazer pesquisa em textos sociais.

Eles tinham como pretensão incentivar outras pessoas a reconhecer a importância da análise de textos sociais e para isso eles deram orientações sobre como analisar o discurso no decorrer do livro. De acordo com as palavras do próprio Potter (2012), o sucesso do livro “Discourse and Social Psychology” ocorre, pelo menos em parte, em virtude da sua

---

<sup>10</sup> Tradução livre: Argumentando e Pensando.

contribuição para gerar uma visão nova de como a pesquisa pode ser realizada na Psicologia Social.

Segundo Potter e Hepburn (2007), a PSD surgiu de uma vertente específica de análise do discurso desenvolvida na Psicologia Social durante a década de 1980. Assim, de acordo com Parker (2012), vale resaltar que a PSD foi tecida entre 1970 e 1980 durante as tentativas de se fazer uma "revolução de paradigma". Essa revolução surgiu para questionar os termos em debate na Psicologia.

O “paradigma positivista” era o paradigma vigente daquela época e se caracteriza por uma linguagem abstrata e alienante, especializada em descrever o comportamento. Com a “revolução de paradigma”, um novo paradigma surgiu e ficou conhecido como a "virada linguística" ou “giro linguístico” (PARKER, 2012).

O “giro linguístico” é uma terminologia empregada para se referir à postura de filósofos como Wittgenstein, Searle e Austin. Para esses filósofos, a linguagem tem um lugar central na compreensão da vida em sociedade (SPINK; SPINK, 2007). De acordo com os autores supracitados:

Os filósofos do giro linguístico buscam mostrar que os enunciados não veiculam apenas informações factuais, refletindo o estado do mundo; veiculam também informação sobre o tipo de ato que eles permitem efetuar. Nessa perspectiva, é necessário estudar não apenas os conteúdos codificados na frase, mas a forma e as circunstâncias em que ela é utilizada. Isso fica mais claro ainda quando focalizamos a comunicação como empreendimento coletivo. A flexibilidade da linguagem utilizada na comunicação parece ser extraordinária; segundo o contexto, as mesmas palavras podem comunicar um número imenso de mensagens. Esse é o enquadre que vem dando forma à Psicologia Social Discursiva. Não se trata, é óbvio, de um campo coeso e sim de uma diversidade de enfoques e abordagens que têm como único elo de ligação o foco nos efeitos estruturantes (p. 580).

Assim, para Potter (2006) a PSD propõe uma nova maneira de conceber diversos conceitos derivados, sobretudo, da Psicologia Cognitiva, a qual compreende as ações humanas como produto de processos cognitivos. Na visão cognitivista, o discurso é tratado como a expressão de pensamentos, intenções ou alguma outra entidade cognitiva.

Contrapondo-se às ideias da Psicologia Cognitiva, a PSD, de acordo com Potter (2008), não se baseia na ideia de que existe um espaço mental verificável, mas que existem interações humanas que constroem conceitos psicológicos que estão presentes no dia a dia das pessoas.

Desse modo, a PSD estuda a maneira como os conceitos psicológicos e as relações sociais são construídas, entendidas e compartilhadas nas interações cotidianas e em situações institucionais (WIGGINS; POTTER, 2008). Assim, de acordo com Potter e Hepburn (2007), o foco da PSD está, sobretudo, na visão de que falas e textos são práticas sociais.

Nessa vertente, o termo discurso é usado para fazer referência a todas as formas de interação pela fala (conversas cotidianas, por exemplo) e aos textos escritos de todos os tipos. O termo análise de discurso, nessa perspectiva, é usado para nomear a análise de todas essas manifestações discursivas (POTTER; WETHERELL, 1987).

Segundo Oliveira Filho (2013), a expressão “repertórios interpretativos” apresenta-se como uma alternativa frequente ao termo discurso nos escritos de Potter e Wetherell, sendo ela, uma expressão apropriada para destacar o caráter prático e situado da linguagem. De acordo com Spink e Medrado (2013),

Jonathan Potter e Margareth Wetherell (1987), baseados nos trabalhos de Gilbert e Mulkay, definem os repertórios interpretativos como dispositivos linguísticos que utilizamos para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que estão a nossa volta. Eles estão presentes em uma variedade de produções linguísticas e atuam como substrato para uma argumentação. Os repertórios interpretativos, na visão desses autores, são componentes fundamentais para o estudo das práticas discursivas, pois é por meio deles que podemos entender tanto a estabilidade como a dinâmica e a variabilidade das produções linguísticas humanas. Em outras palavras, esse conceito é particularmente útil para entendermos a variabilidade usualmente encontrada nas comunicações cotidianas, quando repertórios próprios de discursos diversos são combinados de formas pouco usuais, obedecendo a uma linha de argumentação, mas gerando, frequentemente, contradições (p. 07).

Assim sendo, os repertórios interpretativos são sistemas de significação, similares a blocos de construção, utilizados para construir versões factuais da realidade ou para realizar determinadas ações (WETHERELL; POTTER, 1992). Os repertórios são considerados também como elementos fundamentais que as pessoas utilizam para construir versões de ações, processos cognitivos e outros fenômenos (WETHERELL; POTTER, 1996).

## 2.2 Conceitos centrais da psicologia social discursiva

A PSD possui quatro conceitos centrais que são: função, construção, variabilidade e retórica. De acordo com Wetherell e Potter (1996), a melhor maneira de entender a análise de discurso é conhecendo esses conceitos. No entanto, a separação de cada conceito nem sempre é possível fazer quando estamos analisando as construções discursivas que foram produzidas pelos participantes da pesquisa.

Para Pinto (2011, p. 64), isso ocorre, por que “estes conceitos são completamente interdependentes e a análise de qualquer um deles poderá levar o analista ao próximo conceito, de tal maneira que todos estão relacionados”.

O primeiro conceito a ser apresentado será o de função. O termo função refere-se à natureza do discurso como um meio orientado à ação e aos resultados. O que significa dizer que na PSD o que importa é saber o que as pessoas estão fazendo com o texto ou fala, isto é, como estão agindo. Para os analistas de discurso, o mundo está em constante movimento, e o discurso faz com que as coisas ocorram. Assim, podemos dizer que as ações não estão soltas no espaço, mas baseadas em um contexto que a precede e que se segue (POTTER et al., 1990).

Para entendermos o conceito de função, é importante termos claro o significado do termo ação para os estudiosos da PSD. De acordo com Potter e Edwards (2001), o discurso é algo que é orientado para a ação. Para esses autores, a ação é central na vida das pessoas, é através dela que podemos entender as atividades cotidianas e a participação social e cultural das pessoas diante dos acontecimentos que elas vivenciam.

A PSD se interessa pelas funções das falas e textos. Ao analisar uma descrição qualquer, o analista de discurso se interessará antes por identificar a natureza da ação ou das ações realizadas do que por revelar as atitudes e representações subjacentes do sujeito responsável por tal descrição (POTTER, 1996).

Sendo assim, a PSD para Potter e Edwards (2001), está focada no que as pessoas estão fazendo no discurso, e no modo como elas produzem versões do mundo através dele. Epistemologicamente falando, segundo esses autores, tanto a teoria dos atos de fala como a etnometodologia, enfatizam o uso da linguagem orientada para a ação.

De acordo com Álvaro e Garrido (2006), a teoria dos atos de fala foi desenvolvida pelo filósofo britânico John Austin. Para esse filósofo, a linguagem orienta as pessoas a atuar de determinada maneira a partir do contexto em que está inserida. Na perspectiva de Austin, a linguagem tem um caráter performativo e constativo. Para Oliveira Filho (2013) o ponto central das reflexões de Austin é:

[...] o argumento segundo o qual usamos nossa linguagem para fazer coisas, não somente para descrever os objetos do mundo. A linguagem, nessa perspectiva, não é somente um instrumento de representação do mundo, é também um instrumento de ação no mundo (p. 474).

Já a etnometodologia se desenvolveu a partir dos trabalhos do sociólogo Harold Garfinkel e é uma corrente teórica da sociologia estadunidense que se interessa pelo modo como o discurso realiza atividades. Ao descrever, explicar, classificar uma atividade, estamos produzindo a nós mesmos e ao mundo social em que vivemos. Essa produção do mundo social por meio de nossas ações é interminável, contínua e contingente (OLIVEIRA FILHO, 2013).

Dessa forma, de acordo com Potter e Wetherell (1987), as falas das pessoas são parte constitutiva das ações, assim os sentidos dos nossos relatos estão diretamente ligados ao contexto no qual estamos inseridos.

Existem dois termos importantes que são usados pelos etnometodologistas: a reflexibilidade e indexabilidade. O primeiro refere-se ao caráter constitutivo e funcional da linguagem. E a ideia principal do segundo termo é a seguinte: só conseguiremos entender um significado de uma expressão se levarmos em conta o contexto na qual ela foi proferida (POTTER, 1998).

O segundo conceito norteador da PSD para análise de discurso, é a ideia de construção. A construção passa pela concepção de fabricação do discurso, ela diz respeito ao modo como toda a atividade simbólica precisa se apoiar em recursos culturais para que as relações interpessoais façam sentido (POTTER; WHETERELL, 1987).

Destarte, serão as práticas da linguagem que oferecerão os termos, bem como as formas narrativas, as metáforas e os lugares comuns a partir dos quais os relatos particulares poderão ser construídos (POTTER; WHETERELL, 1987). Assim, em grande parte do tempo, ao lidarmos com o mundo, o fazemos em termos de construções discursivas ou versões deste (POTTER et al., 1990).

Um dos interesses de análise na PSD é a existência de variabilidade no discurso e esse é o terceiro conceito que será abordado. De acordo com Potter et al. (1990), nossos discursos são inconsistentes, ambíguos, contraditórios. Wetherell e Potter (1992) afirmam que o enfoque na variabilidade dos discursos é algo fundamental, isto é, as funções do discurso só podem ser compreendidas a partir da análise da variabilidade.

Para Potter e Wetherell, (1987), em primeiro lugar, a variabilidade surge porque a linguagem é usada para uma variedade de funções, sendo os discursos flexíveis, eles constroem as mais variadas versões da realidade, ou seja, eles não são simples reflexos da realidade, são versões da realidade que buscam atingir alguma finalidade.

Todavia, a variabilidade discursiva não é decorrente apenas de considerações estratégicas, é também consequência do próprio senso comum e da existência de valores e ideologias em conflito na sociedade, os quais se atualizam na subjetividade individual (BILLIG, 1991).

Ainda segundo Wetherell e Potter (1992), os discursos acerca de um determinado tema podem variar tanto em nível grupal, quanto nas diferentes intervenções discursivas de uma mesma pessoa. Desse modo, nos discursos, além da consistência, encontramos também inconsistência e contradição. Assim ao incluir a variabilidade em uma análise não estaremos homogeneizando o discurso e sim respeitando a polissemia existente nele.

Segundo Meneghel e Iñiguez (2007), a variabilidade é evidenciada pelas incongruências no uso da linguagem e pelo fato das pessoas construírem diferentes versões sobre um acontecimento. Além disso, esses autores afirmam que:

A variação é uma consequência da grande quantidade de atos que podem ser performatizados por um mesmo ator enquanto fala. Analisar os discursos sob o ponto de vista da variabilidade significa apontar as similaridades e as exceções, as consistências e inconsistências, incluindo as negações que podem sinalizar o encobrimento de condutas “politicamente incorretas”. Além disso, faz parte do estudo da variabilidade, a identificação dos acentos, das entonações, dos silêncios, das lacunas, das interrupções, ou seja, todos os aspectos relacionados à modulação e construção de elocuições durante o diálogo. Incluir a variabilidade em uma análise significa respeitar polissemia dos discursos, ao invés de homogeneizá-los ou reduzi-los (MENEGHEL E IÑIGUEZ, 2007, p. 1818).

O conceito de variabilidade implica o reconhecimento de que a fala constrói diferentes versões do mundo, orientada por diferentes funções (POTTER; WETHERELL,

1987). A PSD visa, neste caso, estudar as variações no conteúdo do discurso ao realizar diferentes funções (WHETERELL; POTTER, 1996).

A seguir, de modo a ilustrar o fenômeno da variabilidade discursiva, apresentaremos um trecho do material discursivo gerado para esta pesquisa. No material discursivo abaixo, a entrevistada no decorrer da sua fala constrói um discurso polissêmico sobre o sofrimento psíquico:

E as pessoas ficam meio contrariadas, sabe como é, né? [...] As pessoas é... assim... gente com problema de nervo, problema de cabeça, essas coisas, né? Problema mental.

**Entrevistadora:** E o que é problema mental pra senhora?

**Ah, meu Deus!** (Ênfase) Eu... problema mental pra mim é assim, é... quem tem assim, feito... eu não entendo bem. Quem tem problema de loucura. (Pausa) Começa com problema de nervo, e, depois... eu acho que é isso, né? Depressão, nervo, eu acho que é isso, né? Depressão essas coisas, né? Sei bem não, mas eu acho que é.

**Entrevistadora:** Loucura?

Não sei. (Silêncio) Eu acho assim, o pessoal diz: problema de nervo. Assim, se não se cuidar, vem a virar, né? Ficar, né? Não sei, acho que é isso mesmo. [...] Eu acho assim, eu tenho pena, que eu sei que é... que é... que é uma doença, né? Aí quando, se não vier praí (CAPS), se não se tratar, num vai ficar boa nunca, vai acabar... terminar ficando cada vez pior, e... né? Eu acho isso. Eu não chamo louco. Eu digo assim: o problema de... que assim, se não cuidar, a continuação vai atingindo mais e termina ficando mesmo.

**Entrevistadora:** Não chama louco?

Não, é muito forte. (Silêncio). Eu acho assim: problema é... problema mental, problema de cabeça, assim, que eu entendo, eu chamo assim mesmo. Não sei... não sei. (Margarete<sup>11</sup>, 53 anos, há 23 anos reside no Bairro Boa Vista II na cidade de Caruaru, nas proximidades do CAPS III).

É impressionante, neste discurso, a quantidade de termos usados para nomear o que estamos denominando de “sofrimento psíquico” neste trabalho: “loucura”, “problema de nervo”, “problema de cabeça”, “problema mental”, “depressão”, “doença”. De acordo com Spink e Medrado (2013), “a natureza polissêmica da linguagem possibilita às pessoas transitar por inúmeros contextos e vivenciar variadas situações” (p. 08).

O silêncio e as pausas durante a entrevista é um recurso importante que os analistas do discurso devem levar em consideração. Isso é perceptível no discurso de Margarete quando a mesma utiliza os termos “loucura” e “louco”. Ela fica em silêncio por alguns segundos e em seguida constrói um discurso tentando “amenizar” o que tinha sido dito

---

<sup>11</sup> Para garantir o anonimato dos entrevistados e demais pessoas citadas nos discursos, foram utilizados nomes fictícios.

anteriormente, por considerar que as palavras “loucura” e “louco” soam como algo que é “muito forte”.

Outro aspecto importante que surge nesse discurso é o que se refere às incongruências. Margarete no decorrer de sua fala descreve as pessoas que frequentam os CAPS III. Em alguns momentos, ela relata como são essas pessoas e ao mesmo tempo nega saber como seriam quando usa as expressões “Sei bem não, mas eu acho que é”; “Não sei... não sei”.

O último conceito que abordaremos referente à PSD é o conceito de retórica, trazido por Billig (2008) como aquele que nos fará compreender a importância de utilizar a argumentação, dentro do contexto discursivo, bem como, compreender como nossos discursos são organizados.

Dessa forma, Cirilo e Oliveira Filho (2008, p. 321), afirmam que “a uma abordagem discursiva interessa principalmente o modo como o discurso é organizado para tornar determinadas versões da realidade factuais, verdadeiras”.

Para Billig (2008), um argumento não tem sentido a partir de uma lógica interna, mas a partir daquilo que está sendo afirmado, e daquilo que está sendo rejeitado implícita ou explicitamente. Quando argumentamos, não estamos apenas defendendo uma posição, ao mesmo tempo, estamos combatendo argumentos alternativos, e isso faz parte do jogo retórico. Assim, de acordo com Gill (2013), os textos e a fala para a PSD são “organizados retoricamente”:

[...] a análise de discurso vê a vida social como sendo caracterizada por conflitos de vários tipos. Como tal, grande parte do discurso está implicada em estabelecer uma versão do mundo diante de versões competitivas. Isto fica claro em alguns casos – políticos, por exemplo, estão claramente tentando levar as pessoas a aderir a suas visões de mundo, e publicitários estão tentando nos vender seus produtos, estilo de vida, e sonhos –, mas é também verdade para outros discursos. A ênfase na natureza retórica dos textos dirige nossa atenção para as maneiras como todo discurso é organizado a fim de se tornar persuasivo (p. 250).

Dessa forma, Potter (2004) afirma que, o discurso é situado em termos de retórica. O modo como uma descrição é colocada em uma fala faz parte de seu caráter argumentativo e/ou persuasivo. A pesquisa, na PSD leva em consideração, o modo como as falas são utilizadas em sequências de interação, são orientadas para ambientes institucionais e identidades, e são postas juntas retoricamente.

A PSD discursiva, ao utilizar contribuições da retórica, busca compreender o discurso como produzido por pessoas que mobilizam recursos para produzirem determinados efeitos, sendo um destes efeitos a construção de um discurso que se apresente como verdadeiro, em detrimento de outros que são apresentados como falsos (COSTA, 2010).

No contexto da análise do discurso, poderemos perceber, ao observar sequências de interações entre pessoas, que as mesmas se utilizam de diversos mecanismos e procedimentos para se posicionar e posicionar o outro. Cada situação exigirá da pessoa que disponibilize uma série de recursos retóricos para construir seu argumento (POTTER, 1998).

São os conceitos da PSD discutidos acima que usaremos na análise dos discursos da população que reside nas proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III do estado de Pernambuco sobre o transtorno mental, suas formas de tratamento e sobre suas relações com os usuários dos CAPS.

The background features a white page with several overlapping circles in shades of orange and brown. Two thin, dark orange lines cross the page diagonally. The circles vary in size and opacity, creating a layered effect.

## Capítulo III:

# Método

*“A pesquisa, começou a explicar a Eternidade, é antes de qualquer coisa, o gesto do jovem camponês. Que se vai, revolvendo a pedra dos campos, descobrindo lesmas e gafanhotos ou milhares de formigas atarefadas. A pesquisa é a caminhada pelos bosques e pântanos, para tentar explicar, vendo folhas e flores, por que a vida apresenta tantos rostos. [...] Também é o olhar para o passado para encontrar nos antigos, alguns grãos de sabedoria capazes de germinar. [...] No coração dos homens de amanhã. A pesquisa é a surpresa, a cada descoberta, de se ver recuar as fronteiras do desconhecido, como se a natureza, cheia de mistérios, procurasse fugir de seu descobridor”.*

(Um certo olhar sobre a pesquisa, Gerard Martin).

Neste capítulo, serão apresentados os aportes metodológicos que nortearam esse trabalho, bem como serão apresentados os locais da pesquisa, os participantes, o instrumento de coleta, os aspectos éticos, os procedimentos de coleta e os procedimentos de análise dos dados.

### 3.1 Tipo de pesquisa

A escolha do tipo de metodologia quantitativa e/ou qualitativa depende dos objetivos do trabalho que será realizado. Assim, o método, somente quando utilizado dentro dos limites de suas especificidades, poderá dar efetiva contribuição para o conhecimento da realidade que se pretende investigar (MINAYO; SANCHES, 1993).

A partir disso, tendo como referencial os objetivos dessa pesquisa, realizamos um estudo qualitativo. A abordagem qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2007, p. 21). Segundo a autora, esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, onde se pode trabalhar com um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

De acordo com Gergen (1973), o estudo em Psicologia Social, em essência, é fundamentalmente um empreendimento histórico. Assim, a pesquisa qualitativa em Psicologia está fortemente associada à emergência de uma vertente teórica crítica, fundamentada em questionamentos de cunho epistemológico e político (SPINK; MENEGON, 2004).

### 3.2 Locais da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada no estado de Pernambuco nas residências da população que habita nas proximidades<sup>12</sup> dos CAPS III. Para saber os endereços dos CAPS III, a pesquisadora entrou em contato com a gerência de saúde mental do estado que prontamente repassou os endereços e telefones de todos os CAPS do estado. Antes de iniciar as entrevistas nas casas dos entrevistados, a pesquisadora realizou uma visita aos CAPS III para informar aos coordenadores sobre o estudo e para obter informações básicas sobre o serviço.

---

<sup>12</sup> Como já mencionado na introdução, adotamos como referencial de proximidade, as residências que estão localizadas na rua onde funciona o CAPS e nas ruas perpendiculares e paralelas a ele.

É importante deixar explícito que em nenhum momento as entrevistas foram realizadas nos CAPS III, isto é, todas foram feitas nas residências dos participantes da pesquisa. O quadro a seguir reúne alguns dados referentes aos CAPS III de Pernambuco, que foram fornecidos pelos coordenadores desses serviços substitutivos:

Quadro 4 - Dados básicos dos CAPS III do estado de Pernambuco

<b>CAPS III</b>	<b>Cidade/Bairro</b>	<b>Fundação</b>	<b>Pessoas atendidas</b>	<b>Funcionários</b>	<b>Presença da comunidade</b>
CAPS III – Espaço David Capistrano	Recife/ IPSEP	Abril de 2004	Em torno de 200 pessoas por mês	Em média 60 profissionais	No bazar e festas em datas comemorativas, mas poucos participam
CAPS III – Prof. Galdino Loreto	Recife/ Barro	Fundado como CAPS II em agosto de 1996 e transformado em CAPS III em março de 2012	Em torno de 400 pessoas por mês	Em média 60 profissionais	A comunidade não participa de nenhuma atividade desenvolvida no CAPS
CAPS III – Abreu e Lima	Abreu e Lima/ Timbó	Fundado como CAPS II em maio de 2006 e transformado em CAPS III em março de 2011	Em torno de 300 pessoas por mês	Em média 60 profissionais	O CAPS realiza uma vez por ano palestras para a comunidade, mas poucos participam
CAPS III – Tereza Noronha 24h	Paulista/ Janga	Fundado como CAPS II em agosto de 2003 e transformado em CAPS III em novembro de 2009	Em torno de 200 pessoas por mês	Em média 40 profissionais	A comunidade não participa de nenhuma atividade desenvolvida no CAPS
CAPS III – Crescendo com dignidade	Caruaru/ Boa Vista II	Fundado como CAPS II em Julho de 2003 e transformado em CAPS III em novembro de 2011	Em torno de 200 pessoas por mês	Em média 40 profissionais	A comunidade não participa de nenhuma atividade desenvolvida no CAPS

Fonte: Dados da pesquisa

Como já citado, de acordo com o IBGE (2010), Pernambuco possui atualmente uma população estimada em 8.796.032 habitantes. Segundo a Gerência de Saúde Mental (2013), a rede psicossocial no estado é composta por 86 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 54 residências terapêuticas, 11 consultórios de rua e 122 leitos em hospitais gerais, além de alguns projetos de reinserção social por meio de atividades culturais e geração de renda. Desse quantitativo, somente cinco são CAPS tipo III: dois localizados em Recife, um em Abreu e Lima, um em Paulista e um em Caruaru, ou seja, as entrevistas foram realizadas em quatro cidades do estado de Pernambuco.

Nos dias 19 e 22 de abril de 2013 foram realizadas as primeiras entrevistas nas proximidades do primeiro CAPS III, implantado em Pernambuco no ano de 2004 e, que recebeu o nome “Espaço David Capistrano”. Ele está localizado na cidade do Recife, na Rua Virgíneo Heráclito, S/nº, no bairro Ipsep. As atividades desenvolvidas nesse CAPS III, segundo a coordenadora do serviço, são: triagem, acolhimento, grupos terapêuticos, plenária, atividade cultural, grupo de família, atividade esportiva, atendimento individual, reunião clínica, supervisão clínica, bazar e festas em datas comemorativas.

É muito difícil desbravar o que é novo, mas é estimulante conhecer o desconhecido. Assim sendo, para chegar ao CAPS III “Espaço David Capistrano”, a mestranda contou com a ajuda da pesquisadora Livia Botelho<sup>13</sup>. Ela foi muito solícita, pois já conhecia a localização do serviço e acompanhou a pesquisadora desse estudo até lá. Ao entrar no CAPS III conhecemos um pouco da estrutura do local e em seguida Livia foi embora e a mestranda passou a caminhar sozinha.

Nos dias 23 e 24 de abril, a coleta de dados foi realizada nas proximidades do outro CAPS III implantado na cidade do Recife. Esse serviço recebeu o nome de “Professor Galdino Loreto”. Ele foi criado em 1996 como CAPS II, sendo o primeiro CAPS implantado na cidade do Recife, e em 2012 foi transformado em CAPS III. Esse serviço está localizado, atualmente, na Avenida José Rufino, nº 2181, no bairro Barro (GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, 2013). De acordo com a coordenadora desse CAPS III, as atividades desenvolvidas no serviço são: grupos terapêuticos, grupos de fala, oficinas, reunião com as famílias, triagem, acolhimento e festas em datas comemorativas.

Ainda segundo a coordenadora, quando o serviço foi implantado como CAPS III, eles tiveram que mudar de instalações para poder suprir todas as necessidades e especificações de um CAPS tipo III. Assim que chegaram às novas instalações, eles não foram “bem recebidos pelos vizinhos” e chegaram a receber notificações sobre barulhos. Essas notificações foram encaminhadas por uma escola que fica localizada em frente ao CAPS III. Além disso, a coordenadora relatou que ouviu rumores que a vizinhança tentou fazer um abaixo assinado para tirar o serviço do bairro.

Nos dias 03 e 04 de maio de 2013, foram realizadas as entrevistas na cidade de Caruaru. O CAPS foi inaugurado em 2003 como CAPS II. No entanto, percebeu-se a necessidade de transformá-lo em CAPS III devido ao fechamento de um hospital psiquiátrico

---

<sup>13</sup> Livia Botelho é mestranda do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; e trabalha com a temática da saúde mental infantil.

na cidade, e, por isso, em 2011 essa transformação foi concretizada. Este serviço é conhecido como CAPS III – Crescendo com Dignidade e está localizado na Rua Rio Formoso, S/nº, no bairro Boa Vista II (GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, 2013). Segundo a coordenadora, as atividades desenvolvidas no CAPS III são: Triagem, acolhimento, atendimento individual, meditação, grupo de reciclagem, cuidados pessoais, grupos operativos, grupo terapêutico, grupo sobre medicação e saúde, grupo de família, assembleia, festas em datas comemorativas, grupo custos e renda (projeto em que os usuários fabricam travessieiros com essência de lavanda para vender).

Dentre as cidades que possuem CAPS III, Caruaru é a que fica mais distante do Recife, cerca de 140 km. Para chegar a esse município, a pesquisadora contou com a ajuda e o companheirismo do pesquisador Marcel Bonifácio<sup>14</sup>. Ele apenas acompanhou a mestranda até a cidade, isto é, todas as entrevistas foram realizadas por ela. No primeiro dia que chegamos à cidade, fomos até o endereço informado pela gerência de saúde mental do estado, no entanto, o CAPS III não estava funcionando naquele local.

Então, alguns vizinhos relataram que o CAPS III tinha mudado de endereço e que isso tinha ocorrido acerca de uma semana. A partir daí, começou a saga em busca do novo endereço. A pesquisadora ligou para a gerência de saúde mental do estado, para a secretaria de saúde da cidade, para a prefeitura e secretaria de assistência social, e todos informaram o antigo endereço. Quando conseguiu achar a secretaria de saúde, encontrou com a pessoa responsável pela infraestrutura dos estabelecimentos que são alugados para a prefeitura e ela informou o novo endereço do CAPS III.

Ao chegar lá, a pesquisadora conversou com a coordenadora do serviço e ela lhe relatou que esse novo local é provisório, pois em virtude das chuvas, a casa, onde funcionava o CAPS III, estava com muitas infiltrações e que foi necessário fazer essa mudança para que essa casa fosse reformada. Ela ainda falou que o CAPS III só irá ficar cerca de dois meses no novo endereço.

Após sair do CAPS III, a mestranda entrou em contato com o seu orientador para juntos decidirem qual seria a melhor comunidade a ser entrevistada. Assim sendo, ficou decidido que era melhor entrevistar os moradores que residem perto das instalações que estão sendo reformada. A escolha se deu, pois foi levado em consideração que: o CAPS III já

---

<sup>14</sup> Marcel Bonifácio é dentista especializado em reabilitação oral pela Associação Paulista de Cirurgias Dentistas – APCD/SP; colaborador de pesquisas e projetos de extensão sobre prótese dentária na Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; e noivo da pesquisadora desse estudo.

funciona naquele local há 10 anos, que ele irá voltar a funcionar lá e que as pessoas que moram nessa localidade são as pessoas que conviveram e que voltarão a conviver de fato com os usuários do CAPS III.

Devido às fortes chuvas na região metropolitana do Recife, a pesquisadora só conseguiu dar continuidade a coleta de dados no dia 21 de maio de 2013. Assim, nos dias 21 e 22 de maio de 2013 foram realizadas as entrevistas no município de Abreu e Lima. Nessa cidade, o CAPS foi inaugurado no ano de 2006 como CAPS II, para atender à crescente demanda de pacientes oriundos dos hospitais psiquiátricos fechados na época e, em 2011, ele foi transformado em CAPS III. Este serviço está localizado na Rua Marcílio Dias, nº 360, no bairro Timbó (PREFEITURA DE ABREU E LIMA, 2012). De acordo com a coordenadora desse CAPS III, as atividades desenvolvidas no serviço são: triagem, acolhimento, oficinas terapêuticas, oficina da beleza, passeios terapêuticos, atendimento individual, atividades com as famílias, grupo de educação e saúde, grupo sobre cidadania, palestra para a comunidade uma vez por ano e festas em datas comemorativas.

A coleta de dados foi finalizada na cidade de Paulista nos dias 27 e 28 de maio de 2013. Nessa cidade, o CAPS foi fundado como CAPS II em 2003 e transformado em CAPS III em 2009. Ele é conhecido como CAPS III Tereza Noronha e está localizado na Avenida Beira Mar, nº 3419, bairro Janga (CASADO, 2009). Segundo a coordenadora, as atividades desenvolvidas no CAPS III são: Triagem, acolhimento, grupo de família, escuta individual, grupo educação e saúde, grupo sobre cidadania, grupo de arte terapia, grupo de musicoterapia, assembleia, passeios terapêuticos e festas em datas comemorativas. A Coordenadora relatou que tem poucos problemas de relacionamento com a vizinhança, que apenas um vizinho foi até o CAPS III reclamar de barulhos. Ela disse, ainda, que geralmente os vizinhos são solícitos e gentis com os usuários do serviço. A grande diferença do CAPS III de Paulista para os outros CAPS III do estado é que ele fica localizado de frente para o mar em uma rua que tem apenas quatro casas. Dessa forma, a maioria das pessoas que foi entrevistada reside nas duas ruas perpendiculares ao local onde o CAPS III está instalado.

Outra informação importante sobre os CAPS III é que, dentre os cinco visitados, dois não possuem placas para sinalizar que naquele local funciona um serviço substitutivo. Os CAPS III que não possuem placas são: “Professor Galdino Loreto” localizado na cidade do Recife e o de Abreu e Lima, também na mesma cidade. Essa falta de sinalização, algumas vezes, pode dificultar o acesso ao serviço, a própria pesquisadora teve dificuldade para localizar esses dois CAPS III.

A seguir serão apresentados o perfil dos participantes da pesquisa, a quantidade de pessoas que participaram do estudo e a receptividade deles à pesquisadora.

### 3.3 Participantes

Participaram do estudo as pessoas que fazem parte da comunidade onde estão instalados os CAPS III do Estado de Pernambuco, conforme já mencionado.

De acordo com Brasil (2004), “a comunidade é um conjunto de pessoas, associações e equipamentos que fazem existir a vida numa certa localidade” (p. 29). Desse modo, a articulação entre as pessoas que constituem a comunidade e o CAPS é fundamental. A comunidade poderá ser parceira dos CAPS através de doações, prestação de serviços, instrução ou treinamento em alguma palestra ou oficina, realização conjunta de um evento especial (por exemplo, datas comemorativas), realização conjunta de projetos e participação nas atividades diárias do serviço substitutivo. Assim, ainda, segundo Brasil (2004), essa parceria irá produzir:

[...] um grande e variado conjunto de relações de troca, o que é bom para a própria comunidade e para todos do CAPS. As parcerias ajudam a toda a comunidade a reforçar seus laços sociais e afetivos e produzem maior inclusão social de seus membros. Por isso a participação da comunidade é muito importante para a criação de uma rede de saúde mental. O CAPS deve ser parte integrante da comunidade, de sua vida diária e de suas atividades culturais (p. 29).

A escolha por entrevistar a população pernambucana que mora próximo dos CAPS III, se deu pelo fato desse serviço funcionar 24 horas e atender adultos com transtornos mentais severos e persistentes. A maioria das pessoas que frequenta esses serviços já passou por hospitais psiquiátricos e já sofreu e/ou sofre discriminação. Sendo assim, os discursos da população que convive próximo desses Centros de Atenção Psicossocial III são fundamentais para entendermos como essa relação comunidade-pessoa com transtorno mental ocorre na atualidade.

As únicas exigências para que as pessoas participassem da pesquisa foram: os entrevistados serem maiores de 18 anos e morarem nas proximidades do serviço substitutivo.

Dessa forma, participaram dessa pesquisa 52 pessoas, sendo: 20 residentes na cidade do Recife (10 que moram no bairro Ipsep e 10 que residem no bairro Barro); 11 que habitam em Caruaru; 10 que moram em Abreu e Lima e 11 que vivem em Paulista. Dentre os

entrevistados, 14 são do sexo masculino e 38 são do sexo feminino; com idades que variam de 18 a 76 anos. Quanto ao grau de escolaridade: 01 é analfabeto; 14 possuem o ensino fundamental incompleto; 02 estudaram até o ensino fundamental completo; 05 cursaram até o ensino médio incompleto; 20, o ensino médio completo; 04 possuem ensino superior incompleto e 06, o superior completo. Em relação ao estado civil dos participantes da pesquisa: 29 são solteiros; 18 são casados; 03 divorciados e 02 viúvos. E o tempo que essa população reside nos bairros onde os CAPS III foram implantados varia de 04 meses a 71 anos.

Os quadros subsequentes mostram, detalhadamente, o perfil dos participantes, ilustrando os seguintes dados: pseudônimo<sup>15</sup>, idade, estado civil, naturalidade, escolaridade, cidade e tempo que reside no bairro.

A população que reside na cidade do Recife no bairro do Ipsep foi muito receptiva e acessível. Todos que foram abordados pela pesquisadora demonstraram interesse em participar do estudo e abriram literalmente as portas das suas casas para receber a entrevistadora. Além disso, alguns foram muito solícitos ao indicar outros vizinhos para participarem da pesquisa. No quadro a seguir, estão descritos os dados da população do bairro do Ipsep que participou da pesquisa.

Quadro 5 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III - Espaço David Capistrano, localizado no bairro Ipsep, na cidade do Recife – PE

<b>Pseudônimo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Cidade</b>	<b>Tempo que reside no bairro</b>
Sônia	32	Casada	Recife	Superior Completo	Recife	32 anos
Fernando	50	Solteiro	Recife	Ensino Médio Completo	Recife	50 anos
Talita	55	Solteira	Recife	Ensino Médio Completo	Recife	46 anos
Cecília	57	Casada	Recife	Ensino Fundamental Completo	Recife	37 anos
Rodrigo	40	Casado	Recife	Ensino Médio Incompleto	Recife	40 anos
Renata	36	Solteira	Recife	Ensino Médio Completo	Recife	36 anos
Raissa	42	Casada	Bezerros – PE	Superior Incompleto	Recife	23 anos
Paola	49	Casada	Recife	Ensino Médio Completo	Recife	49 anos

<sup>15</sup> Pseudônimo é um nome fictício usado para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

<b>Kleber</b>	<b>44</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Bezerros – PE</b>	<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	<b>Recife</b>	<b>23 anos</b>
<b>Catarina</b>	<b>38</b>	<b>Divorciada</b>	<b>Recife</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>Recife</b>	<b>38 anos</b>

Fonte: Dados da pesquisa

O próximo quadro traz a descrição dos dados da população da cidade do Recife que mora no bairro Barro. O acesso a essa comunidade foi um pouco difícil, pois as pessoas ficaram um pouco receosas para conceder a entrevista. Alguns pediram para a pesquisadora explicar, mais de uma vez, do que se tratava a pesquisa e alguns questionaram se aqueles dados poderiam prejudicá-los. Prontamente, a entrevistadora explicou a pesquisa todas as vezes que isso foi solicitado, deixando claro para eles a garantia do anonimato dos participantes do estudo.

Quadro 6 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III – Professor Galdino Loreto, localizado no bairro Barro, na cidade do Recife – PE

<b>Pseudônimo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Cidade</b>	<b>Tempo que reside no bairro</b>
<b>Lorena</b>	<b>27</b>	<b>Solteira</b>	<b>Recife</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>Recife</b>	<b>8 anos</b>
<b>Vanda</b>	<b>58</b>	<b>Divorciada</b>	<b>Recife</b>	<b>Superior Completo</b>	<b>Recife</b>	<b>58 anos</b>
<b>Joyce</b>	<b>36</b>	<b>Solteira</b>	<b>Salgueiro- PE</b>	<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	<b>Recife</b>	<b>30 anos</b>
<b>Aluisio</b>	<b>71</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Recife</b>	<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	<b>Recife</b>	<b>71 anos</b>
<b>Luzia</b>	<b>46</b>	<b>Casada</b>	<b>Recife</b>	<b>Ensino Médio Incompleto</b>	<b>Recife</b>	<b>40 anos</b>
<b>Leonardo</b>	<b>42</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Gravatá - PE</b>	<b>Superior Incompleto</b>	<b>Recife</b>	<b>20 anos</b>
<b>Sueli</b>	<b>54</b>	<b>Solteira</b>	<b>Triunfo- PE</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>Recife</b>	<b>40 anos</b>
<b>Iris</b>	<b>42</b>	<b>Casada</b>	<b>Recife</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>Recife</b>	<b>42 anos</b>
<b>Elba</b>	<b>63</b>	<b>Solteira</b>	<b>Ribeirão - PE</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>Recife</b>	<b>40 anos</b>
<b>Lia</b>	<b>51</b>	<b>Solteira</b>	<b>Recife</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>Recife</b>	<b>41 anos</b>

Fonte: Dados da pesquisa

O próximo quadro ilustra os dados da população da cidade de Caruaru que reside no bairro Boa Vista II. As pessoas dessa localidade foram acolhedoras e atenciosas. Todas as pessoas abordadas pela pesquisadora aceitaram participar e algumas chegaram a ir com a entrevistadora na casa de outro vizinho para que ela pudesse realizar mais uma entrevista.

Quadro 7 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III – Crescendo com dignidade, localizado no bairro Boa Vista II, na cidade de Caruaru – PE

<b>Pseudônimo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Cidade</b>	<b>Tempo que reside no bairro</b>
Hélio	44	Casado	Monteiro- PB	Ensino Médio Completo	Caruaru	34 anos
Milena	46	Casada	Caruaru	Superior Completo	Caruaru	20 anos
Viviane	52	Casada	Santa Maria de Cambucá- PE	Ensino Médio Completo	Caruaru	30 anos
Dalva	23	Solteira	Taquaritinga do Norte- PE	Superior Completo	Caruaru	4 anos
Mário	45	Solteiro	Riacho das Almas- PE	Ensino Fundamental Incompleto	Caruaru	2 anos
Luana	23	Casada	Caruaru	Ensino Médio Completo	Caruaru	2 anos
Eloisa	76	Viúva	Taquaritinga do Norte- PE	Ensino Fundamental Incompleto	Caruaru	31 anos
Iara	66	Casada	Brejo da Madre Deus- PE	Ensino Fundamental Incompleto	Caruaru	32anos
Margarete	53	Casada	Brejo de Madre Deus- PE	Ensino Fundamental Incompleto	Caruaru	23 anos
Natalia	29	Casada	Caruaru	Ensino Médio Completo	Caruaru	29 anos
Edson	22	Solteiro	Altinho- PE	Ensino Médio Completo	Caruaru	4 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

A população que reside na cidade de Abreu e Lima, no bairro do Timbó, foi muito receptiva e atenciosa. Nesse bairro, a entrevistadora encontrou as pessoas sentadas na calçada de suas casas conversando com os vizinhos. Todos os que foram abordados pela pesquisadora aceitaram participar do estudo. As pessoas que já tinham sido entrevistadas indicavam outros vizinhos para serem entrevistados também. No quadro abaixo estão descritos os dados da população de Abreu e Lima que participou da pesquisa.

Quadro 8 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III – Abreu e Lima, localizado no bairro Timbó, na cidade de Abreu e Lima – PE

<b>Pseudônimo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Cidade</b>	<b>Tempo que reside no bairro</b>
Samanta	26	Solteira	Abreu e Lima	Ensino Fundamental Completo	Abreu e Lima	4 meses
Frederico	41	Solteiro	São Lourenço – PE	Ensino Fundamental Incompleto	Abreu e Lima	2 anos
Lavínia	54	Viúva	Abreu e Lima	Ensino Fundamental Incompleto	Abreu e Lima	43 anos
Marina	30	Solteira	Maceió - AL	Ensino	Abreu e	3 anos

				Fundamental Incompleto	Lima	
Haroldo	18	Solteiro	São Paulo – SP	Ensino Médio Completo	Abreu e Lima	7 anos
Ilana	31	Solteira	Sertânia - PE	Superior Incompleto	Abreu e Lima	14 anos
Suzana	27	Solteira	Abreu e Lima	Ensino Fundamental Incompleto	Abreu e Lima	27 anos
Lígia	56	Solteira	Batalha - AL	Ensino Fundamental Incompleto	Abreu e Lima	25 anos
Karine	26	Solteira	Recife	Ensino Fundamental Incompleto	Abreu e Lima	6 meses
Claudia	47	Solteira	Recife	Ensino Fundamental Incompleto	Abreu e Lima	1 ano

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre todas as comunidades que participaram do estudo, a menos receptiva foi a da cidade de Paulista, no bairro Janga. As pessoas geralmente falavam com a entrevistadora pelo interfone e quando ela começava a explicar a pesquisa, a maioria falava que não tinha disponibilidade, que estava muito ocupada e que não tinha interesse em participar. Mesmo com muita chuva nos dias da coleta, a entrevistadora não desistiu e continuou batendo de porta em porta até conseguir realizar as entrevistas. Vale ressaltar que as pessoas que disponibilizaram seu tempo para conceder as entrevistas foram bastante atenciosas e prestativas. Segue abaixo os dados desses entrevistados.

Quadro 9 - Dados dos entrevistados que residem nas proximidades do CAPS III – Tereza Noronha 24h, localizado no bairro Janga, na cidade de Paulista – PE

Pseudônimo	Idade	Estado Civil	Naturalidade	Grau de escolaridade	Cidade	Tempo que reside no bairro
Flaviano	53	Solteiro	Recife – PE	Superior Completo	Paulista	2 anos
Atílio	57	Solteiro	Olinda – PE	Ensino Médio Incompleto	Paulista	2 anos
Ticiania	62	Casada	Paulista - PE	Ensino Médio Incompleto	Paulista	8 anos
Raimundo	31	Solteiro	Olinda – PE	Ensino Médio Incompleto	Paulista	6 anos
Adelina	44	Casada	Recife – PE	Superior Incompleto	Paulista	5 anos
Eveline	60	Casada	Goiana – PE	Superior Completo	Paulista	10 anos
Alice	36	Solteira	Paulista - PE	Ensino Médio Completo	Paulista	3 anos
Valdirene	60	Divorciada	Joaquim Nabuco – PE	Analfabeta	Paulista	35 anos
Julieta	42	Casada	Paulista - PE	Ensino Médio Completo	Paulista	9 anos
Zélia	19	Solteira	Paulista - PE	Ensino Médio Completo	Paulista	9 anos

<b>Joilson</b>	<b>27</b>	<b>Solteiro</b>	<b>Paulista - PE</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>Paulista</b>	<b>22 anos</b>
----------------	-----------	-----------------	----------------------	------------------------------	-----------------	----------------

Fonte: Dados da pesquisa.

### 3.4 Aspectos éticos

O trabalho com seres humanos exige uma postura ética do pesquisador, e por isso, esse deve levar em consideração os seguintes aspectos:

[...] 1) pensar a pesquisa como uma prática social, adotando uma postura reflexiva em face do que significa produzir conhecimento [...]; 2) garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e análise dos dados [...]; e 3) aceitar que a dialogia é intrínseca à relação que se estabelece entre pesquisador e participantes (SPINK; MENEGON, 2004, p. 91).

Assim, baseando-nos na citação acima, o desenvolvimento deste estudo segue as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 1996), que regulamenta as normas aplicadas à pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos.

Cabe assinalar que, antes de dar início à coleta de dados, o projeto de pesquisa foi enviado no mês de dezembro de 2012 a Plataforma Brasil<sup>16</sup>, e em seguida foi submetido à apreciação e avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Como no mês de janeiro de 2013, o comitê de ética entrou em recesso, o projeto só foi avaliado no mês seguinte. Em fevereiro de 2013 o projeto foi aprovado sem nenhuma restrição e a pesquisadora recebeu o parecer favorável (Anexo D).

As informações sobre a pesquisa (identificação do pesquisador, objetivos de estudo, relevância) foram descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Nele, consta o atestado de voluntariedade de participação no estudo; que o participante pode retirar-se a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos pessoais ou profissionais; informação sobre os riscos e benefícios da pesquisa; a garantia de esclarecimentos antes, durante e depois da pesquisa; e a autorização da divulgação dos resultados da pesquisa.

Foram garantidos o sigilo de informações e o anonimato em qualquer forma de divulgação dos resultados. Para dar cumprimento a esse requisito, as entrevistas foram

<sup>16</sup> A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela CONEP (BRASIL, 2013a).

arquivadas pela pesquisadora, evitando a manipulação dos dados por técnicos exteriores à pesquisa e/ou o vazamento acidental de informações que possam vir a comprometer os participantes.

As transcrições e informações dos instrumentos serão guardadas por um período de cinco anos, após a finalização do estudo, como preconiza a Resolução 196/96. Para garantia do anonimato, não será divulgada a identidade dos informantes, serão usados pseudônimos que não permitam o conhecimento de suas identidades.

### 3.5 Instrumento de coleta de dados

Para coletar os dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada (Apêndice A). Segundo Minayo (2007), a entrevista é o método mais usado no trabalho de campo, pois através dela, o pesquisador faz uma coleta de dados relatados por atores sociais enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Na entrevista semiestruturada, o entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente. Para Minayo (1999), as entrevistas semiestruturadas:

[...] consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação (p.121).

De acordo com Potter e Wheterell (1987), possuir um roteiro de pesquisa para guiar a entrevista pode ser importante para conduzir o entrevistador através das questões, oferecendo a certeza de que as mesmas questões serão perguntadas a cada participante do estudo, além de permitir registrar outras informações que podem ser utilizadas pelo pesquisador.

Segundo Potter (1998), o uso de entrevistas, quando se pretende realizar uma análise discursiva, permite que o pesquisador se concentre em tópicos ou temas específicos e permite também certo grau de normalização ou homogeneidade quando se trabalha com uma amostra específica de entrevistados. O número de entrevistados foi delimitado, de acordo com o critério de acessibilidade, que ocorre quando o entrevistado demonstra disponibilidade para dar a entrevista; e o critério do ponto de saturação. Esse último diz respeito à indicação de que já se dispõe de informações suficientes sobre determinado aspecto, pois a análise acompanha todo o processo de pesquisa e permite constatar, nas entrevistas, uma repetição dos conteúdos,

indicando que já podemos encerrar a coleta de dados com o total de entrevistas obtidas (LANG; CAMPOS; DEMARTINI, 2001).

É importante ressaltar, que as observações feitas durante as entrevistas serviram para subsidiar as análises dos dados. Tais observações foram registradas em um diário de campo que, segundo Souza (2000), tem como função:

[...] revelar a trajetória da pesquisa e os caminhos trilhados na tentativa de apreensão do objeto-tema investigado. Desde que se suponha a pesquisa como coisa viva e o diário como elemento dinâmico da pesquisa viva, é necessário pensar a investigação como uma trilha não traçada, como um caminho a se construir (p.02).

O diário de campo foi sendo construído após cada coleta de dado realizada. Nele foram registradas todas as experiências vivenciadas ao longo do processo de investigação.

### **3.6 Procedimento de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada nas residências dos entrevistados. A pesquisadora percorreu as ruas onde os CAPS III estão localizados e as ruas perpendiculares e paralelas a eles, batendo de “porta em porta”. Foram fornecidas, às pessoas entrevistadas, informações oralmente e por escrito sobre os procedimentos utilizados no desenvolvimento da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e explicado a cada participante da pesquisa e após esse procedimento foram sanadas possíveis dúvidas.

Em seguida, foi solicitada a autorização para a gravação da entrevista. A pesquisadora deixou claro a garantia do anonimato dos participantes, o respeito e a confidencialidade das informações fornecidas, enfatizando sua utilização restrita aos estudos propostos. As entrevistas foram realizadas após o consentimento livre e esclarecido do participante do estudo. Cada entrevistado assinou o Termo em duas cópias, uma que permaneceu em posse da pesquisadora e outra que ficou com ele. De acordo com a autorização dos participantes, a entrevista foi armazenada em gravador profissional, em seguida, foi transcrita na íntegra e submetida à análise.

### 3.7 Procedimento de análise dos dados

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a orientação teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva. Para que a análise funcionasse de forma bem sistemática, ela foi subdividida em três momentos específicos: transcrição, codificação e análise propriamente dita.

Os analistas do discurso que trabalham com essa orientação estão preocupados com o discurso em si mesmo, e não com uma realidade que estaria por detrás do discurso. "Ao invés de ver o discurso como um caminho para outra realidade, os analistas de discurso estão interessados no conteúdo e na organização dos textos" (GILL, 2013, p. 247). O discurso não é apenas o ato de falar:

[...] as práticas discursivas deixam claro que falar não só é algo mais como também é algo diferente de exteriorizar um pensamento ou descrever uma realidade: falar é fazer algo, é criar aquilo de que se fala, quando se fala (IÑIGUEZ, 2004, p. 95).

O primeiro momento da análise de dados consistiu na transcrição. Assim, depois de realizadas todas as entrevistas, a pesquisadora iniciou um árduo processo de transcrição literal do material. Como foram realizadas muitas entrevistas, a pesquisadora contou com a ajuda de um profissional que se dedica a arte de transcrever. André Alves transcreveu 22 entrevistas e a pesquisadora 30 entrevistas. Esse momento, apesar de essencial, se configurou como uma atividade cansativa, como uma etapa de trabalho intenso.

Segundo Potter e Wetherell (1987), para cada hora de gravação são utilizadas cerca de dez horas de transcrição. O somatório de minutos de todas as entrevistas realizadas foi de 657 minutos e 36 segundos, isso equivale a quase 11 horas de gravação. Desse modo, se para cada hora do áudio levamos cerca de 10 horas para transcrever, isso quer dizer que foram necessários no mínimo 110 horas para a pesquisadora, junto com o profissional que lhe auxiliou, conseguir transcrever todas as entrevistas. Dessa forma, foi necessário cerca de dois meses para concluir as transcrições. Após a transcrição de todas as entrevistas, foram realizadas diversas leituras do material, com o objetivo de torná-lo familiar, permitindo uma aproximação da pesquisadora com os discursos construídos.

Para Potter e Wheterell (1987), uma boa transcrição é essencial para a realização da próxima etapa que é a codificação. Na análise de discurso, o processo de codificação não é sinônimo de análise, é uma fase preliminar desse processo propriamente dito. As categorias

usadas na codificação têm por objetivo facilitar a análise, não esgotam tal processo, que é constituído pela procura por padrões de variabilidade e consistência nos discursos e pela tentativa de identificar suas funções e consequências. (POTTER; WETHEREL, 1987; GILL, 2013). Dito em outras palavras, o principal objetivo da codificação é o de transformar o discurso total construído na entrevista em recortes menores, tomando como base os objetivos propostos para a realização da pesquisa.

Assim, as codificações devem ser originadas a partir das questões da pesquisa e deve ser incluída a maior quantidade de recortes possíveis, tendo em vista que durante o processo de análise, novas codificações podem ser criadas enquanto outras podem ser excluídas (WHETERELL; POTTER, 1992; POTTER; WIGGINS, 2008; GILL, 2013).

Por fim, o processo de análise, propriamente dito, foi constituído por dois momentos intimamente associados. No primeiro momento, a pesquisadora procurou os padrões nos dados. Esses padrões se apresentam em forma de variabilidade e consistência, isto é, diferenças nos conteúdos e nas formas dos discursos e igualdade, características comuns nos diferentes discursos. No outro momento, a pesquisadora focou a atenção na identificação da função e das consequências dos discursos, formulando hipóteses explicativas sobre as funções dos discursos e procurando evidências para tais hipóteses no material sob análise (POTTER; WETHERELL, 1987; GILL, 2013).



## Capítulo IV:

# *Categorizando e descrevendo os usuários do C.A.P.S*

*“O problema do louco não é ser louco. E sim o preconceito, a exclusão, a pobreza de contatos, a solidão e a falta de reconhecimento como ser humano capaz, mas vivendo numa sociedade incapacitante”.*

(Florianita Coelho)

O modo como os sujeitos significam os diferentes objetos sociais é condicionado pelo seu universo cultural e discursivo. Nesse sentido, o nosso universo cultural e discursivo molda o modo como representamos aquelas pessoas que habitavam e ainda habitam os manicômios no mundo ocidental, pessoas com comportamentos considerados inadequados e, muitas vezes, enigmáticos para as outras pessoas (PESSOA et al., 2009).

A história dessas pessoas no Ocidente é marcada por preconceitos e estigmas que produziram inúmeras arbitrariedades e inenarráveis sofrimentos. Os olhares lançados pela sociedade sobre aquilo que era denominado de loucura foram mudando de acordo com as peculiaridades e os interesses socioeconômicos de cada época. Os termos, os repertórios interpretativos, as descrições e as explicações para o fenômeno sempre estiveram ligados a interesses institucionais e grupais, a questões de poder e dominação (BARBOSA et al., 2004).

Neste capítulo, apresentamos como os entrevistados constroem discursivamente o que estamos denominando de transtorno mental ou sofrimento psíquico. Nos discursos que serão analisados, abordamos as categorias usadas para nomear o transtorno mental e o modo como são usadas em descrições do comportamento dos usuários do CAPS III do Estado de Pernambuco.

Segundo Potter e Wetherell (1987), a preocupação central dos psicólogos discursivos quando estudam as categorias é saber como elas são mobilizadas nos discursos e quais as suas funções. Para esses autores, as categorias interessam enquanto objetos que estão na materialidade do discurso e não enquanto objetos mentais.

De acordo com Potter (1998), as descrições podem realizar ações de muitas maneiras diferentes e estão estreitamente relacionadas com os detalhes dos contextos nos quais as pessoas estão inseridas. Nesse sentido, uma descrição é um poderoso recurso para apresentar argumentos, acusar pessoas ou grupos, combater determinadas visões de mundo sem parecer que as pessoas estejam fazendo tais coisas.

#### **4.1 Periculosidade e agressividade**

Em nossa pesquisa, quando questionados sobre quem são as pessoas que frequentam os CAPS III, os participantes mobilizaram uma grande variabilidade de categorias para descrever essas pessoas, suas ações e o sofrimento psíquico.

Nas quatro falas abaixo, por exemplo, os usuários do CAPS III e o sofrimento psíquico são representados com o uso de categorias e expressões como “pessoas com deficiência”, pessoas com “doença psíquica”, “problema psíquico”, “esquizofrênico”, pessoas que usam “drogas”, pessoas com “problema mental”, pessoas “nervosas”, pessoas com “problemas de nervo”, “doentes mentais”, “pessoas com problemas de saúde mental”, pessoas dependentes “químico e alcoólatra” e distúrbio mental. Não obstante as diferentes categorias usadas para nomear os usuários, nesses discursos, essas pessoas são associadas inequivocamente à periculosidade e à agressividade.

Pessoas com deficiência de... de... psíquico... doença psíquica, né? (Pausa)  
Que tem esse problema psíquico. E tem também com drogas, com... com...  
problema também... psíquico.

**Entrevistadora:** E o que é problemas psíquicos pro senhor?

É... Problema psíquico é... Problema mental, né? Olha... Uns comportados e outros não. Tem vários... é... vários graus. [...] Já vi chegar cara mais alterado aqui. Algemado. E sinceramente, eu acho que isso deveria ser fora da cidade. [...] Porque, é... ameaça. Querendo ou não ameaça a sociedade. (Leonardo, 42 anos, há 20 anos reside no Bairro Barro na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Assim... eu acho que nervosa, né? Nervosas. (Silêncio)

**Entrevistadora:** O que é ser nervosa para senhora?

São pessoas desequilibradas, né? Que têm problemas de nervo. Elas são desequilibradas, pessoas que não podem andar sozinhas, pessoas às vezes agressivas, porque eu já vi cenas aí... deles correrem, e quando destrambelhar... cair vigilante, cair tudo, porque só um descuido deles... eles querem liberdade, né? [...] Eu tenho medo que às vezes, tem alguns que até é agressivo ali, né? Eu não conheço. Eles saem correndo na rua... eles saem correndo. Só basta descuidar o portão, eles correm. Aí eu tenho medo que algum seja mais agressivo, né? (Cecília, 57 anos, há 37 anos reside no Bairro Ipsep na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

[...] são pessoas com problemas de saúde mental, né?

**Entrevistadora:** E o que é problema de saúde mental para senhora?

Ah, num sei. Depende, que tem o louco, né? E tem pessoas perturbadas, com... problemas de... de desgaste mental, né?

**Entrevistadora:** E o que é louco, então?

O louco é aquele que atira pedra e não sabe o que tá fazendo (Risos). O louco já tá dizendo, né? Louco que perde totalmente o juízo, né? Faz coisas que um bom não faz. E aquilo que ele faz, pra ele é normal, né? [...] se ele tá agressivo, quem tem que chegar perto dele é as pessoas que, que, são preparadas pra isso. E eu não tenho preparação pra isso. Eu não vou me aproximar de uma pessoa com... tipo assim, loucura, né? Eu, assim, as pessoas que se tratam, às vezes podem até é... ter uma pequena comparação com o louco. Porque se ele tá com distúrbio mental, ele é capaz de tudo que a gente não pode fazer.

**Entrevistadora:** Capaz de tudo?

Né isso? Então eu não vou tentar me aproximar de uma pessoa que eu sei lá o que é que pode me vir dele... a agressão (Risos) [...] ...porque a pessoa sem juízo é capaz de qualquer coisa, como eu já repeti pra você, né? Aí eu acho assim. (Lavínia, 54 anos, há 43 anos reside no Bairro Timbó na cidade de Abreu e Lima, nas proximidades do CAPS III).

Doentes mentais, né?

**Entrevistadora:** E o que é doente mental pra senhora?

São pessoas que vivem no mundo irreal. Num... é o mundo deles, né? São pessoas com problemas que... a gente também não está livre disso, né? Problemas de saúde, ou... hereditário, que já vem do passado da família. [...] É... podem agredir, né? Que são pessoas, é... às vezes, tem... é... esquizofrênico, né? Esquizofrenia, né? É uma pessoa doente, eles tão livre, de... de... de... dizer assim: matou e vai preso, né? Doente, se comprovar mesmo. Aí causa medo. Agora a gente tem mais medo é de bandido mesmo. [...] Então assim, eu reclamo muito porque, uma vez, eu estava lá, no CAPS. Fui fazer esse exame de ginecológico, prevenção e uma pessoa especial se soltou. Saiu de lá e muito agressiva, então me causou medo. Aí (no CAPS), assim, a área de segurança deixa a desejar. Que eles sempre soltam. Sempre tão por aqui, na rua, solto. (Paola, 49 anos, há 49 anos reside no Bairro Ipsep na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Ao descrever essas pessoas, Leonardo fala que existem “vários graus” para o “problema mental”. E que teria presenciado a chegada de alguns mais alterados ao CAPS. A alteração dos sujeitos (e a indicação de que eles chegavam algemados só comprovaria essa alteração) aparece nesse discurso como um traço de anormalidade que os torna ameaçadores, o que justificaria a retirada dos CAPS do interior das cidades: “E sinceramente, eu acho que isso deveria ser fora da cidade”.

Em sua fala, ele defende tacitamente que os usuários dos CAPS devem ser expulsos do interior das cidades. De acordo com Foucault (2012), na nossa sociedade a questão da rejeição e da separação constitui um dos princípios de exclusão. Durante muitos séculos, o “louco” jamais foi aceito, ouvido e considerado como um cidadão, sempre foi excluído do convívio social. Por isso, Segundo Fernandes (2007), reinserir as pessoas com transtorno mental na sociedade, atualmente, “significa romper com a estigmatização dada pelo conceito construído socialmente acerca da loucura e devolver ao social o que ele sempre excluiu, por não reconhecer como seu” (p. 12).

Discursos como o de Leonardo mostram como a representação de periculosidade é usada para classificar e dar sentido às ações dos usuários dos CAPS e que é ainda utilizada como um poderoso argumento para sugerir a exclusão dessas pessoas da sociedade. Trata-se de um discurso que se opõe ao dispositivo da reforma psiquiátrica que tem dentre os seus

objetivos a reinserção social dessas pessoas, a integração delas na vida da cidade, no ambiente comunitário.

Em seu discurso, Cecília nomeia os usuários do CAPS como pessoas “nervosas”. Para ela, essas pessoas “têm problemas de nervos” e são “desequilibradas”. Todo o seu relato sugere que o “problema de nervos” e o desequilíbrio decorrente podem tornar essas pessoas “às vezes agressivas”, não podendo, por isso, andar sozinhas. Fala de cenas que teria presenciado nas quais os usuários teriam demonstrado todo o seu descontrole, reconhecendo que esse descontrole teria relação com o desejo de liberdade, no entanto, conclui seu raciocínio afirmando ter “medo que algum seja mais agressivo”. Uma característica marcante no relato de Cecília é a tentativa de evitar uma afirmação clara, inquestionável, taxativa da agressividade dos pacientes dos CAPS. O modo como afirma a periculosidade dos usuários deixa uma porta aberta para a negação de que tenha afirmado realmente isso. Diz que “às vezes” são agressivos, que “às vezes, tem alguns que até é agressivo”, que tem “medo que algum seja mais agressivo”. De tais construções sempre se pode afirmar que não são generalizantes e que, por isso, não são preconceituosas.

Lavínia inicia seu discurso relatando que os usuários do CAPS são pessoas que possuem “problemas de saúde mental”. Em seguida, a entrevistada tenta fazer uma distinção, entre “louco” e “pessoas perturbadas”, para explicar a nomeação proferida para referenciar essas pessoas. Para ela, as “pessoas perturbadas” são aquelas que têm algum “desgaste mental”. Já para descrever o “louco”, Lavínia constrói uma sequência de frases que representa uma concepção de “loucura” que foi construída durante séculos e que nos dias atuais ainda se faz presente: “O louco é aquele que atira pedra e não sabe o que tá fazendo”, é aquele “que perde totalmente o juízo”, “faz coisas que um bom não faz”. “A pessoa sem juízo é capaz de qualquer coisa”, “pode me vir dele... a agressão”.

A entrevistada fala sobre a questão da agressividade como algo que gera o medo de se aproximar do “louco”. Para ela, quando os “loucos” estão agressivos só quem deve se aproximar deles são pessoas que estejam “preparadas para isso”, referindo-se tacitamente aos profissionais da área de saúde mental. Em nenhum momento do seu discurso, a comunidade é vista como um dos atores que compõe o processo de reinserção das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade. Assim sendo, fica explícito que Lavínia cria uma barreira a partir da questão da agressividade para justificar a sua não aproximação aos usuários do CAPS: “Eu não vou me aproximar de uma pessoa com... tipo assim, loucura”. “As pessoas que se tratam

aí (no CAPS), às vezes podem até é... ter uma pequena comparação com o louco”. “Ele é capaz de tudo que a gente não pode fazer”.

Paola afirma que os usuários podem “agredir”, que podem até matar e não serem presos por serem pessoas doentes. Por tudo isso, o usuário, segundo ela, “causa medo”. Logo em seguida, ameniza a ênfase na periculosidade do usuário ao afirmar: “Agora a gente tem mais medo é de bandido mesmo”. Depois desse recuo, volta a afirmar a periculosidade dos usuários narrando uma suposta cena que teria sido presenciada por ela em que uma “pessoa especial se soltou”, “saiu de lá muito agressiva” e lhe “causou medo”. Essa pequena narrativa no conjunto da argumentação realiza aquilo que Potter (1998) denomina de orientação epistemológica do discurso. Ou seja, ela tem a função de convencer que aquilo que é afirmado (a periculosidade do usuário do CAPS) é factual, verossímil. Afinal, aquilo que ela conta foi presenciado por ela própria e não ouvido de terceiros.

Ao final de sua fala, Paola apresenta uma sequência de proposições que demonstra, de maneira impressionante, como a sua compreensão sobre a forma como devemos lidar com as pessoas em sofrimento psíquico difere radicalmente daquela defendida nos documentos e textos que orientam a chamada reforma psiquiátrica. A sequência é a seguinte: “Aí (no CAPS), assim, a área de segurança deixa a desejar. Que eles sempre soltam. Sempre tão por aqui, na rua, solto”. Essas frases não dizem claramente que os usuários devem ficar separados do resto da comunidade (como no modelo manicomial), mas isso está pressuposto; ou seja, não dizem diretamente que a política do CAPS é manter os usuários enclausurados, mas isso está subentendido na medida em que interpreta a saída dos usuários para a rua como uma falha na segurança e não como um evento que faz parte da política da instituição e da rotina dessas pessoas.

Além da agressividade, Paola menciona uma outra suposta característica dos usuários, o viver num “mundo irreal”, que foi mencionada por outros participantes da pesquisa e que analisaremos no tópico seguinte.

Em nossa amostra, menos de um terço dos entrevistados construiu uma imagem dos usuários do CAPS relacionada à questão da periculosidade e da agressividade. É uma representação minoritária na amostra, mas está presente.

Numa pesquisa realizada por Fernandes (2007), essa representação está totalmente ausente. O objetivo dessa pesquisa foi investigar as estratégias antimanicomiais voltadas à comunidade e à própria capacidade reflexiva da comunidade acerca de seu processo de

socialização, supostamente ativada através da convivência com as pessoas com transtorno mental. Para tal, foi realizado um estudo de caso de uma Residência Terapêutica do município de Souza/SP que é ligada a uma Instituição de Saúde Mental Antimanicomial (Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira), em que foram entrevistados a coordenadora do Serviço de Residências Terapêuticas e entes da comunidade que receberam antigos internos de manicômios em sua vizinhança.

Entre os resultados encontrados nesse estudo, o que mais chamou a atenção foi que para os entrevistados, nos dias atuais, os usuários dos serviços de saúde mental não parecem ser mais aqueles que colocam o outro em perigo. Para Fernandes (2007, p. 52), “parece que a associação entre o louco e o perigo está, realmente, se desfazendo e talvez, nesse sentido, poder-se-ia supor que a convivência com a loucura promove certa desmistificação dessa relação”. Além disso, ela conclui a partir desse trabalho que “a criação de espaços que promovam a capacidade crítica do sujeito, parece ser estratégia facilitadora (senão, essencial) no desenvolvimento dos pressupostos de desinstitucionalização e ressocialização” (FERNANDES, 2007, p. 62).

## 4.2 Alienação, dependência e puerilidade

Muito recorrente nas entrevistas analisadas neste trabalho é a representação dos usuários como pessoas totalmente dependentes das outras pessoas, irremediavelmente condenadas à heteronomia, pueris, incapazes de qualquer ato minimamente racional e alienadas. Vejamos alguns exemplos:

É... Deficiência psicológica, tem... é... como é? Essas pessoas drogadas, né? É... pra mim é essas pessoas assim que têm esses problemas psicológicos.

**Entrevistadora:** E o que é deficiência psicológica?

São pessoas que vivem muito bem. Que eu acho até engraçado, que eles andam... não olham nem pro lado pra saber se a pessoa tá lá, eles passam... uma vez mesmo passou um aqui correndo... eu tava com uma amiga minha, ela ficou até com medo, ele saiu correndo e fazia “eu vou correr e ninguém vai me pegar” e foi embora. [...] Eles vivem no mundo deles, eles não sabem nem o que eles pensam, porque... (Pausa) pra mim eles sempre... é isso, de não saber o que eles tão pensando, eles vivem no mundo deles. Às vezes ficam alienados do que tá acontecendo, vivem no mundo deles. (Zélia, 19 anos, há 9 anos reside no Bairro Janga na cidade de Paulista, nas proximidades do CAPS III).

[...] os necessitados... precisam de ajuda. Pessoas que tivessem, a mente assim... deixe eu lhe dizer, pessoas que tivessem doença mental.

**Entrevistadora:** E o que é doença mental pra senhora?

Doença mental é assim, são pessoas que têm problemas e atinge a mente. São pessoas que vão sempre depender de alguém na vida, porque nem sempre eles vão conseguir realizar o que quer. [...] Eu acho que é até uma forma de curar melhor a mente, né? Assim, tendo convivência com as pessoas saudáveis. Eu acho que eles se acham assim... como é que eu digo? Uma pessoa, doente mental, eu acho que ela se acha pra baixo, num é isso? E convivendo com as pessoas, de uma mente saudável, aonde pudesse ajudar de várias formas de ajudar, né? Eu acho que seria bem melhor pra eles. (Viviane, 52 anos, há 30 anos reside no Bairro Boa Vista II na cidade de Caruaru, nas proximidades do CAPS III).

Pessoas com problemas mentais.

**Entrevistadora:** E o que é problema mental?

Olhe, pelo que eu conheço, essa menina, essa senhora que eu conheço, ela tem problema assim, que ela... problema familiar, ela tem problema familiar, aí, quando... ela ficou com a mente, é... cansada, eu acho, né? E assim, ela não é dona da, de si própria. Ela precisa ser conduzida pra outras pessoas, né? [...] Parece que são crianças... como crianças, totalmente dependentes. Eles não têm autonomia. Eu nunca vi ninguém agressivo, eu nunca vi ninguém assim... gritando, que o pessoal fala assim, que grita, num sei se lá... não... eu vejo gente aqui como criança, passando a ser confundida pelas outras pessoas, como criança. (Sueli, 54 anos, há 40 anos reside no Bairro Barro na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

[...] pessoas que têm problemas mentais.

**Entrevistadora:** E o que é problema mental?

É... distúrbio. Num... num... é... (Pausa). Pessoas que precisam de ajuda, né? Pra... pra se entender melhor. Pra... é... fazer tratamento mesmo com medicamentos. Pessoas que não têm noção do que é certo e do que é errado. Eu acho que é mais ou menos isso. (Sônia, 32 anos, há 32 anos reside no Bairro Ipsep na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Zélia nomeia as pessoas que frequentam o CAPS como sendo pessoas com “deficiência psicológica” e “drogadas”. Os usuários são retratados em seu relato como a personificação da alienação total. Só levando em conta essa imagem construída é que podemos compreender a frase aparentemente enigmática, mas que se revela plena de desprezo, que abre sua descrição: “são pessoas que vivem muito bem”. Afinal, quem vive totalmente alienado, não tem consciência da dura realidade da vida.

Na sua descrição, afirma que as pessoas em sofrimento psíquico são “alienadas”, por viverem “no mundo delas”, por não prestarem atenção às coisas e às situações ao seu redor. Isso fica explícito na seguinte construção discursiva de Zélia: “eles andam... não olham nem pro lado, pra saber se a pessoa tá lá”; “eles vivem no mundo deles, eles não sabem nem o que eles pensam”; “às vezes ficam alienados do que tá acontecendo, vivem no mundo deles”. Essa imagem, obviamente, não é nova. Desde o final do século XVII para o XVIII as pessoas

acometidas pela “loucura” ganharam o status de “alienados mentais”. Desde então, essas pessoas passaram a ser descritas como pessoas privadas “das suas faculdades da razão”, “um indivíduo que não pode ser responsabilizado por seus atos dado sua incapacidade de julgamento sobre si mesmo e sobre as coisas do mundo de uma forma geral” (TAVARES; HASHIMOTO, 2008, p. 04).

Em seu discurso Viviane se refere às pessoas com transtorno mental como pessoas “necessitadas” que “precisam de ajuda”. Para ela, essas pessoas possuem uma “doença mental”. Ao iniciar sua descrição sobre essas pessoas, a entrevistada relata que as mesmas “têm problemas” que “atinge a mente” e que essas pessoas “vão sempre depender de alguém na vida”, pois devido a “doença mental” elas não são “capazes” de “realizar o que querem” sem o auxílio de outras pessoas. Nesse relato, a questão da dependência aparece de forma explícita.

Viviane expressa, ainda em sua fala, que o convívio “com pessoas sadias”, que no caso seria a população que não tem “doença mental”, pode proporcionar “uma forma de curar melhor a mente” dessas pessoas que frequentam os CAPS, pois são pessoas que se acham pra “baixo”. Assim, o convívio social poderá proporcionar melhorias para eles.

De acordo com Brasil (2004), o convívio social é uma ferramenta de grande importância para o processo de reinserção das pessoas em sofrimento psíquico na comunidade. Assim, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, os CAPS devem estar circunscritos no espaço de convívio social das pessoas que os frequentam. Além disso, ele “deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade” (p. 78). Dessa forma, o discurso de Viviane, mesmo sugerindo que as pessoas com transtorno mental estão fadadas à “dependência”, apresenta um posicionamento que apoia o convívio social das pessoas em sofrimento psíquico ao afirmar que isso é “uma forma de curar melhor a mente” dos usuários dos serviços de saúde mental.

Em sua fala, Sueli afirma que as pessoas que frequentam o CAPS têm "problemas mentais" e utiliza o exemplo de uma pessoa conhecida para explicar o porquê essas pessoas ficam assim. Segundo a entrevistada, a pessoa que ela conhece ficou com a "mente" "cansada" em decorrência de algum "problema familiar" e devido ao "problema mental" essas pessoas não são donas de "si próprias" e, por isso, necessitam ser "conduzidas por outras pessoas".

Embora faça questão de destacar que nunca viu “ninguém agressivo” no CAPS, no decorrer da sua construção discursiva Sueli compara as pessoas com transtorno mental a crianças, suas ações são relacionadas à puerilidade. Para ela, as pessoas em sofrimento psíquico são "totalmente dependentes", pois são pessoas que precisam de uma atenção redobrada e que precisam ser acompanhadas, pessoas sem “autonomia”, que precisam de auxílio para realizar suas atividades e circular na sociedade.

Sônia, por sua vez, inicia seu discurso categorizando os usuários dos CAPS como “pessoas que têm problemas mentais”, e, logo em seguida, utiliza outra categoria, pessoas com “distúrbio”. Para a entrevistada, as pessoas que têm “problemas mentais” são pessoas que “não têm noção do que é certo e do que é errado”, ou seja, são incapazes de julgar com um mínimo de bom senso, e que, por isso, essas pessoas “precisam de ajuda”.

Os discursos elaborados por Sueli e Sônia, assim como os dos tópicos anteriormente apresentados, mostram que os entusiastas da reforma psiquiátrica (na academia, no governo, nos serviços substitutivos, etc.) não podem subestimar o abismo radical que separa suas convicções das convicções de setores da população no que diz respeito ao modo como a sociedade deve lidar com as pessoas em sofrimento psíquico.

Segundo Brasil (2006), dentre os valores que regem o processo da reforma psiquiátrica destacam-se, justamente, a questão da autonomia; o protagonismo dos sujeitos envolvidos; e a participação coletiva da família e da população. A autonomia é um dos princípios que norteiam a questão da reinserção na sociedade das pessoas em sofrimento psíquico. A partir dos discursos apresentados, fica explícito que a questão da autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental não é tomada como algo essencial para o processo de ressocialização dessas pessoas. As imagens construídas relacionadas à elas se contrapõem a esses valores, pois para os entrevistados, as pessoas com transtorno mental são pessoas incapazes e dependentes.

Lopes, Deusdado e Lage (2012) elaboraram um estudo sobre a construção da autonomia das pessoas com transtorno mental através de uma pesquisa qualitativa realizada no CAPS de Cupira em Pernambuco com os usuários e profissionais desse serviço substitutivo. Esse trabalho teve como objetivo principal “conhecer as práticas educativas que contribuem para a construção da autonomia das pessoas que são atendidas por organizações que trabalham com indivíduos com transtorno mental” (p. 3514).

Entre os resultados encontrados a partir dos dados coletados, os autores supracitados reconheceram que o principal elemento da autonomia é a liberdade. É esse elemento que possibilita as pessoas lutarem por cidadania. No final da pesquisa, Lopes, Deusdado e Lage (2012), concluíram que a cidadania e a autonomia são processos em constante construção na perspectiva da reforma psiquiátrica, e que os CAPS possuem como principal meta o resgate da autonomia através do tratamento psicossocial da reinserção dos usuários na sociedade, respeitando as especificidades e as singularidades de cada sujeito.

As falas de nossos entrevistados sugerem que os CAPS, em torno dos quais eles residem, são espaços de pouca visibilidade social. Eles parecem não entender que essas instituições trabalham com o princípio de que as pessoas em sofrimento psíquico se tornam mais autônomas quando a sociedade dá liberdade para elas. Isso evidencia a necessidade de ações que levem até a população informações sobre esses novos serviços de saúde mental.

### 4.3 Inconveniência, bizarrice, transgressividade e devassidão

Mencionar ou destacar comportamentos inconvenientes, bizarros, transgressivos, devassos é uma outra maneira, de descrever os usuários dos CAPS, identificada nas entrevistas dos participantes desta pesquisa.

A minha mãe é uma frequentadora do CAPS. Ela tem esquizofrenia. Ela é doente. Eu descreveria como pacientes, que o que eles são, né? Acho que frequentam, acho que são pacientes. [...] Eu acho isso que elas têm, um transtorno mental, elas têm. Por isso elas estão sendo atendida lá. Minha mãe é um deles. A mais de trinta anos que ela tem... problemas mentais.

**Entrevistadora:** E o que seria problemas mentais pra você?

Eu acho que foge um pouco a regra da sociedade. Eles ficam inconvenientes. No caso da minha mãe e de alguns outros pacientes eles ficam... Deturpam tudo assim e... Vê coisas ou imagina coisas que a gente não vê. Sei lá. Faz essas coisas, ficam... minha mãe chamava muita pornografia. Ficam altamente pornográficos. Eu já vi alguns lá também assim. Acho que é isso. Eles têm uma sexualidade aflorada. Foge um pouco a regra da sociedade. Não respeitam ninguém. Num tem hierarquia pra eles. Não existe. Acho que é um dos sintomas da esquizofrenia deve ser esse. Eu acho que é. Eles não entendem muito o que é realidade. Não aceitam a realidade deles. Num sei por quê? Mas, minha mãe é assim. (Iris, 42anos, há 42 anos reside no Bairro Barro na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Deficiência mental. Assim, as pessoas que têm dificuldade, assim... de se locomover, de falar, de conviver em sociedade.

**Entrevistadora:** De conviver em sociedade?

Isso.[...] Fora do normal. Assim!

**Entrevistadora:** O que é ser fora do normal?

Fora do normal... pra mim fora do normal é assim, num se adaptar como a gente. Uns com os outros, né? A forma do convívio em sociedade. Eles passam por cima das regras sociais, transgridem. A forma de conversar, de agir é diferente, né? (Edson, 22 anos, há 4 anos reside no Bairro Boa Vista II na cidade de Caruaru, nas proximidades do CAPS III).

Doente mental, né? Que tem o doido e tem o doente... eles são diferentes, às vezes são engraçados, estranhos, bizarros. (Risos) O doido é o que não sabe de nada. E o doente tem alguns distúrbios [...] Aí não é só pra doido não. (Risos) Isso aí é pras pessoas que têm problema na mente. Pessoas que têm... que são viciadas nas drogas. (Alice, 36 anos, há 3 anos reside no Bairro Janga na cidade de Paulista, nas proximidades do CAPS III).

Pessoal com... com deficiência, né? [...] pessoas que não têm condições, né? E agora eles fogem muito. (risos) [...] Foge muito. Sai pelas ruas aí pra... pra querer ir pra praia, fazer cocô no meio da rua. (risos) Eles fogem muito. Era pra ter mais atenção, eu acho. [...] Porque qualquer coisa eles querem liberdade. (Ticiano, 62 anos, há 8 anos reside no Bairro Janga na cidade de Paulista, nas proximidades do CAPS III).

O relato de Iris destaca grande parte das características mencionadas acima. Apresentando-se como filha de uma usuária do CAPS, relata convívio diário com uma pessoa que tem "esquizofrenia", "doente", portanto (usa ainda as categorias "pacientes", pessoas com "problemas mentais", pessoas com "transtorno mental"). Em sua descrição, afirma que eles fogem "um pouco a regra da sociedade", que são pessoas "inconvenientes", que "deturpam tudo" ao seu redor, que "não respeitam ninguém", "pornográficas". Em seu relato, os usuários são a própria personificação da irreverência e de desrespeito às regras.

Em estudo realizado com enfermeiros, Miranda e Furegato (2006, p. 560) concluíram que a sexualidade, das pessoas com transtorno mental, sofre "a ação do estigma por ser classificada como um desvio comportamental e, conseqüentemente, o preconceito confirma esse atributo, fundamentado nos valores socialmente aceitos". Assim, o discurso de Iris apresenta um tom preconceituoso, ao relatar que as pessoas que frequentam o CAPS fogem "um pouco a regra da sociedade", justamente por não apresentarem um valor socialmente aceito, que, neste caso, seria não expor os desejos sexuais de forma explícita através de atos e palavras "pornográficas".

O termo "deficiência" remete-nos a algo que falta, que falha, que gera dificuldades e essa é a distinção que Edson tenta fazer, em seu discurso, entre as pessoas com transtorno mental e os ditos "normais", "como a gente". Para ele, as pessoas com "deficiência mental" são pessoas "fora do normal" e que devido a isso, elas não se adaptam ao "convívio

em sociedade”. Além disso, os usuários do CAPS são vistos como pessoas que “transgridem” “as regras sociais”, pois a sua forma de “agir” diante da sociedade é “diferente” das pessoas “normais”.

Alice também tenta fazer uma diferenciação entre o “doido” e o “doente”. Para ela, o doente é aquele que tem “distúrbios” e o “doido” é aquele que “não sabe de nada”, que está à mercê das coisas do mundo e que, por isso, eles são pessoas “engraçadas”, “estranhas”, “bizarras”. A entrevistada, ao construir seu discurso, o profere diante de risos, como se o que estivesse falando fosse algo “engraçado”.

O escatológico, o bizarro, o repulsivo, o inconveniente sempre foram associados aos internos dos manicômios do Ocidente. De acordo com Tavares e Hashimoto (2008), em toda sua história a “loucura” foi sendo identificada a partir de certos “rótulos”. A partir do momento que um hospital específico é criado para atender as pessoas com transtorno mental, começa a se delinear um “espaço de controle dos alienados”. As pessoas, internadas nesse lugar, são colocadas lá por “estarem fora do padrão da sociedade”, por apresentarem comportamentos “repulsivos” e “agressivos”. Passam a ser descritas como estranhas e inconvenientes. A partir de então, conviver com essas pessoas seria o “fim do mundo”, isto é, algo “escatológico”.

No relato de Ticiania, a representação do escatológico (agora no sentido específico de excrementício, nauseabundo, nojento) aparece na descrição da ação de “fazer cocô no meio da rua”, supostamente típica dos usuários dos CAPS. Implicitamente, a entrevistada defende, como muitos outros dos nossos entrevistados, o isolamento social, a exclusão da vida social, ao afirmar que “eles fogem muito”, que se deveria ter “mais atenção” com suas saídas e que não devem ter direito a “liberdade” de sair do serviço substitutivo e circular pela comunidade.

Ticiania reside próximo ao CAPS III da cidade de Paulista. Esse serviço fica localizado em frente à praia e algumas atividades realizadas por ele com os usuários, são feitas nesse espaço da praia. Através da sua construção discursiva, Ticiania deixa subentendido que não concorda que as pessoas com transtorno mental circulem nesse espaço, para ela, eles deveriam ficar “presos” dentro do CAPS, pois quando saem, parecem que estão fugindo para um ambiente que eles não deveriam frequentar por não terem “o juízo perfeito”.

#### 4.4 Descontrole, agitação e impulsividade

Os discursos a seguir mobilizam adjetivos conhecidos, “descontroladas”, “agitadas” e “impulsivas”, recorrentemente usados para nomear as pessoas em sofrimento psíquico em nosso contexto social:

Quem precisa de ajuda com psicólogo, né? Acompanhamento. As pessoas que precisam, né? Têm problemas de nervo. Num sei se aí cuida de, de... também com drogas, né? Têm com drogas também? Pra pessoa se livrar do vício? [...]. Pessoas assim, com problemas de nervo. [...] Problema de nervo... de nervo são pessoas agitadas, pessoas conturbadas, num é? Pessoas que, às vezes ficam fora de si mesmo, né? E, é... assim, que tem comportamentos, é... mudanças de comportamentos. Tanto faz tá num comportamento, como num outro, né? Então acho que é isso. (Joyce, 36 anos, há 30 anos reside no Bairro Barro na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Drogados, quem tem algum problema psicológico, né? Que o que eu conheço é isso. Se tiver mais algum tipo... to por fora.

**Entrevistadora:** E o que é problema psicológico pra você?

Transtorno mental é quando uma pessoa por algum motivo perde o controle de suas ações. Não consegue controlar, seja ela, é... Uma maneira, um distúrbio, é a perda de controle do sistema, né? Nervoso. [...] São pessoas assim, em situações muito delicadas... [...] São pessoas que chegam realmente precisando de muita ajuda, de muita ajuda mesmo. É muito difícil. (Catarina, 38 anos, há 38 anos reside no Bairro Ipsep na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

[...] gente doido, né? E viciados.

**Entrevistadora:** O que é doido pra senhora?

Doido... não. Num é doido. Doido, é a palavra. É a pessoa descontrolada, impulsiva, certo? A pessoa nervosa, isso não quer dizer que é doido, né? A gente diz uma palavra “doido” porque desde pequenininho a gente conhece como doido, né? Porque realmente doido eu acho que tem até gente que é bom por aí, que é doido. São pessoas sem controle emocional. [...] **Muita gente descontrolada, tem pessoas muito jovem, que eu acho um absurdo assim jovem nessa situação, na situação que eu vejo aí, muito jovem** (ênfase), quase poucos idosos, mais jovem, e olha que aí é só psiquiátrico só, não é de viciados não. (Adelina, 44 anos, há 5 anos reside no Bairro Janga na cidade de Paulista, nas proximidades do CAPS III).

Problema mental (risos). Viciado em Crack, em maconha, em cocaína... gente que tem problema psicológico, sofreu algum acidente, bateu a cabeça, é... deficiência motora. Alguns num têm... autismo, esses negócio aí... mais ou menos isso. [...] chegam no CAPS algum mais agitado. A gente só escuta os gritos, né? Que chegou uma vez, chegou um amarrado, né? Na camisa de força. Mas é tranquilo. Tem gente que fala que é escandaloso. O povo

também exagera demais. (Haroldo, 18 anos, há 7 anos reside no Bairro Timbó na cidade de Abreu e Lima, nas proximidades do CAPS III).

Joyce inicia sua construção discursiva relatando que as pessoas que frequentam o CAPS precisam de “ajuda com psicólogo”, de “acompanhamento” por terem “problemas de nervo”. Em seguida, ela questiona se o CAPS que fica localizado próximo a sua casa oferece tratamento para os usuários de “drogas” se livrarem “do vício”. Na sequência, a entrevistada começa a descrever as pessoas com “problemas de nervo”. Para ela, são pessoas que “às vezes ficam fora de si mesmo” e têm “mudanças de comportamento” por serem pessoas “agitadas” e “conturbadas”.

O termo pessoas que têm “problemas de nervo”, foi recorrente nos discursos apresentados acima. Villares, Redko e Mari (1999), realizaram uma pesquisa sobre as concepções de doença para os familiares de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Para os autores, o termo “nervoso” ou “nervo” pode remeter, na perspectiva popular, ao sintoma ou à consequência de uma determinada doença, ou resposta a um evento traumático, como pode ser também a denominação de uma doença propriamente dita, com etiologia e tratamento específicos. Ao caracterizar a doença como “problemas dos nervos”, “da mente”, ou termos afins, os entrevistados evitam o uso de terminologias que podem ser estigmatizantes, assim podendo possibilitar que o problema seja minimizado, afinal, certo grau de nervosismo pode atingir qualquer pessoa da população.

O discurso de Catariana, por sua vez, relaciona as pessoas que frequentam o CAPS ao: “transtorno mental”; “distúrbio”; “perda de controle do sistema” “nervoso”; pessoas que precisam “de muita ajuda”. Para ela, essas pessoas estão em uma situação muito delicada, e precisando de ajuda devido à perda de controle do “sistema” “nervoso”. Dessa forma, a questão do descontrole é algo que fica explícito nesse discurso, pois a entrevistada posiciona a pessoa com “transtorno mental” como um ser frágil, delicado, dependente e que, por isso, “precisa de ajuda”, por não ter domínio sobre suas ações e atos.

Adelina inicia sua construção discursiva, relatando que as pessoas que frequentam o CAPS são “viciados” e “doidos”. Ao ser indagada pela entrevistadora sobre o significado do termo “doido”, a entrevistada recua em relação aos termos que usara anteriormente na seguinte sequência argumentativa: “Doido... não. Num é doido. Doido, é a palavra. É a pessoa descontrolada, impulsiva, certo? A pessoa nervosa, isso não quer dizer que é doido, né?”. Para

ela, a palavra “doido” foi aprendida na infância, mas que na verdade são pessoas “sem controle emocional”, “descontroladas”, “impulsivas”,

Haroldo também reitera a representação dos usuários como pessoas descontroladas. Para ele, alguns chegam ao CAPS agitados, outros amarrados, outros em “camisa de força” e por morar bem próximo ao serviço substitutivo, daria até para escutar os gritos deles, mas segundo o entrevistado, esse fato não incomodaria. Além disso, Haroldo relata que algumas pessoas acham que os usuários do CAPS são pessoas escandalosas e que para ele esse julgamento seria exagerado.

A partir da sua experiência de estágio no CAPS do município de São Francisco do Itabapoana/RJ, Castro (2012) elaborou um trabalho que teve como objetivo destacar como usuários do CAPS representam o transtorno mental e identificar qual concepção de Saúde Mental embasa a prática da equipe técnica. Participaram desse estudo os usuários do CAPS e os técnicos do serviço substitutivo onde ocorreu a prática de estágio do autor. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa, utilizando as técnicas de grupo focal e entrevista semiestruturada.

Corroborando com os dados encontrados nessa pesquisa relativos às questões da impulsividade e do descontrole, Castro (2012) afirma que a “loucura” ainda é associada a essas características psicológicas. Os próprios usuários do CAPS se definem como pessoas impulsivas e que, em alguns momentos, em detrimento ao uso dos medicamentos, se descontrolam. Os técnicos do serviço relatam em seus discursos que algumas pessoas em sofrimento mental, além de impulsivas e descontroladas, muitas vezes, são agressivas e não querem participar das atividades do CAPS. A partir do estudo realizado, o autor conclui que, apesar das mudanças geradas no campo da saúde mental com o advento da reforma psiquiátrica, os velhos conceitos e estigmas associados às pessoas com transtorno mental ainda se faz presentes nos dias atuais, mesmo no interior dos serviços substitutivos.



## Capítulo V:

# *Os discursos da população sobre o tratamento nos serviços de saúde mental*

*“A história da psiquiatria levou à construção de uma representação da loucura, cujo tratamento deve se dar em um ambiente de isolamento, longe do convívio social, devido à periculosidade e incapacidade para a vida coletiva. Assim, o tratamento em liberdade confronta a representação que se construiu ao longo dos últimos séculos a respeito da loucura e da forma como seu tratamento deve se dar.”*

(PACHECO, 2009, p. 169).

Os tratamentos oferecidos às pessoas com transtorno mental durante séculos estiveram associados a formas de cuidado que segregavam, excluía, torturavam e enclausuram essas pessoas em lugares isolados do convívio social. Muitas delas foram submetidas aos tratamentos de choque, às doses exageradas de remédios, à camisa de força, dentre outros. Assim, tanto no Brasil, como em outros países, o que todas as instituições psiquiátricas tinham em comum era a maneira de tratar os pacientes.

Na segunda metade do século XX, há um redirecionamento do olhar com relação à saúde mental, que passa a despertar interesse e receber contribuições das áreas biológicas, humanas e sociais. Nesse processo, surgiram as Comunidades Terapêuticas que objetivavam a comunicação entre os usuários, levando-os a conversar uns com os outros, com a finalidade de fazê-lo interagir e socializar-se com os demais, estimulando assim sua ‘melhora’, e garantindo-lhe um tratamento mais humanizado (AMARANTE, 2007).

No mundo inteiro as pessoas em sofrimento psíquico, passam a ser vistas como portadoras de outras necessidades que ultrapassam o domínio da medicina; inicia-se uma revolução no tratamento da “loucura”; é o começo da reforma psiquiátrica. Dessa forma, no Brasil, as transformações no modelo assistencial em saúde mental são contemporâneas às discussões suscitadas pela reforma sanitária, nos anos 70; que propunha a transformação na saúde pública nacional (ROSA, 2003).

As reflexões provocadas pelas discussões, sobre a saúde, no país provocaram críticas à institucionalização e às terapêuticas aplicadas aos pacientes psiquiátricos, possibilitando a emergência de novas práticas e estabelecimentos de novas relações com estes usuários (AMARANTE, 2007). Além de ampliar as discussões sobre Saúde mental no país, a proposta da reforma psiquiátrica, tenta construir novas formas de tratar as pessoas com transtorno mental; promovendo a desinstitucionalização e a implantação de novos serviços substitutivos com práticas diferenciadas que visam a inserção do usuário na comunidade e prega a permanência do vínculo familiar (DIMENSTEIN, 2004).

Assim, neste capítulo, iremos nos deter nas construções discursivas dos participantes desta pesquisa, sobre as formas de cuidar das pessoas com transtorno mental nos serviços substitutivos, procurando identificar se os entrevistados apoiam ou não o tratamento implantado após a reforma psiquiátrica.

## 5.1 Um tratamento que oferece liberdade, autonomia

Através de questionamentos sobre: “como é o tratamento oferecido no CAPS?” e “como as pessoas que frequentam os CAPS eram tratadas antes desse serviço?”, obtivemos uma grande diversidade de discursos sobre o tratamento oferecido às pessoas com transtorno mental.

Nas falas a seguir, por exemplo, o tratamento oferecido, atualmente, nos CAPS para as pessoas com transtorno mental é descrito como um tratamento que proporciona liberdade e autonomia.

[...] o tratamento é como é... acompanhado pelos médicos, tá entendendo? Dão o medicamento todos os dias na hora certa, e não pode parar de tomar o medicamento, porque dizem que essa doença não tem cura, né? (Silêncio)  
 [...] É porque o problema é que a turma quer toda sair. Eles não querem ficar no hospital fechado, eles querem sair, tá entendendo? Ai ficam mais agitados. Porque aqui no CAPS eles têm a liberdade de sair, entrar. E lá no hospital eles não têm a liberdade, como têm aqui no CAPS, tá entendendo?

**Entrevistadora:** Então aqui no CAPS eles têm mais liberdade do que no hospital?

Têm, porque aqui eles podem sair pra casa, voltam no outro dia, vem só, vai só... acham bom, tá entendendo? (Pausa) E lá no hospital fechado minha filha, o negócio é difícil. [...] O tratamento, né? Uns dando no outro, brigas. Porque são muitas pessoas. Já pensou um hospital fechado com 200 pessoas, 300 pessoas? Todo mundo com problema mental. (Fernando, 50 anos, há 50 anos reside no Bairro Ipsep na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

[...] dá medicamento às pessoas, tem gente que fica internado aí. É bom, né? Nesse tratamento eles têm liberdade. Passa um tempinho internado, depois sai, vão pra casa. [...]. Aí... faz no... é... faz as pessoas se sentir bem, ficar melhor, num é? Se fosse um negócio ruim que a pessoa entrasse e saísse pior, aí todo mundo não queria ir, né? Porque aí é cheio. Tem gente que só. Tem gente que só. E as pessoas não são obrigadas a ficar aí como era no hospital, aí eles têm liberdade. (Karine, 26 anos, há 6 meses reside no Bairro Timbó na cidade de Abreu e Lima, nas proximidades do CAPS III).

É assim, pelo que eu vejo, eles são bem tratados. Pelo menos aqui a gente observa que eles são bem tratados assim. Tem dia que tem as brincadeiras. E eles gostam. Tem dia que num é nem pra eles vir, e as vezes ficam aí. São barrados porque não é o dia e eles vêm. Então é porque eles gostam, né? A gente vê porque se sentem bem aí. [...] um tratamento bom... Assim, que auxilia eles, a recuperação. Muitos deles vão aí. É... em crise, e sai bem. Então é um tratamento bom. [...] o tratamento no hospital não era legal. Ficavam presos, ficavam isolados, eram privados da liberdade, e aí não. [...] Eles ficavam amarrados no hospital. E sai pior do que entrou, né? Às vezes sai agressivo, sai revoltado. Numa situação. E com CAPS não. Eu acho que... Eles saem até dispostos a ajudar outras pessoas que vêm aí. Até pela

amizade que cria com os outros, criam laços sociais com eles e continuam vindo. Se fosse um lugar ruim eles num vinham. Hoje eles têm autonomia, eles vêm só de ônibus pra qui, ficavam brincando, jogando. Passam a tarde aí, se divertindo. Acho que agora que melhorou bastante, né? Tem até confraternizações nas datas comemorativas. [...] Melhorou muito, com certeza. (Natalia, 29 anos, há 29 anos reside no Bairro Boa Vista II na cidade de Caruaru, nas proximidades do CAPS III).

**Entrevistadora:** E como é o tratamento lá no CAPS?

Ela (mãe da entrevistada) tem uns dias na semana. Não sei se é um ou dois dias que ela faz, tipo exercício físico. No caso de lá é música. Aí eles dançam. Tem aqueles trabalhos manuais que, como é que o nome? Terapia ocupacional. Eles fazem terapia ocupacional. [...] Toma medicação lá e traz pra casa pra tomar em casa. É isso que eles fazem lá. Comem, porque ela almoça lá. Agora só duas vezes na semana. E interage com os outros pacientes. [...] Termina interagindo e tendo mais liberdade. O tratamento de hoje libertou minha mãe daquele lugar, hoje ela é respeitada, ela tem autonomia. [...] Aí tem uma assistente social, tem psiquiatra, tem o que eles chamam de TR que é uma técnica de referência. Que ela deve ter alguma formação superior. Num sei se ela tem. Mas acredito que tenha. O da minha mãe dá uma assistência assim... ela vê o que é que ela tem, como é que ela tá reagindo ao tratamento. Se ela tá com algum sintoma de impregnação. Esse tipo de coisa. [...] Eu achava inadequado quando mainha ficava tomando choque há muitos anos atrás. Mas agora só o remédio consegue segurar um pouco ela a ser menos pornográfica. Ela conseguir dormir. Que ela é muito agitada. Ela é elétrica. Ela continua com a mesma mal criação, vamos dizer assim, mas melhorou. Melhorou porque se não ela não consegue viver em sociedade não. [...] Eu avalio que seja bom o tratamento no CAPS. [...] Eu, eu frequentei pouco esses, como é que eles chamam mesmo? Hospitais psiquiátricos que tinha outro nomezinho até, feio. Eu frequentei pouco, mas eu já cheguei e ela ficou toda roxa, ela tomou choque. Ela apanhou, porque ela é muito agressiva, e outras pacientes talvez tenham agredido ela. Ela foi bem maltratada nesses hospitais. E agora ela tá bem melhor, se libertou daquele lugar. [...] Eles respeitam assim... acho que ela é bem respeitada, pelo menos na integridade física dela, ela é bem respeitada aí no CAPS (Iris, 42 anos, há 42 anos reside no Bairro Barro na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Os discursos apresentados, acima, trazem elementos que abarcam alguns dos princípios que norteiam as novas práticas de tratamento estabelecidas através das perspectivas traçadas com a reforma psiquiátrica, como por exemplo: a autonomia dos usuários desses serviços.

Na fala de Fernando, destaca-se que uma das principais características do tratamento no CAPS é a liberdade, o direito de ir e vir, o resgate do convívio social dos usuários do serviço de saúde mental. Para falar sobre isso, o entrevistado faz uma comparação entre a forma de cuidar no hospital e no serviço substitutivo: “... lá no hospital eles não têm a liberdade, como tem aqui no CAPS...”. Fernando em seu discurso se posiciona como alguém

que apoia as práticas reformistas ao afirmar que o tratamento realizado no CAPS está conseguindo proporcionar aos seus usuários autonomia, que antes os tratamentos que vigoravam não permitiam que os mesmos se expressassem e realizassem atividades, como ir para casa e voltar para o tratamento sozinho. Hoje, os serviços oferecidos abrem espaço para que as pessoas em sofrimento psíquico não fiquem mais isoladas da sociedade.

Outro discurso que apoia o modo como o tratamento vem sendo conduzido nos serviços que foram criados com a reforma psiquiátrica é o de Karine. Ao falar sobre o tratamento no CAPS, expressa que esse serviço deve oferecer um “bom tratamento”, pois as pessoas o procuram bastante e, dessa forma, ele está sempre lotado, “cheio”. Nele o tratamento é realizado através da medicação e internação. Os usuários que necessitam ficar internados, “passa um tempinho internado, depois sai, vão pra casa”. Para a entrevistada, essa forma de cuidar proporciona liberdade as pessoas com transtorno mental e “faz as pessoas se sentir bem, ficar melhor”.

Natalia, em seu discurso, apoia as práticas de tratamento que são utilizadas nos CAPS, para ela, “Muitos deles vão aí. É... em crise, e sai bem”, a forma de tratar “melhorou bastante”, “melhorou muito, com certeza”. Nesse serviço, as pessoas que frequentam são “bem tratadas”, realizam “brincadeiras” e são construídos laços sociais através da convivência que se estabelece. A entrevista narra que antigamente, nos hospitais, as pessoas ficavam “amarradas”, “presas”, “isoladas” e com isso “ficavam privadas da liberdade”.

No CAPS isso não ocorre, “hoje eles têm autonomia”, alguns usuários vêm sozinho de ônibus, e passam a tarde “brincando, jogando”, “se divertindo”. Natalia enfatiza à importância do trabalho lúdico realizado pelos técnicos dos serviços substitutivos, afirmando que os profissionais brincam com os usuários, realizam confraternizações, dentre outras atividades.

Para falar do tratamento no CAPS, Iris relata a experiência que passa e passou junto com sua mãe, que já recebeu tratamentos no hospital psiquiátrico e hoje é uma das usuárias do serviço substitutivo. A entrevistada relata que o tratamento atual libertou sua mãe do enclausuramento e dos maus tratos no qual ela viveu ao frequentar instituições psiquiátricas, “E agora ela tá bem melhor, se libertou daquele lugar”. Iris constrói uma sequência discursiva para enfatizar como sua mãe foi muito “maltratada nesses hospitais”: “eu já cheguei e ela ficou toda roxa, ela tomou choque. Ela apanhou, porque ela é muito agressiva, e outras pacientes talvez tenham agredido ela”.

Ao falar da forma de cuidar no CAPS, Iris aponta que esse serviço oferece “atividade física”, “terapia ocupacional”, “os medicamentos” e um acompanhamento individual que é realizado pelos técnicos de referência – TR: “O da minha mãe dá uma assistência assim... ela vê o que é que ela tem, como é que ela tá reagindo ao tratamento. Se ela tá com algum sintoma de impregnação”. Trata-se de um discurso de apoio explícito ao tratamento oferecido nos serviços substitutivos no momento que ela expressa que atualmente sua mãe é respeitada, não sofre agressões, consegue “interagir” com as pessoas ao seu redor, passou a ter mais “liberdade” e “autonomia”.

Em 2004, o Ministério da Saúde, elaborou um manual sobre os CAPS, nele consta que o técnico de referência deve ser responsável pelo projeto terapêutico individual, o monitoramento do usuário, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto. Os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o CAPS, durante a permanência no serviço, “podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, ao seu território reconstruído e re-significado” (BRASIL, 2004, p. 27).

A produção discursiva de Iris se aproxima de uma concepção de tratamento mais humanitária, que, segundo Reis et. al. (2004), contempla a autonomia, a subjetividade e o vínculo, isto é, categorias próprias do sujeito. E na fala da entrevistada, ela se refere ao CAPS, como um lugar no qual há diálogo, um espaço que mantém a liberdade de ir e vir, e um local que proporciona o convívio social.

De acordo com Pacheco (2009, p. 175-176), o tratamento nos CAPS permite às pessoas com transtorno mental vivenciar uma considerável melhora de qualidade de vida, na medida em que seu tratamento se dará de forma singular e em liberdade. “Permite, ainda, que as pessoas convivam com seus familiares e vizinhos e que possam (re)construir suas redes sociais, integrando sua comunidade de forma ativa”. Assim, a liberdade sendo um dos elementos ativo no tratamento, possibilitará que essas “pessoas voltem a vislumbrar a realização de sonhos e projetos pessoais, tornando realidade tudo o que antes era passado e da ordem do impossível dentro de um manicômio”.

## **5.2 Um tratamento humanizado**

Os discursos a seguir representam o tipo de tratamento dos CAPS como um uma decorrência do processo de mudanças na área da saúde mental, associando-o à proposta da

reforma psiquiátrica, e, conseqüentemente, a um processo de humanização, isto é, construindo sentidos para o CAPS como dispositivo de um modelo mais humanizado, que se contrapõe ao modelo anterior, baseado no confinamento dos pacientes em instituições psiquiátricas.

Bom, pelo que a gente vê, eles, eles são carinhosos. Cuidadosos também. [...] Tem... é... todas as comemorações. Eles fazem as comemorações com eles. É... tem louvor. É... Pelo que a gente ouve daqueles, eles têm um tratamento bom, humanizado. [...] É... pelo pouco que eu vejo. Apesar que, apesar que o portão fica aberto e muitos deles foge. Só que eles, é, com atenção, cuidado eles pegam, leva pra dentro de novo, trata, trata bem. Eu acho que é um tratamento bom, pelo que eu vejo né? [...] Sem existir o centro... Eu acho que eles eram desprezados, num é? Tinha um certo desprezo. Essas pessoas que cuidam deles. Eles, é... da, dá atenção. Eu acho que sem essas pessoas eles, eles se sentem mais desprezados, mais é... como posso dizer? Afastado da sociedade, né? Num se enturmam. (Dalva, 23 anos, há 4 anos reside no Bairro Boa Vista II na cidade de Caruaru, nas proximidades do CAPS III).

[...] às vezes tem até o médico que eu acho tão... nunca vi um médico tão paciente na minha vida, um jovem tão humano! (ênfase). Às vezes pega um doido, acho que ele tá internado, porque é 24 horas aí... aí sai correndo com o doido, aí segura na mão dele e vai até lá embaixo (aponta para praia) correndo, e volta correndo e volta correndo. Acho que pra não soltar ele num ir correndo, aí corre com você. [...] O tratamento é bom, né? Porque as pessoas pegam remédio aí, eu vejo muita gente, tenho o que falar deles não. Pelo menos tá tratando aí as pessoas, né? Que precisa, eu vejo que isso aí é muito útil isso aí, porque vem muita gente e entra, já vi. Eu nunca vi porta fechada pra nenhum. Assim geralmente podem ficar por aí desorientado, eles soltam às vezes eles aí... aí e fica aí a par, mas eu acho que são os mais calmos, mas de falar assim mesmo não. [...] chega comida, eu vejo que eles cantam, tá entendendo? Eles cantam muito, violão, todas as festas, tem uma festa de não sei o que, tem a festa de dias das mães, tem a festa de São João aí eles botam quadrilha, tem tudo aí. Assim eu acho bem divertido pra eles, semana passada tavam tudo cantando aí violão sempre tem esses trabalho com eles? [...] Mas diziam que no hospital era... tratava tudo mal, dava choque, deixava tudo nú, todo mundo sujo. Aí eu nunca vi isso não, de sujo, eles sujo por aí, não. Daqui de cima dá pra mim ver se eu botar uma escada dá pra mim ver aqui atrás é tudo limpinho, é tudo. (Adelina, 44 anos, há 5 anos reside no Bairro Janga na cidade de Paulista, nas proximidades do CAPS III).

Pelo o que eu ouvi falar, muito bom o tratamento, viu? Eles são muito bem tratados, até porque uma vez a gente até ficou rindo. Um médico de lá pegou um rapaz ele disse que tava fazendo, ele era esquizofrênico tinha que fazer exercício, então ele pegou e saiu correndo pela extensão da praia todinha. Foi lá, até o médico fez exercício, né? E a gente sentada ali rindo, né? Ai ele disse: “É tem que fazer exercício, né?” “É, vamos, não pode parar, não pode parar”. Os dois diziam correndo. Então eu acho que eles gostam do que fazem. Esse médico que numa hora assim, as pessoas que a gente viu lá, o senhor da portaria, o senhorzinho trata eles bem. Nunca vi nenhum pra sair

reclamando de lá não, viu? [...] eu vejo eles serem bem tratados quando eu passo que eu olho eles estão... tem sempre uma recreação, tem lá, né? Os recreadores de lá, né? Os enfermeiros brincando, conversando, tem aula, eles sentam na praia, tem aula desse cara cantando lá... eu gosto. Eu acho que o tratamento é bom pra eles, né? Que eles devem ter em grupos, né? [...] Nunca vi ninguém dizer que é maltratada lá por ninguém, nem os que passam a noite... só... é a minha amiga diz que escuta a moça gritar, uma que vai pra lá que é muito agitada. Ela grita, mas eles sempre com calma, não pode tá dando muito remédio, né? Então pedem desculpa a ela pelos gritos dela, mas não pode dar medicação. Não me incomoda nem os gritos não, porque eu sei que é doente. [...] Eu achei... em parte eu achei melhor os CAPS. Nas clínicas psiquiátricas o tratamento era com medicação fortíssima, né? Então tinha uns que nem andavam. Arrastavam por lá. Ficavam demente demais. [...] nos hospitais tinha uns que dava um dó, se arrastando por lá, né? Tinha diferença, né? Os homens e mulheres tinha hora que eles interagiam junto, mas com instrutores diferentes. Aí não, é tudo junto, tem a medicaçãozinha, nunca vi ninguém falando que não tinha medicação. Tinha uma que passa com a filha mesmo, “tudo bom, vou buscar o remédio dela”. Já passa falando, já conhece a vizinhança. (risos) (Julieta, 42 anos, há 9 anos reside no Bairro Janga na cidade de Paulista, nas proximidades do CAPS III).

**Entrevistadora:** E como é o tratamento oferecido aí no CAPS?

Assim, eu pelo menos, assim, tenho conhecimento porque a gente fica pertinho, né? É um tratamento humanizado. Mas nunca cheguei a visitar ninguém. Mas o que eu vejo assim de longe é que eles atende muito bem. Assim, eles têm carinho por eles, porque de vez em quando eles ficam aí na frente, aí chega aquelas pessoas, eu não sei se é enfermeiro, se é médico, mas trata ele muito bem. Tem muito carinho por eles. [...] O tratamento é bom, é humanizado. Eu tenho até admiração sabe, assim. Porque o vigilante trata eles muito bem. [...] Aquelas pessoas que trabalham, tratam eles muito bem: abraça, faz carinho, com eles tudinho. Em momento nenhum, eu via assim, eles tratarem mal. (Viviane, 52 anos, há 30 anos reside no Bairro Boa Vista II na cidade de Caruaru, nas proximidades do CAPS III).

Dalva, para falar sobre o tratamento no CAPS, se refere à forma como os profissionais agem em relação aos usuários do serviço. Para ela, as pessoas que trabalham no CAPS são “carinhosas”, “cuidadas”, “atenciosas” e tratam “bem” os que lá frequentam. Assim, segundo a entrevistada, esse tratamento é considerado “humanizado”, pois os profissionais parecem levar em consideração a singularidade de cada indivíduo. Dalva, para reafirmar esse tratamento que apoia, cita que quando os CAPS não existiam as pessoas com transtorno mental eram “desprezadas” e “afastadas da sociedade”, isto é, hoje essas pessoas têm acesso a um tratamento que objetiva reinseri-las na sociedade.

Adelina e Juliana recorrem a uma mesma situação para falarem sobre o tratamento no CAPS. Ambas relatam que no CAPS III da cidade de Paulista existe um psiquiatra que realiza seu atendimento fazendo exercício na praia com os pacientes. Para elas, essa iniciativa

reflete uma atitude “humana”, e essa forma de tratar coloca a pessoa com transtorno mental na comunidade e isso faz com que os vínculos entre eles e a população que mora próxima ao serviço comece a ser estabelecidos, pois ao realizar esse exercício e ver as pessoas na calçada de suas casas, os usuários do CAPS cumprimentaram os vizinhos.

As entrevistadas Adelina e Juliana citam que além de um tratamento mais humanizado, os serviços substitutivos são assistencialistas, pois “dão comida”, realizam “festas” em datas comemorativas e auxiliam no que for necessário. Elas falam, ainda sobre os maus tratos que as pessoas em sofrimento psíquico sofriam nos hospitais e se posicionam a favor do tratamento atual, ao ressaltar a importância da realização de grupos, dos atendimentos individuais, do vínculo criado com a vizinhança.

Viviane em seu discurso fala que conhece o tratamento oferecido pelo CAPS por morar próximo ao local. No entanto, ela deixa explícito que não tem contato com as pessoas que frequentam ou trabalham nesse serviço, através das seguintes afirmativas: “Mas nunca cheguei a visitar ninguém”, “eu vejo assim de longe”. A entrevistada, apesar de demonstrar que prefere manter um certo distanciamento do que ocorre no CAPS, constrói um discurso que apoia um dos princípios da reforma psiquiátrica que é a questão do tratamento humanizado. Viviane relata que o tratamento oferecido no serviço substitutivo “é bom, é humanizado”, pois os profissionais que trabalham nesse local tratam os usuários com atenção, “carinho” e respeito.

No ano de 2003, o Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma iniciativa inovadora, ao criar a Política Nacional de Humanização (PNH). O objetivo principal da PNH é a qualificação das práticas de gestão e de atenção em saúde. Essa tarefa é algo desafiador, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores, usuários, familiares e da comunidade (BRASIL, 2010).

Segundo Brasil (2006), dentre os valores que regem o processo de humanização nos serviços substitutivos destaca-se a autonomia; o protagonismo dos sujeitos envolvidos; e a participação coletiva de todos os atores envolvidos nesse processo. Podemos perceber, que vários termos usados pelos participantes acima para descrever o tratamento oferecido no CAPS parece ecoar o repertório da reforma psiquiátrica divulgado pelo governo e por outras organizações que militam pela desinstitucionalização.

### 5.3 Um tratamento assistencialista

Alguns discursos enfatizam o assistencialismo do serviço substitutivo e dos profissionais que lá atuam, (médicos, psicólogos, enfermeiros) descrevendo-os como aqueles que oferecem “apoio” e “assistência” aos usuários.

O CAPS tá ali pra dar assistência. Que a gente vê, nos domingos, que a gente não via nos domingos, esses cantos abertos e eles funcionam no domingo também. [...]. Muitas vezes, eu vejo eles buscando refúgios, né? Esperando no atendimento de lá dele, médico, psicólogo, alguma ajuda. [...] Eles tentam oferecer o que eles podem, o que tá na mão deles, o que tá no alcance deles, talvez não surta o efeito em 100% em relação ao que o familiar espere. Mas eles tentam oferecer o que tá no alcance. [...] Antigamente eles ficavam num canto só, e tido separado, preso. Hoje a gente vê o tratamento diferenciado, porque eles têm contato direto, todos os dias, com família e com assistência psicológica. E antes era no hospital, ficavam totalmente separados pra... não ajudava de nada. Eles viviam presos, como detentos, e hoje eles têm convívio social, eles veem, eles vivem no mundo deles, mas eles têm algum contato, condição de voltar à comunidade social, mesmo que não estejam no nivelamento social dos demais. Mas eles estão tentando ver se faz o caminho regresso, ir lá no hospital não era assim não. Eles ficavam detidos e lá, sentenciados. (Hélio, 44 anos, há 34 anos reside no Bairro Boa Vista II na cidade de Caruaru, nas proximidades do CAPS III).

O tratamento é bom. Assim, eu vejo, eu vejo, sempre eles trazendo alimentação, tem distribuição de remédio... eles dão toda a assistência [...] eu acho que esse local, eu acredito que, pra família, é de uma grande importância. [...] Assim uma nova maneira de tratar. Uma nova maneira de tratar? Bom, eu acho que tudo, tudo que vier, é bem vindo, assim... Tudo que for... Que vier pra contribuir, com as pessoas, interagir, com as pessoas, eu acho que é uma boa iniciativa. [...] eu acho que dentro do... da assistência que, acho que... o governo tá dando esse... a esse pessoal, tá muito bom. (Sueli, 54 anos, há 40 anos reside no Bairro Barro na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Creio que seja bom pelo jeito que eles são tratados creio que seja bom. Que pelo menos assim, eu não sei se eles tomam banho lá, mas sai tudo cheiroso de lá, que um passou perto de mim, que eu fiz: meu Deus, eu acho que eu não saio tão cheirosa assim. É, eles sempre têm esses passeio pra ver a... vista do mar, eles as vezes ficam arruadiados pela... aí fica arruadiado como se fosse um luau que eles fazem por lá, cantam músicas. Acho que deve ser bom o tratamento lá. Eles têm muita assistência dos profissionais. (Zélia, 19 anos, há 9 anos reside no Bairro Janga na cidade de Paulista, nas proximidades do CAPS III).

Sei que é muito bem. É muito bom. [...] tá ótimo, né? Vem pra comer, cuidar da higiene, tomar remédio, ficar bom. [...] Diz que tava com a cabeça doendo

quando entrou. Quando saiu, saiu muito, mais melhor. [...] E, no hospital tratava bem, né? Mas tanto como o CAPS não. Povo tem mais paciência, né? Eles têm mais paciência, cuida mais direito, dá toda assistência. (Suzana, 27 anos, há 27 anos reside no Bairro Timbó na cidade de Abreu e Lima, nas proximidades do CAPS III).

Sueli, em seu discurso, relata que o CAPS oferece uma “nova maneira de tratar” as pessoas com transtorno mental, “o tratamento é bom”. Para ela esse serviço e os profissionais que lá trabalham dão a assistência necessária no que diz respeito à medicação e à alimentação. Além disso, ela fala o quanto esses espaços também podem ser importantes para os familiares dos usuários, pois esse local proporcionaria espaços de convivência e “interação” para as pessoas que lá frequentam. A entrevistada demonstra apoiar a forma de cuidar vigente no CAPS ao afirmar que esse serviço é “uma boa iniciativa” que traz consigo novas formas de cuidar que reflete em uma melhoria no tratamento na área da saúde mental.

No início da sua construção discursiva, Hélio afirma que os CAPS foram implantados para “dar assistência” as pessoas em sofrimento psíquico. Em seu discurso ele faz uma comparação entre o tratamento oferecido nos dias atuais e o ofertado “antigamente” nos hospitais. Para o entrevistado, os usuários das instituições psiquiátricas não recebiam a assistência que é ofertada hoje. Nesses lugares “eles viviam presos, como detentos”, “eles ficavam detidos e lá, sentenciados”.

Hélio relata que atualmente os profissionais tentam oferecer o que “eles podem”, fazem o que estiver “no alcance deles” para prestarem a melhor forma de assistência possível. O entrevistado resalta a importância dos CAPS funcionarem 24 horas, pois esses espaços funcionam como um “refúgio” para as pessoas com transtorno mental, lá é oferecido um “tratamento diferenciado, porque eles têm contato direto, todos os dias, com família e com assistência psicológica”. Ele se posiciona como alguém que apoia a forma de tratamento que vem sendo implementada, tendo como base os princípios da reforma psiquiátrica.

O tratamento oferecido nos serviços de saúde mental, para Zélia, é caracterizado como algo que é “bom”, pois nesse espaço as pessoas que sofrem com o transtorno mental “têm muita assistência dos profissionais”. Eles proporcionam as pessoas que frequentam o CAPS atividades para o desenvolvimento da interação social, quando eles realizam passeios nas redondezas do serviço e atividades como uma roda de música, um “luau”. Além disso, a entrevistada destaca a questão da higienização dos usuários, fala que eles sempre estão “cheirosos” e chega até a comparar esse fato consigo: “eu acho que eu não saio tão cheirosa assim”.

Suzana, assim como Zélia, afirma que o CAPS oferece um “bom” tratamento. Ela ressalta que as pessoas vão ao serviço para “comer, cuidar da higiene, tomar remédio, ficar bom”. Explicita que com o tratamento oferecido nos dias de hoje, os usuários saem do serviço “melhor” do que quando chegaram e isso ocorre porque as pessoas que trabalham lá têm “paciência”, “cuida” “direito”, “dá toda assistência”. Suzana e Zélia se posicionam positivamente em relação ao tratamento ofertado no CAPS.

Os discursos citados enfatizam um caráter mais assistencialista e caritativo, em que as necessidades básicas, como “alimentação”, higienização e o cuidado por parte dos técnicos, são destacadas, de modo a qualificar o tratamento como “diferenciado”, “muito bom”, “ótimo”.

Pesquisas, em outros contextos, mostram discursos semelhantes. Machado (2009) realizou uma pesquisa que teve como objetivo principal identificar as representações de “doença mental” elaboradas por profissionais de saúde que atuam em uma unidade de saúde da família - USF. Esse estudo ocorreu na cidade de Boticatu – SP e 19 profissionais das mais variadas formações e atribuições foram entrevistados. A análise dos dados coletados evidenciou que as representações elaboradas acerca da doença mental estão ligadas ao paradigma biologicista, com reprodução de preconceitos. Por outro lado, foi destacado o acolhimento e o envolvimento dos profissionais como fator importante no processo da assistência às pessoas com transtorno mental. Esses trabalhadores da área de saúde são tidos como pessoas que “cuidam”, que “dão toda assistência”.

O autor supracitado, concluiu que se faz necessário uma desconstrução da atitude manicomial ainda intrinsecamente presente nos profissionais de saúde, no sentido da mudança paradigmática pautada pela reforma psiquiátrica e que, em municípios que historicamente possuem hospital psiquiátrico, há maior dificuldade de acontecer. Nesta perspectiva, a assistência em saúde mental passa também pela formação profissional, numa tentativa da transformação da imagem já concebida pela equipe de saúde, pois a ela cabe o cuidado à pessoa acometida pela “doença mental” residente em seu território.

#### **5.4 Vozes críticas**

Desde 2001, a implantação da Lei Federal 10.216 (Anexo A) impõe um novo ritmo para o processo da reforma psiquiátrica brasileira. A partir disso, a assistência no âmbito da saúde mental vem sendo redirecionada, privilegiando o tratamento em serviços de

base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (AMARANTE; TORRE, 2010). No entanto, críticas em diferentes setores da sociedade brasileira, fundamentadas em diferentes princípios ideológicos, têm se manifestado nos últimos anos, e estão presentes também nas intervenções dos participantes desta pesquisa.

[...] eu acho... eu acho que elas são medicadas aí no CAPS.[...] Assim... eu achava... eu acho que eles deveriam ficar internados no CAPS porque, eles... eles atendem de manhã ou a tarde e mandam o pessoal ir pra casa, mas tem aqueles que fogem... fogem borá dizer... a mãe, a irmã vem buscar aí eles correm mesmo. [...] Eu acho que se eles tivessem, ficassem aí, e só saíssem daí quando melhorassem, seria melhor feito, como antigamente. Porque esse... esse... esse, como é que se diz, esse acompanhamento que eles fazem só durante o dia pra mim não é um tratamento bom não. [...] Antigamente, acredito que deveria ser a base de remédios o tratamento, né? Comprimidos, essas coisas. [...] Não era com injeção, mas tinha tratamento de comprimido. Tinha também um negócio que papai dizia, eles tomavam um negócio de um choque na cabeça. Botavam um aparelho assim (coloca as mãos na cabeça) e tomava um choque. [...] mas tinha uns tratamentos antigamente que eu sabia que era assim. Hoje é mais com orientação assim de... de... conversa, né? Com conversa. Eu vejo eles saírem. Às vezes eu to no médico... Ai vejo eles irem pra reunião, faz ginástica. Aí é assim. Tem uma... uma área... o lado do lazer deles. Aí eles vão fazer exercícios, isso tudinho, mas eu fico com medo. Ai eu não fico olhando muito, entendeu? (Cecília, 57 anos, há 37 anos reside no Bairro Ipsep na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Eu acho que o tratamento aí é mais ou menos, isso parece um hospital. Não tem uma estrutura adequada pra eles não. [...] Aí eu vejo muita gente vindo pegar remédio, buscar essas coisas. E pelo que eu já observei assim... Devia ser um lugar melhor pra eles, entendeu? Oferecer um tratamento melhor [...] Eles são internados aí e não tem assistência, ficam esquecidos como se tivesse em um hospital. Eles mereciam um tratamento melhor e aí não tem. (Alice, 36 anos, há 3 anos reside no Bairro Janga na cidade de Paulista, nas proximidades do CAPS III).

Deixa a desejar o tratamento. Pra mim, é... primeiro lugar eles deveriam fazer duas vezes reciclagem, né? Vamos dizer, treinamento, né? E... assim, tratar melhor alguns, não são todos, tem alguns que tratam com indiferença e num sabe eles que, pra eles, eles têm tudo ali, né? A, tem medicamento, né? Então, pode até levar, né? Tem a facilidade, né? E assim, pra aqueles que, necessitam mesmo, muitas vezes eles vêm pra cá e num são bem recebidos não, são excluídas muitas vezes. Isso é verdade, o tratamento aí não é bom não. (Paola, 49 anos, há 49 anos reside no Bairro Ipsep na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

A intuição deles, a vontade deles, era desocupar um pouquinho os hospitais que tenha problema psiquiátrico, que não tem, no caso de..., tem gente assim que não precisa tá internado, tem gente que só precisa tomar remédio, ser acompanhado, então eles fizeram isso, né? [...] Então... então falta médico,

falta enfermeiro, falta um bocado de coisa pra abranger mais uma área maior, né? Aqui. [...] Eu costumo dizer que as vezes tem gente aí que entra de um jeito e sai de outro... e sai pior. [...] A proposta daí de tratamento é pra ser 24 horas, uma emergência, só que, faz de conta, faz de conta que eu sou paciente daí, fico me tratando aí. Se acontecer alguma coisa a noite comigo, qualquer coisa, problema, eu não posso ir praí. É errado. Se a pessoa tá sendo acompanhada aí, porque não pode ir praí? Porque não tem uma pessoa daí pra receber essas pessoas, pacientes daí mesmo. [...] De vez em quando foge um, já caiu gente lá de dentro, gente assim... já se enforcou aí... precisa melhorar e muito, o tratamento, muito mesmo. [...] Eu acho que o CAPS deveria ter uma área maior, tipo... ter uma área de lazer pro povo, pra não ficar... só tomando medicação e deitado numa cama, assim, entendeu? Procurar fazer alguma coisa pra eles: Pintura, essas coisas. [...] Eles fizeram... eles fizeram assim: as pessoas que tão, mais avançados, num caso mais grave, continua nos hospitais, que é o sistema fechado. E as pessoas que já queiram aceitar o tratamento, que se propõe a ir passar o dia e voltar pra casa, ficam aí. O tratamento, assim... o que eu entendi foi mais ou menos assim. Eles fizeram isso. Mas, justamente, se tivesse um pouco mais de estrutura dava certo. Mas assim desse jeito, restrito a pouca gente, é complicado (Raissa, 42 anos, há 23 anos reside no Bairro Ipsep na cidade do Recife, nas proximidades do CAPS III).

Apesar de fazer uma pequena distinção entre o tratamento oferecido nos serviços substitutivos e nos hospitais psiquiátricos, Cecília apresenta elementos que reforçam os antigos repertórios associados ao tratamento da pessoa com transtorno mental. Ela relata que o atendimento oferecido no CAPS não é “um tratamento bom”, devido à forma como ele é organizado, só funcionando, segundo a entrevistada, no período matutino e vespertino, deixando a desejar por não oferecer internamento.

Para ela, a melhor maneira de tratar essas pessoas seria internando. Através dessa sequência discursiva, Cecília endossa seu posicionamento diante da forma de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico: se eles “ficassem aí, e só saíssem daí quando melhorassem, seria melhor feito, como antigamente”. Além disso, ela expressa ter “medo” dos usuários do CAPS. Quando os encontra prefere não “olhar muito”, temendo que eles façam algo de ruim contra a sua pessoa. Dessa forma, ela deixa transparecer que, como diria Pereira (1983), os “loucos” eram considerados um “perigo solto”.

Alice, por outro lado, critica o CAPS de uma perspectiva ideológica totalmente diferente. Compara o tratamento no CAPS com o dos hospitais psiquiátricos. Implicitamente, acusa o CAPS de reproduzir o modelo que queria substituir. Para ela a forma de cuidar das pessoas com transtorno mental no serviço substitutivo não é boa, é um tratamento “mais ou menos”, por não oferecer uma estrutura adequada e pelos usuários ficarem internados como nos hospitais.

No mesmo sentido, o discurso de Paola aponta para falta de preparo dos profissionais para gerir e receber as pessoas em sofrimento psíquico que chegam aos serviços substitutivos. Para ela, as pessoas que trabalham nesses locais necessitam de uma “reciclagem”, um “treinamento” para assim prestarem seus serviços da melhor forma possível, levando em consideração as necessidades e as singularidades dessas pessoas. Segundo a entrevistada, hoje, ao chegar ao CAPS, as pessoas com transtorno mental não “são bem recebidas” e são tratadas com “indiferença” e isso passa a caracterizar, para ela, um tratamento que “não é bom”. Dessa forma, Paola se posiciona como alguém que não apoia o tratamento, por conta do seu caráter excludente.

Raissa também constrói um discurso marcado pelo posicionamento crítico em relação aos serviços, afirma tacitamente que esses estariam reproduzindo as antigas práticas asilares. Mas não se trata de um ataque ao modelo asilar. Em alguns momentos reconhece a necessidade do modelo asilar para determinados pacientes. Inicialmente, a entrevistada fala que os CAPS foram criados para “desocupar um pouquinho” os hospitais psiquiátricos. Dessa forma, para ela, os CAPS foram criados para atender as pessoas que não necessitam ficar internadas, que só “precisa tomar remédio” e ser acompanhada. Raissa aponta que faltam profissionais para atender a demanda de um serviço que funciona por 24 horas, pois se um paciente que é acompanhado naquele serviço precisa de atendimento de urgência, ele chegará ao serviço, mas não será atendido, “porque não tem uma pessoa daí pra receber essas pessoas, pacientes daí mesmo”.

Além disso, afirma que “tem gente aí que entra de um jeito e sai de outro... e sai pior”. Inclusive, a entrevistada conta que já teve usuário do CAPS que chegou a cometer suicídio dentro da instituição, ele “se enforcou”. Com isso, ela conclui que o tratamento “precisa melhorar e muito, o tratamento, muito mesmo” e sugere que esses serviços deveriam ter uma área de lazer, proporcionar atividades, como, por exemplo, “pintura”, com isso, o usuário não ficaria “só tomando medicação e deitado numa cama”, como ocorre nas instituições psiquiátricas.

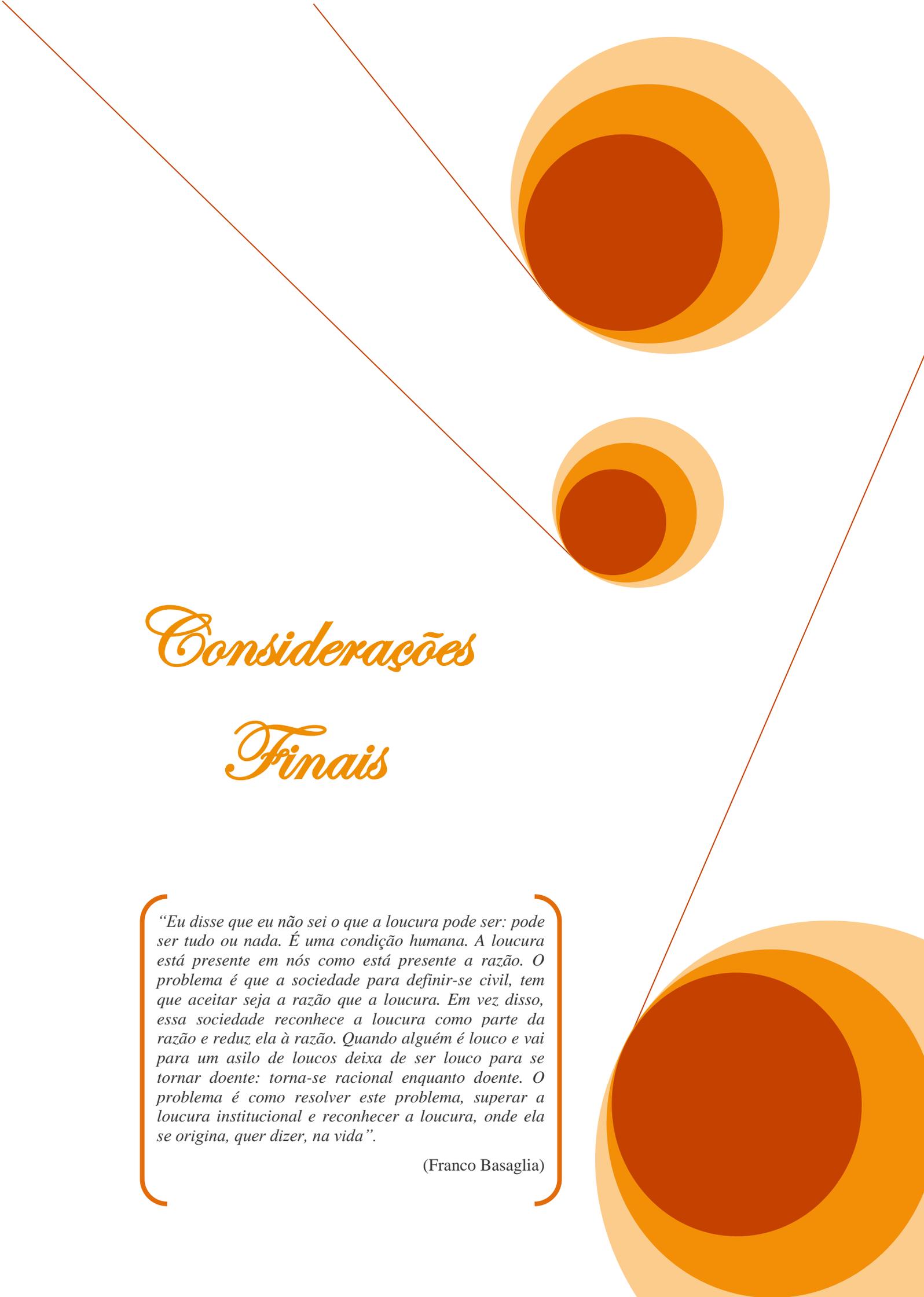
Amarante (2003, p. 62) ressalta que dentre os problemas da atual política nacional de saúde mental, está a “capsização do modelo assistencial”, pois o que é um processo social complexo passa a ser reduzido à mera desospitalização, que, embora relevante, não basta para a transposição do modelo psiquiátrico. No discurso de Alice, parece que o CAPS funciona como um mero espaço que representa um local para atender as pessoas que se encontram em uma situação “menos grave”, nessa perspectiva segundo a entrevistada “as pessoas que tão,

mais avançados, num caso mais grave, continua nos hospitais, que é o sistema fechado. E as pessoas que já queiram aceitar o tratamento, que se propõe a ir passar o dia e voltar pra casa, ficam aí”. Partindo dessa sequência discursiva, a entrevistada associa o CAPS apenas a questão da desospitalização.

Os discursos apresentados indicam que, apesar da crescente visibilidade da proposta preconizada pela reforma psiquiátrica, com a desinstitucionalização e a humanização na rede de saúde mental, as metáforas e os termos utilizados para nomear e descrever os hospitais psiquiátricos continuam sendo usados, mas, agora, para falar dos CAPS, que aparecem como instituições que substituem os hospitais simplesmente porque alguns foram fechados. Poucas diferenças entre as duas instituições é citada e o CAPS é percebido com as mesmas funções do hospital psiquiátrico.

Esses discursos citados estão em consonância com os dados encontrados no estudo realizado pelo grupo de pesquisa “Saúde, Identidades e práticas discursivas”, do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), coordenado pela professora Thelma Veloso sobre “as formas de lidar com a loucura em discursos da população”, no qual a autora dessa dissertação participou como membro ativo da pesquisa. Segundo Nóbrega et al. (2010), o objetivo geral da pesquisa foi analisar os discursos da população de Campina Grande/PB sobre as formas de tratamento da loucura utilizadas antes e depois da reforma psiquiátrica.

Foi realizado um estudo qualitativo, recorrendo à metodologia da História Oral. As entrevistas foram realizadas com 51 pessoas que residem próximo aos CAPS III, CAPSII, CAPSi e residências terapêuticas da cidade Campina Grande - PB. Entre os resultados encontrados, deparamo-nos com discursos que, em geral, reproduzem sentidos vinculados às antigas práticas asilares, que sugerem que há uma falta de divulgação e de “conscientização” acerca dessa nova forma de cuidar da “loucura” e que, por isso, muitas vezes faz com que a população compare os serviços substitutivos com os hospitais psiquiátricos (NÓBREGA et al., 2010).

The page features a decorative design with several overlapping circles in shades of orange and brown. Two thin orange lines cross the page diagonally. The text is centered and presented in a cursive font.

# Considerações

## Finais

*“Eu disse que eu não sei o que a loucura pode ser: pode ser tudo ou nada. É uma condição humana. A loucura está presente em nós como está presente a razão. O problema é que a sociedade para definir-se civil, tem que aceitar seja a razão que a loucura. Em vez disso, essa sociedade reconhece a loucura como parte da razão e reduz ela à razão. Quando alguém é louco e vai para um asilo de loucos deixa de ser louco para se tornar doente: torna-se racional enquanto doente. O problema é como resolver este problema, superar a loucura institucional e reconhecer a loucura, onde ela se origina, quer dizer, na vida”.*

(Franco Basaglia)

No Brasil, a atual política de saúde mental foi iniciada na década de 1980 e é fruto da mobilização de trabalhadores da saúde, usuários de serviços psiquiátricos, familiares e da sociedade civil que tinham como objetivo lutar por melhorias na assistência oferecida as pessoas com transtorno mental nos manicômios. Assim, esse movimento foi estimulado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar. Ele tomou como base as experiências exitosas de países da Europa “na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial”. Desse modo, nas últimas décadas, esse processo de mudança é expresso, essencialmente, pelo Movimento Social da Luta Antimanicomial e por um “projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a reforma psiquiátrica” (BRASIL, 2013b, p.21).

Apesar de recente e ainda limitada, hoje, o nosso país possui uma política pública para a saúde mental que, evidencia alguns progressos políticos e assistenciais conquistados na área. Com a reforma psiquiátrica, novos espaços foram criados para atender e acolher as pessoas em sofrimento psíquico, e oferecer suporte para seus familiares; profissionais estão sendo capacitados para atuar de forma mais humanizada nos serviços substitutivos instituídos; e a comunidade está sendo convidada, de forma sutil ainda, para participar desse processo de reinserção das pessoas com transtorno mental na sociedade (PACHECO, 2009).

Ainda de acordo com Pacheco (2009, p. 169), atualmente, a comunidade, é “o locus onde as experiências de tratamento aberto acontecerão”. Para a autora supracitada, a sociedade deve ser, necessariamente, ouvida e informada a respeito das novas formas sociais de tratamento da loucura, que prezam pela liberdade e cidadania das pessoas com transtorno mental. Ouvir essas pessoas, torna-se importante, pois elas fornecerão informações sobre como a população está representando e se posicionando diante das transformações geradas a partir da reforma psiquiátrica.

Diante disso, a pesquisa que resultou nesta dissertação teve como objetivo principal analisar as produções discursivas da população que reside nas proximidades dos CAPS III do Estado de Pernambuco sobre o transtorno mental e suas novas formas de tratamento instituídas a partir da reforma psiquiátrica.

Os participantes da pesquisa, no decorrer dos seus discursos, mobilizaram uma impressionante variedade de termos e expressões para nomear e descrever as pessoas com transtorno mental: “pessoas com deficiência”; pessoas com “doença psíquica”; “problema psíquico”; pessoas que usam “drogas”; pessoas com “problema mental”; “crianças”; pessoas

com “distúrbio”; “necessitados”; pessoas que “precisam de ajuda”; pessoas com “doença mental”; pessoas com “transtorno mental”; pessoas “inconvenientes”; “pessoas que não entendem o que é realidade”; pessoas que “têm problemas de nervo”; pessoas “agressivas” e que causam “medo”, dentre outras.

Em nossa amostra, menos de um terço dos entrevistados construiu uma imagem dos usuários do CAPS relacionada à questão da periculosidade e da agressividade. É uma representação minoritária na amostra, mas está presente, e indica que com, a reforma psiquiátrica, algumas nomeações a qual as pessoas usavam para se referir as pessoas em sofrimento psíquico estão sendo ressignificadas.

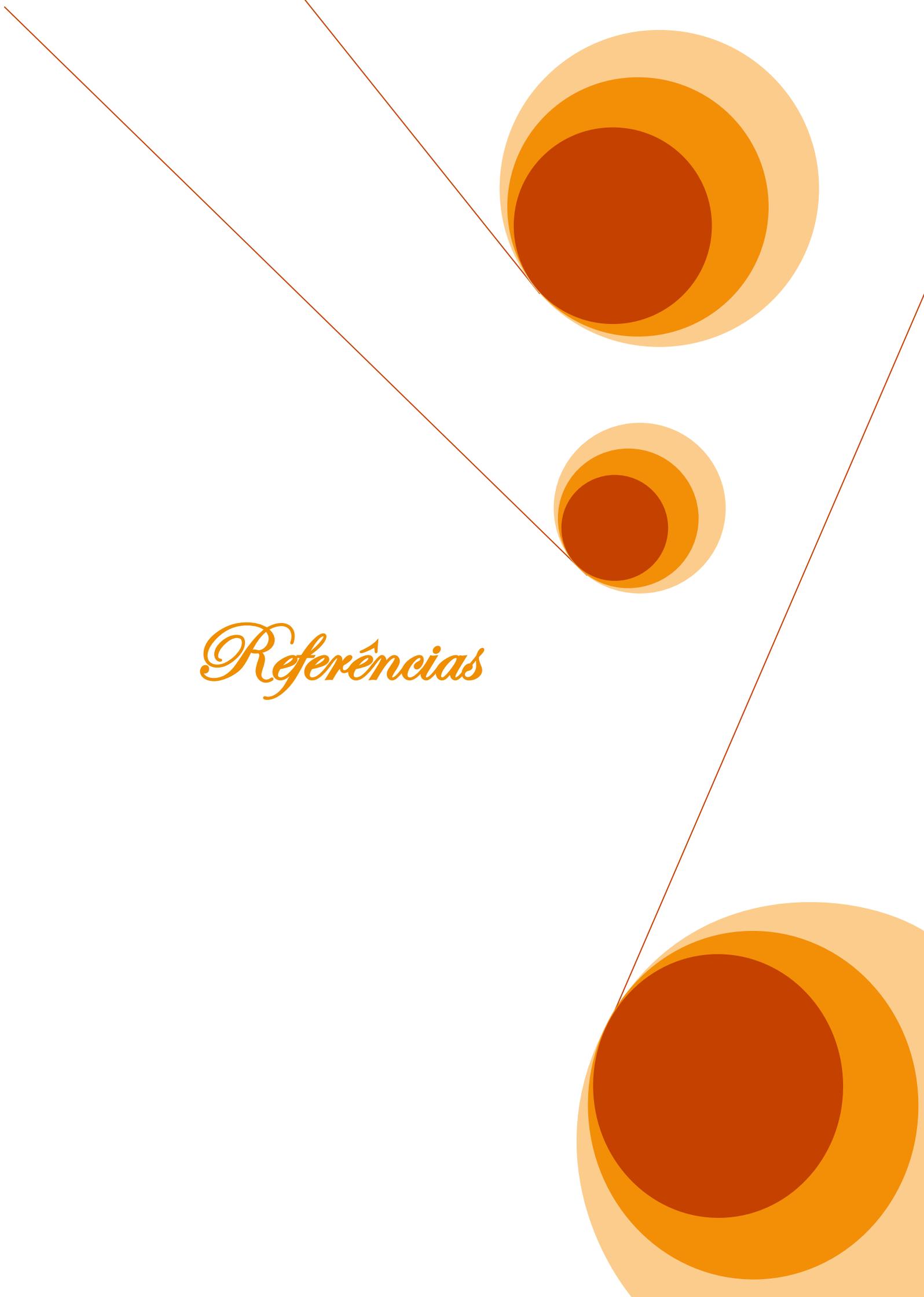
Muito recorrente nas entrevistas analisadas neste trabalho foi a representação dos usuários como pessoas totalmente dependentes das outras pessoas, irremediavelmente condenadas à heteronomia; pueris, “parecem crianças”; incapazes de qualquer ato minimamente racional; alienadas, pois são pessoas que estão a par do que ocorre ao seu redor e na sociedade; descontroladas; agitadas; e impulsivas. Mencionar ou destacar comportamentos inconvenientes, bizarros, transgressivos, devassos, foi outra maneira, construída pelos participantes desta pesquisa para descrever os usuários dos CAPS.

Em relação aos discursos que foram construídos sobre o tratamento oferecido, em geral, os entrevistados apontam que houve alguma melhoria na forma de tratar o sofrimento psíquico. O tratamento oferecido, atualmente, nos CAPS para as pessoas com transtorno mental foi descrito, por parte dos entrevistados, como um tratamento que proporciona liberdade; autonomia; que é humanizado; e assistencialista. No entanto, há vozes críticas, algumas das quais falam em favor do velho modelo manicomial, e outras, criticam os atuais serviços substitutivos pelo fato destes supostamente ainda serem muito semelhantes aos manicômios.

As falas dos entrevistados sugerem que os CAPS, em torno dos quais eles residem, são espaços de pouca visibilidade social e que não tem um contato, uma relação direta com a comunidade. Sendo assim, a população parece não compreender que essas instituições trabalham com o princípio de que as pessoas em sofrimento psíquico se tornam mais autônomas quando a sociedade dá liberdade para elas. Isso evidencia a necessidade de ações que levem até a população informações sobre esses novos serviços de saúde mental.

O advento da reforma e os novos dispositivos utilizados pelos usuários, não foram ainda capazes de provocar mudanças significativas na relação entre as pessoas com transtorno

mental e a sociedade. Com isso, persiste, ainda, um estigma sobre essas pessoas, e esse fato dificulta a socialização destes sujeitos que, por sua vez, acabam tendo a sua autonomia ameaçada por não conseguirem, muitas vezes, exercer sua cidadania. Os discursos estereotipados, sobre os usuários, encontrados em nossa pesquisa representam uma ameaça concreta à socialização e à plena cidadania dessas pessoas.

The page features a decorative design with three sets of concentric circles in shades of orange and brown, arranged vertically. Two thin, dark orange lines cross the page diagonally, one from the top-left to the bottom-right, and another from the top-right to the bottom-left, intersecting near the center. The word "Referências" is written in a cursive, golden-brown font in the middle of the page.

# *Referências*

ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A. A Psicologia social atual. In: \_\_\_\_\_. **Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. p. 315-368.

ALBUQUERQUE, C. M. C. **Loucos nas ruas**: um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na Cidade do Recife. Recife, 2009. 136f. Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/pospsicologia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=313&Itemid=244](http://www.ufpe.br/pospsicologia/index.php?option=com_content&view=article&id=313&Itemid=244)>. Acesso em: 18 de agosto de 2012.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.2, n. 1, p. 61-77, 1995.

AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In:\_\_\_\_\_ (org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p.45-66.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. 30 anos da reforma psiquiátrica brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: Análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010. p. 113-136.

AUGOUSTINOS, M.; TILEAGA, C. Twenty five years of discursive psychology. **The British Journal of Social Psychology**, v. 51, n. 3, p. 405–412, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8309.2012.02096.x/abstract>>. Acesso em: 18 de setembro de 2013.

BARBOSA, V. et al. **Saúde Mental na Paraíba**: um levantamento dos dados nas secretarias municipais de saúde. Secretaria de Saúde. Campina Grande: FAPESQPB, 2004.

BARBOSA, V.; SOUSA, P. K.; DIMENSTEIN, M. Trabalhadores de saúde mental frente ao fechamento de um hospital psiquiátrico. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia**. Natal: EDUFRN, 2009. p. 315-334.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BDTD. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **Sobre a BDTD**. Disponível em: <<http://www.ibict.br/informacao-para-ciencia-tecnologia-e-inovacao%20biblioteca-digital-Brasileira-de-teses-e-dissertacoes-bdtd>>. Acesso em: 14 de novembro de 2013.

BILLIG, M. Prejudice, categorization, and particularization: from a perceptual to a rhetorical approach. **European Journal of Social Psychology**, v.15, n. 1, p. 79-103, 1985. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejsp.2420150107/references>>. Acesso em: 14 de agosto de 2012.

\_\_\_\_\_. **Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology.** Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

\_\_\_\_\_. **Ideology and opinions.** London: Sage Publications, 1991.

\_\_\_\_\_. **Argumentando e pensando: Uma abordagem retórica à psicologia social.** Tradução de Vera Lúcia Mello Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

\_\_\_\_\_. Undisciplined beginnings, academic success, and discursive psychology. **The British Journal of Social Psychology**, v. 51, n. 3, p. 413–424, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8309.2011.02086.x/abstract>>. Acesso em: 18 de setembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996.** Brasília, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2010/18\\_jun\\_res196.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/18_jun_res196.htm)>. Acesso em 18 de agosto de 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental nos SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizasus>>. Acesso em: 02 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos Humaniza SUS.** v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 23 de novembro de 2013.

\_\_\_\_\_. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII, n. 10, março de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em: 12 de agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. **Plataforma Brasil.** Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>>. Acesso em: 13 de maio de 2013a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica** - Saúde mental, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p.

BRITO, H.B.; CATRIB, A.M.F. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. **Estudos em Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 285-296, 2004.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Institucional: Missão e objetivos**. 2013. Disponível em: <[https://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com\\_pinstitutional&mn=69](https://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pinstitutional&mn=69)> Acesso em: 12 de novembro de 2013.

CASADO, R. **3 de novembro**: inauguração do CAPS Tereza Noronha em Pernambuco. 2009. Disponível em: <<http://rogeliocasado.blogspot.com.br/2009/10/3-de-novembro-inauguracao-do-caps.html>>. Acesso em: 12 de agosto de 2012.

CASTRO, T. F. T. Vozes da loucura: representação de loucura no norte fluminense. In: **Cuba Salud 2012** - Convención Internacional de Salud Publica, 1. 2012, Cuba. Resumos... Cuba: Convención de Salud 2012, 2012.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. O. Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e de seus familiares. **Psicologia Ciência & Profissão**, v. 28, n. 2, 2008, p. 316-329.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial por uma IV conferência antimanicomial: contribuições dos usuários. Brasília: CEP, 2010. 48 f.

COSTA, M. C. **Relações raciais e ações afirmativas em textos jornalísticos da cidade de Recife**. Recife. 2010. 130 folhas. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia. 2010.

DIAMANTINO, R. M. **“Internar ou cuidar”**: investigando as dinâmicas familiares no contexto da reforma psiquiátrica em Salvador. Salvador: UFBA, 2010. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 245 f.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. cienc. prof.**, v. 24, n. 4, p.112-117, 2004.

\_\_\_\_\_. Apresentação. **Vivência**, Natal, v.1, n. 32, 2007, p. 25-31.

EDWARDS, D.; MERCER, N. **Common knowledge**. London: Methuen, 1987.

FIGUEIRÓ, R.; DIMENSTEIN, M.; OLIVEIRA, I. F. Reflexões sobre o manicômio: experiência de um Psicólogo. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia**. Natal: EDUFRN, 2009, p. 233-247.

FERNANDES, A. **Projeto antimanicomial**: um ensaio sobre a saúde mental no cotidiano da vida. São Paulo, 2007. 97f. (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2007. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-12052009-091332/pt-br.php>>.  
Acesso em: 18 de maio de 2013.

FLEMING, M. **Ideologia e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 8. ed., Tradução de José Teixeira C. Netto. São Paulo: Perspectiva, 2007.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 22. ed., São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FREITAS, F.F. P. A história da Psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 75-91, 2004.

GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL. **Saúde Mental no Estado de Pernambuco**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-acoed/dasdasd/saude-mental/>>. Acesso em: 25 de março de 2013.

GERGEN, K. A Psicologia Social como História. **Psicologia & Sociedade** [Online], 2009. Originalmente publicado em 1973. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/viewarticle.php?id=30>>. Acesso em: 30 de setembro de 2011.

GILL, R. Análise de discurso. In: GASKELL, G. & BAUER, M. W. (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**: Um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 244-270.

GRUNPETER, P. V. **A participação dos portadores de transtornos mentais no movimento de luta antimanicomial em Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2008. Disponível em: <[http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/title/participa%C3%A7%C3%A3o-dos-portadores-transtornos-mentais-movimento-luta-antimanicomial-pernambuco/id/35215505.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/participa%C3%A7%C3%A3o-dos-portadores-transtornos-mentais-movimento-luta-antimanicomial-pernambuco/id/35215505.html)>. Acesso em: 20 de agosto de 2012.

IBGE. Instituto de Geografia e Estatística. **Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes/Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011\\_1\\_21caps\\_uf\\_dez.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21caps_uf_dez.pdf)>. Acesso em: 17 de abril de 2012.

IÑIGUEZ, L. Os Fundamentos da Análise do Discurso. In: IÑIGUEZ, L (Org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 50-103.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis: Vozes, 2005.

JOVCHELOVITCH, S. Apresentação à edição brasileira. In: JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 7-9.

LANG, A. B. S. G.; CAMPOS, M. C. S. S.; DEMARTINI, Z. B. S. **História oral e pesquisa sociológica**: a experiência do CERU. São Paulo: Humanitas, 2001.

LOPES, L. D.; DEUSDADO, M. M. S.; LAGE, A. C. (2012). A reforma psiquiátrica na perspectiva da construção da autonomia dos portadores de transtornos mentais. In: **IX SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS “HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL”**, 9., 2012, João Pessoa. Anais... João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2012, p. 3514-3529.

LOUREIRO, L.; DIAS, C.; ARAGÃO, R. Crenças e Atitudes acerca das doenças e doentes mentais – Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. **Revista Referência**, v.2, n. 8, p. 33-44, 2008. Disponível em: <[http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id\\_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id\\_artigo=2118&id\\_rev=4&id\\_edicao=24](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2118&id_rev=4&id_edicao=24)>. Acesso em: 20 de novembro de 2013.

MACHADO, M. P. Representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na estratégia saúde da família. Ribeirão Preto, 2009. 123f. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MENEGHEL, S. N.; IÑIGUEZ, L. Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23. n. 8, p.1815-1824, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/08.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2013.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 30 de setembro de 2011.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F. Estigma e preconceito no cotidiano do enfermeiro psiquiátrico: a negação da sexualidade do doente mental. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 558-565, 2006.

NASCIMENTO, E. D. et al. **Reforma Psiquiátrica e Família: Representações sociais de familiares de usuários do CAPS**. In: VIII JORNADA INTERNACIONAL E VI CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 8., 2013, Recife. Resumos... Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

NASCIMENTO, E. D. ; SILVA, G. L. S. **O Tratamento Pós-reforma Psiquiátrica nos Discursos dos Usuários do CAPS**. In: 3º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL, 3., 2012, Fortaleza. Resumos... Fortaleza: Associação Brasileiro de Saúde Mental, 2012.

NASCIMENTO, E. D. et al. **As formas de Lidar com a loucura em discursos da população**. In: III CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/ XVII ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 3., 2011, Campina Grande. Resumos... Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2011.

NÓBREGA, P. N. et al. **As formas de Lidar com a loucura em discursos da população**. In: II CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/ XVII ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2., 2010, Campina Grande. Resumos... Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2010.

OLIVEIRA FILHO, P. A Psicologia Social Discursiva. In: CAMINO, L. et al. (orgs.). **Psicologia Social: teorias e temas**. 2. ed., revisada e ampliada. Brasília: Technopolitik, 2013. p. 467-511.

PARKER, I. **The crisis in modern social psychology, and how to end it**. Londres: Routledge, 1989.

PARKER, I. Discursive social psychology now. **The British Journal of Social Psychology**, v. 51, n. 3, p. 471-477, 2012. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8309.2011.02086.x/abstract>>. Acesso em: 18 de setembro de 2013.

PEREIRA, J. F. **O que é loucura**. 2. ed., São Paulo: Brasiliense, 1983.

PESSOA, L. P. et al. Circulação pela cidade: relato de uma experiência de acompanhamento de moradores de uma residência terapêutica. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do Conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia**. Natal: EDUFRN, 2009. p. 249-261.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

PREFEITURA DE ABREU E LIMA. **CAPS 24 horas de Abreu e Lima comemora seis anos de atividades**. Disponível em: <<http://abreuelimanoticias.wordpress.com/tag/caps/>>. Acesso em: 12 de agosto de 2012.

PACHECO, J. G. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

PINTO, R. B. et. al. **A proposta das residências terapêuticas na cidade de Campina Grande: Os sentidos atribuídos pela população**. In: CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/ XVI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 1., 2009, Campina Grande. Resumos... Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2009.

PINTO, I. A. **A reforma psiquiátrica em discursos de cuidadores de serviços residenciais terapêuticos na cidade de Recife - PE**. Recife, 2011. 153 folhas. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2011.

POTTER, J. Attitudes, social representations and discursive psychology. In: WETHERELL, M. (Org.). **Identities, groups and social issues**. London: Sage Publications, 1996. p. 119-173.

\_\_\_\_\_. **La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social**. Barcelona: Paidós, 1998.

\_\_\_\_\_. Discourse analysis and discursive psychology. In: CAMIC, P. M.; J. E., RHODES; YARDLEY, L. (Eds.). **Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design**. Washington: American Psychological Association, 2003. p. 73-94.

\_\_\_\_\_. Discourse analysis. In: HARDY, M.; BRYMAN, A. (Eds.). **Handbook of Data Analysis**. London: Sage, 2004. p. 607-624.

\_\_\_\_\_. Cognition and conversation. **Discourse Studies**, London, v. 8, n.1, p. 131-141, 2006.

\_\_\_\_\_. Hacer que la psicología sea relevante. **Discurso & Sociedad**, v. 2, n. 1, p. 186-200, 2008.

\_\_\_\_\_. Re-reading Discourse and Social Psychology: Transforming social psychology. **The British Journal of Social Psychology**, v. 51, n. 3, p. 436–455, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8309.2011.02085.x/abstract>>. Acesso em: 18 de setembro de 2013.

POTTER, J. et al. Discourse: Noun, verb or social practice? **Philosophical Psychology**, v. 3, n. 2-3, p. 205-217, 1990. Disponível em: <<http://homepages.lboro.ac.uk/~ssjap/jp%20articles/Potter%20et%20al%20-%20Discourse%20noun%20verb%20Phil%20Psych%201990.pdf>>. Acesso em: 14 de agosto de 2012.

POTTER, J; WETHERELL, M. **Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior**. London: Sage Publications, 1987.

POTTER, J; EDWARDS, D. Discursive Social Psychology. In: ROBINSON, P.; GILES, H. (Eds.). **The New Handbook of Language and Social Psychology**. New York: The Guilford Press, 2001.

POTTER, J; HEPBURN, A. Discursive psychology, institutions and child protection. In: WEATHERALL, A.; WATSON, B.; GALLOIS, C. (Eds.). **Language and Social Psychology Handbook**. London: Palgrave, 2007.

ROSA, E. Z. Psicologia e saúde mental: em busca de uma leitura crítica e compromissada. In: BOCK, A. M. B. (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 192-210.

REIS, A. O. A. et. al. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde soc.**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

SCIELO. **Scientific Electronic Library Online**. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/?lng=pt>>. Acesso em: 13 de novembro de 2013.

SILVA, P. **A Reforma Psiquiátrica no Município de Campina Grande – PB à Luz da História Oral**. 2003. Monografia (Trabalho Acadêmico Orientado). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. 84f.

SILVA, M. B. **O “Louco de Rua” e a Seguridade Social em Porto Alegre: da (in)visibilidade social à cidadania?**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=25767](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=25767)>. Acesso em: 18 de agosto de 2012.

SILVA, J. C. B. **Entre (des) encontros, tensões e possibilidades: Reforma Psiquiátrica e trabalho em equipe na cidade do Recife**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2010. 137 f.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421846019.pdf>>. Acesso em: 19 de outubro de 2013.

SOUZA, S. S. **Memória, cotidianidade e implicações: construindo o diário de itinerância na pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 2000.

SOUZA, C. S.; COUTO, F. N.; FREITAS, P. C. Libertando subjetividades: O movimento da luta antimanicomial em Pernambuco. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: Análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010. p. 201- 221.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004. p.63-92.

SPINK, M. J.; SPINK, P. A Psicologia Social na atualidade. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. (Orgs.). **História da Psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau, 2007. p. 565-585.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Edição virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 01-20.

SZASZ, T. S. **A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. Tradução de Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

TAVARES, L. A. T.; HASHIMOTO; F. A alienação mental e suas (re) produções na contemporaneidade. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 3-12, 2008.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 36-47, 1999.

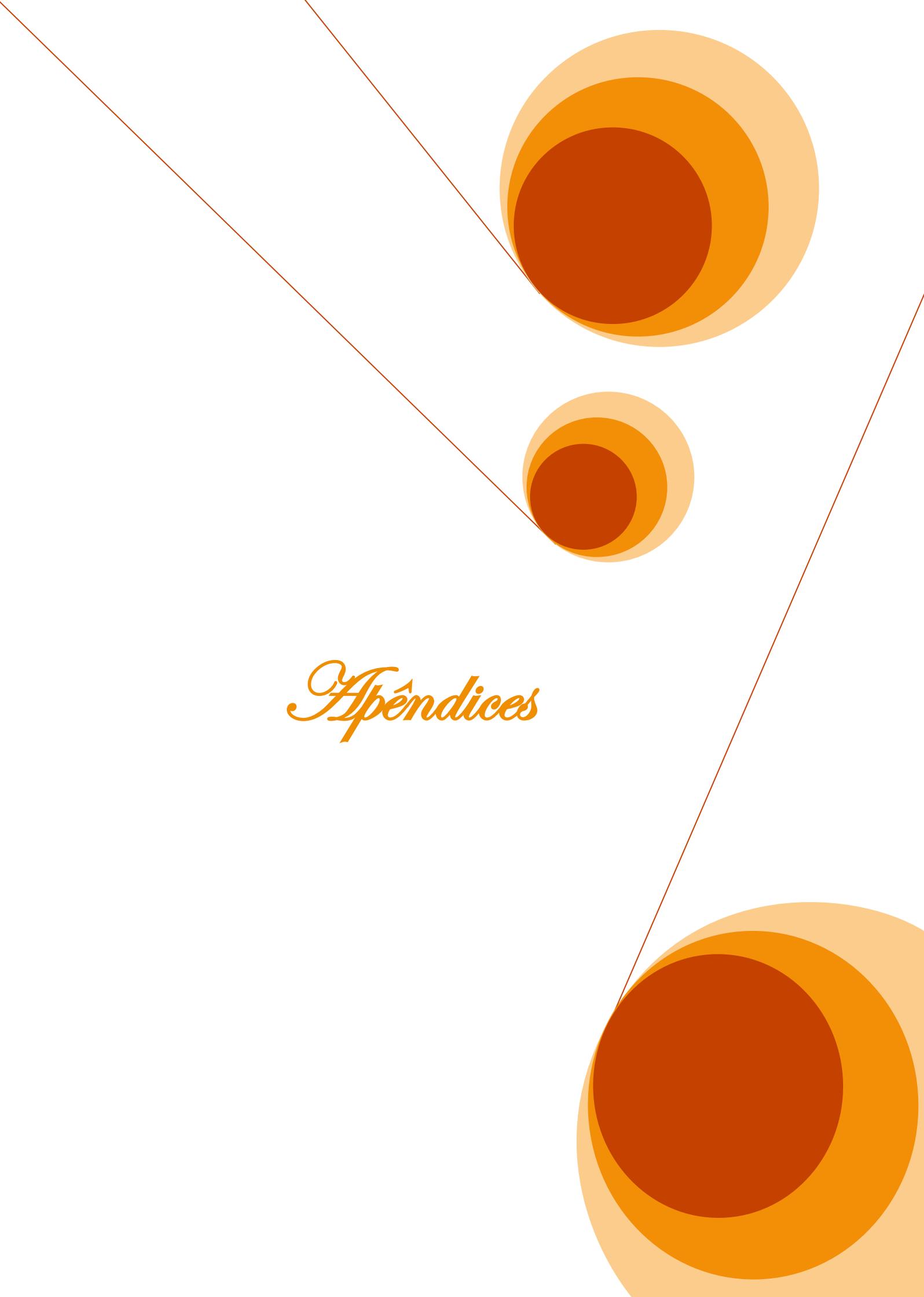
WETHERELL, M. Group conflict and the social psychology of racism. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Identities, groups and social issues**. Londres: Sage & Open University, 1996. p. 175-238.

WETHERELL, M. POTTER, J. **Mapping the language of racism**: discourse and the legitimation of exploitation. Londres: Harvester Wheat Sheaf, 1992.

\_\_\_\_\_. El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En: GORDO, A.; LINAZA, J. L. (Eds.). **Psicologías, discursos y poder (PDP)**. Traducción Jose Luis Gozález Díaz. Madrid: Visor, 1996. p. 63-78.

WIGGINS, S.; POTTER, J. Discursive psychology. In: WILLIG, C.; HOLLWAY, W. (Eds.). **Handbook of qualitative research in psychology**. London: Sage Publications, 2008.

WIKIPEDIA, The Free Encyclopedia. **British Journal of Social Psychology**. Disponível em: <[http://en.wikipedia.org/wiki/British\\_Journal\\_of\\_Social\\_Psychology](http://en.wikipedia.org/wiki/British_Journal_of_Social_Psychology)>. Acesso em: 23 de setembro de 2013.

The background features a white page with three decorative elements: a large orange circle with a dark orange center in the top right, a smaller version of the same in the middle, and another large one in the bottom right. Two thin orange lines cross the page diagonally, one from the top left to the middle right, and another from the top right to the bottom right.

# *Apêndices*

**APÊNDICE A****ROTEIRO DE ENTREVISTA****Dados Pessoais:**

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Naturalidade:

Grau de escolaridade:

Ocupação:

Cidade:

Tempo que reside no bairro:

**Entrevista:**

- 1) Para você, o que é o CAPS?
- 2) Quem são as pessoas que frequentam o CAPS?
- 3) Como você definiria essas pessoas? Como as descreveria? Quais são suas características?
- 4) Você já teve contato com as pessoas que frequentam o CAPS? De que forma?
- 5) Como é o tratamento oferecido no CAPS?
- 6) Qual a sua avaliação sobre essa forma de tratamento?
- 7) Como as pessoas que frequentam os CAPS eram tratadas antes desse serviço?
- 8) O que é cidadania para você?
- 9) Para você os Serviços de Saúde Mental tem contribuído de alguma forma para a prática de ações que estimulem o exercício da cidadania dos usuários do CAPS? De que forma?
- 10) Você já participou ou ajudou a organizar algum evento realizado no CAPS? De que forma?
- 11) Como é a relação da vizinhança com as pessoas que frequentam o CAPS?
- 12) O que é Reforma Psiquiátrica?
- 13) Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

**APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “A População em Cena: O Transtorno Mental e suas Formas de Tratamento em Discursos de Pessoas que Residem nas Proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial III do Estado de Pernambuco”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Élide Dantas do Nascimento, cujo endereço residencial é Rua: Expedicionário Damásio Gomes, nº 53, Ap. 002, Várzea, Recife – PE, CEP: 50740-410, e-mail: elida\_dantas14@hotmail.com, telefone (o entrevistando poderá ligar a cobrar caso necessite falar com a pesquisadora e não tenha recursos para realizar a ligação): (84) 8817-8509. Esta pesquisa de mestrado está sob orientação do Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho, e-mail: deoliveirafilhopedro@gmail.com.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizado (a) de forma alguma.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Esta pesquisa possui como objetivo principal analisar as produções discursivas da população que reside nas proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III do Estado de Pernambuco acerca do tratamento do transtorno mental, instituído a partir da Reforma Psiquiátrica. Recebi informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas que:

1. Participarei deste estudo por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa;
2. Minha participação neste estudo não trará nenhum dano à minha integridade física, social e emocional;
3. Se por ventura, como possível risco, ocorrer algum desconforto moral/emocional ou for por mim revelado, receberei orientação para buscar serviço adequado à minha necessidade;
4. Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada etapa da pesquisa;
5. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista, a qual será transcrita. Os dados das entrevistas serão armazenados na sala de pesquisa do professor Pedro de Oliveira Filho, que está localizada no 1º andar do Centro de Educação (CE) da Universidade Federal de Pernambuco em Recife-PE.
6. O sigilo será garantido e não será revelado, em nenhuma circunstância, o nome de qualquer participante;
7. A divulgação das informações obtidas nesta pesquisa só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

8. A qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

9. As informações por mim fornecidas serão úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, gerando debates e publicações que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos;

10. Ao final do projeto, como benefício da pesquisa, será entregue uma cópia impressa e em CD para a Gerência de Saúde Mental, onde ficará disponível para consulta, assim como será entregue um documento com orientações para os entrevistados, construído a partir dos resultados da pesquisa.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740 -600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br.**

---

(assinatura do pesquisador)

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo \_\_\_\_\_, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

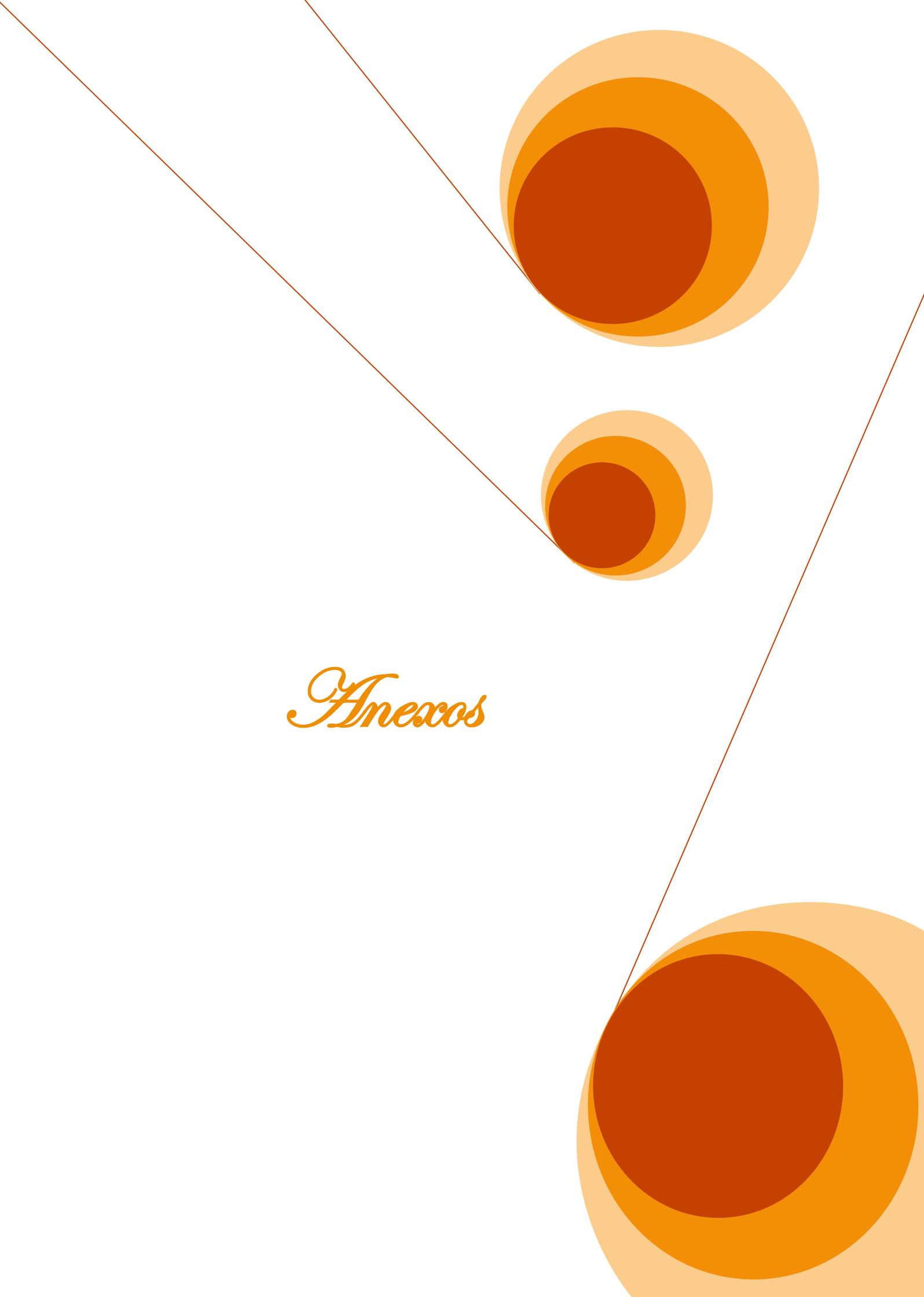
Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do participante ou responsável: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

The background features a white canvas with three sets of concentric circles in shades of orange and brown. One large set is in the top right, a smaller set is in the middle, and another large set is in the bottom right. Two thin, dark orange lines cross the page diagonally, one from the top left to the middle right, and another from the top right to the bottom left.

*Anexos*



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

**ANEXO B****LEI ESTADUAL Nº 11.064 DE 16 DE MAIO DE 1994**

EMENTA: Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral a saúde mental, regulamenta a integração psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

O Presidente da Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decretou e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º São direitos do cidadão portador de transtorno psiquiátrico e deveres do Estado de Pernambuco:

I - tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;

II - proteção contra qualquer forma de exploração;

III - espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis à sua recuperação;

IV - assistência universal e integral à saúde;

V - acesso aos meios de comunicação disponíveis para proteger-se contra quaisquer abusos;

VI - integração, sempre que possível, à sociedade, através de políticas comuns com a comunidade de procedência dos pacientes asilares, assim atendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se dependendo do Estado.

Parágrafo Único - O disposto neste artigo se aplica também aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, resguardando o que dispõe o código penal.

Art. 2º O Estado de Pernambuco substituirá progressivamente, mediante planificação anual, os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos definido nesta Lei.

Art. 3º A reforma do sistema psiquiátrico estadual, na sua operacionalidade técnicoadministrativa abrangerá necessariamente, na forma da Lei Federal e respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, o Estado de Pernambuco e seus municípios, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observados o caráter articulado, integrado e universal do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º a Secretaria Estadual de Saúde disporá de (06) seis meses, contados da publicação desta Lei, para apresentar ao Conselho Estadual de Saúde e Planejamento e o cronograma de implantação da rede de atenção integral em saúde mental de que trata esta Lei;

§ 2º o Plano Estadual de Saúde Mental será apreciado pelo Conselho Estadual de Saúde, enquanto parte integrante do seu plano de saúde.

Art. 4º Constituem-se em recursos psiquiátricos a serem aplicados ao tratamento e assistência psiquiátrica de Estado de Pernambuco:

I - atendimento ambulatorio, o servico externo (fora do hospital), destinado a consultas e tratamentos dos transtornos mentais;

II - emergencia psiquiatrica no pronto socorro geral, o servico integrado por uma equipe especializada no atendimento, triagem e controle das internacoes psiquiatricas de emergencia;

III - leitos psiquiatricos em hospitais geral o servico destinado e internacao e assistencia de pacientes psiquiatricos em hospital geral;

IV - hospital-dia e hospital-noite, os servicos assistenciais de semi-hospitalizacao, nos quais o paciente, durante certo periodo do dia ou da noite, recebe os cuidados terapeuticos de que necessita;

§ 1º os servicos ambulatorias e de emergencias psiquiatricas, no ambito do SUS, a que se referem os incisos I e II, deverao, quando funcionarem como porta de entrada do sistema assistencial de saude mental, serem oferecidos unicamente pelo servico publico, com a competencia de autorizar o instrumento responsavel pelo financiamento do procedimento especifico.

§ 2º os servicos definidos no inciso III deste artigo deverao ser oferecidos por hospital que conte com estrutura fisica e pessoal capacitado, area, equipamentos e servicos basicos especificos ao portador de transtorno psicologico, em proporcao nao superior a 10% da capacidade instalada limitada ao maximo de 30 leitos.

§ 3º qualquer outro recurso psiquiatrico nao previsto nesta lei, devera ser previamente avaliado pelo Conselho Estadual de Saude.

Art. 5º Os recursos psiquiatricos definidos no artigo anterior serao aplicados a populacao segundo criterios e normas definidos no Plano Estadual de Saude Mental.

V - centro de convivencia, atelier terapeutico ou oficina protegida, os servicos que dispoem de espaco terapeutico para convivencia e recreacao de pacientes com transtornos mentais com o objetivo de ressocializacao;

VI - pensao protegida, o servico com estrutura familiar, que recebe pacientes egressos de internacao psiquiatrica, em condicoes de alta, mais sem condicoes de volta ao convivio familiar;

VII - lar adotivo, o cuidado, sob supervisao, do paciente psiquiatrico cronico por familia que nao a sua;

VIII - unidade de desintoxicacao, o servico destinado a desintoxicacao de dependentes quimicos, devendo funcionar em hospital geral;

IX - servico de tratamento de dependencia, o servico especializado no tratamento do alcoolismo ou outra dependencia quimica, devendo funcionar nas unidades gerais da rede de saude.

Art. 6º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio culturais, locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Art. 7º A internação psiquiátrica é involuntária quando realiza sem o consentimento expresso do paciente em qualquer serviço de saúde ou recursos psiquiátricos.

1. a internação involuntária será comunicada pelo médico que a procedeu através da instituição, ao Ministério Público, no prazo de 48 horas, contadas do procedimento, para que sejam adotadas as providências cabíveis.

Art. 8º O Poder Executivo Estadual, no prazo de 120 dias da publicação desta Lei proporá à Assembleia Legislativa:

I - Instrumento de mecanismo de multa e punição ao descumprimento do disposto nesta Lei;

II - Criação de órgão competente, que cuidará da reforma da política de saúde mental no Estado;

III - Competência, objetivos, representação paritária no órgão estadual e prerrogativas de seus membros.

Parágrafo Único - O órgão estadual denominar-se-á de Comissão de Reforma da Política de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, que proporá, acompanhará e exigirá da Secretaria Estadual de Saúde, estabelecido nesta Lei.

Art. 9º Fica proibida ao Estado de Pernambuco, por sua administração direta, fundações, autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, nas quais detenha participação acionária, construir, ampliar, contratar ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que caracterizem hospitais psiquiátricos.

I - o Estado de Pernambuco só poderá manter contratos com Instituições ou estabelecimentos privados ou filantrópicos de tratamento psiquiátricos sob condição contratual de inclusão e obediência ao dispostos nesta lei.

II - O Estado de Pernambuco, sob pena de rompimento de contrato, fará incluir nos contratos ora mantidos a obrigação de que trata o parágrafo anterior no prazo de 3 meses a contar da publicação desta lei.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Revogam-se as disposições em contrário, e, especialmente a Lei 11.024 de 05 de janeiro de 1994.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO, em 16 de maio de 1994.

Miguel Arraes  
Governador do Estado

Humberto Costa  
Felipe Coelho

**ANEXO C****LEI N° 16.232/96**

Ementa: Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais Psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária.

O povo da Cidade do Recife, por seus representantes decreta e eu, em seu nome, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º É dever do Governo Municipal garantir aos portadores de transtornos psíquicos:

- I - assistência universalizada e integralizada á saúde;
- II - tratamento humanitário e respeitoso em Unidades de Saúde públicas privadas, espaço apropriado a sua recuperação, dotado de recursos Terapêuticos, de meios de comunicação e estrutura necessária à sua liberdade e integração social;
- III - proteção contra qualquer forma de exploração, tratamento e procedimentos que comprometa sua integridade física ou psíquica.

Art. 2º O Município do Recife contribuirá com a substituição progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos existentes em seu território, mediante planificação anual, pelos serviços assistenciais definidos nesta Lei, que garantam o tratamento e a reinserção social de pessoas portadoras de transtornos psíquicos.

Art. 3º Os serviços destinados á Assistência Psiquiátrica na Cidade do Recife, compõem uma rede assim descrita:

- I - atendimento Ambulatorial - realizado em serviços ambulatoriais gerais (independentes de hospitais), destinado à consultas e tratamento dos transtornos mentais;
- II - hospital-dia e hospital-noite - Serviços de semi - hospitalização, nos quais o paciente durante certo período do dia ou da noite, recebe os cuidados terapêuticos de que necessita;
- III - núcleos de Atenção - Psico-social (NAPS) - Unidades de Saúde que oferecem assistência intermediária entre o Ambulatório e a internação hospitalar, com a adoção de práticas que reabilitem a pessoa portadora de transtorno psíquico e propiciem sua readaptação ao seu meio social;
- IV - centros de Convivência - Espaços de ressocialização da pessoa portadora de transtorno psíquico, dotados de Oficinas Terapêuticas, de modo a se promoverem atividades profissionalizantes, educativas, artísticas, lúdicas, culturais e sociais;

V - oficinas Terapêuticas - Instituição de trabalho, dotadas de equipamentos apropriados à produção de produtos artesanais ou não, de boa qualidade e de complexidade adequada à capacidade produtiva das pessoas portadoras de transtornos psíquico;

VI - lares adotivos e pensões protegidas - são serviços com, estrutura de casas ou pensões, que recebem pacientes egressos de internação psiquiátricas, mas que não tem condições de voltarem ao convívio familiar. No Lar Adotivo o paciente é recebido por uma família que não é sua;

VII - unidade de Desintoxicação - serviços destinados à desintoxicação de dependentes químicos, devendo funcionar em Unidade Gerais de Saúde;

VIII - serviços especializados no tratamento do alcoolismo ou outra dependência química, devendo funcionar de forma integrada com as Unidades Gerais da Rede de Saúde;

IX - atendimento de Emergências Psiquiátricas, em serviços gerais de emergências, operacionalizado por equipe especializada em atendimento, triagem e controle de internações psiquiátricas de emergências;

X - leitos Psiquiátricos em hospitais gerais que dispõe de pessoal capacitado, estrutura física, serviços e equipamentos necessários ao tratamento de portadores de transtorno psíquico, em proporção que não ultrapassem 10% (dez por cento) da capacidade instalada e num máximo de 30 (trinta) leitos por hospital.

§ 1º Os serviços ambulatoriais e de emergências psiquiátricas, no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), a que se referem os Incisos I e IX, deverão Funcionar como portas de entrada do Sistema Assistencial de Saúde Mental, e por esta razão, devem ser oferecidos, unicamente, pelo serviço público.

§ 2º Os serviços a que se refere o Inciso VI devem funcionar sob supervisão e equipe especializada, pertencentes a Unidade de Saúde de referência.

§ 3º Qualquer outro serviço de atenção à Saúde Mental, não previsto nessa Lei, a ser implantado na Cidade do Recife, deverá ser previamente avaliado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 4º A administração Municipal deverá garantir a existência de, no mínimo, 01 (um) serviço público ou privado conveniado com o SUS, de Atenção à Saúde Mental, entre os listados no Art.3º, por cada Distrito sanitário, dentro de um prazo de 02 (dois) anos contados a partir da publicação desta Lei.

Art. 5º Compete ao Conselho Municipal de Saúde no que se refere à reforma da política de Atenção à Saúde Mental:

I - constituir a Comissão Municipal de Reforma da Política de Atenção à Saúde Mental, que contará com representantes de usuários, prestadores de serviços, familiares de usuários, profissionais de Saúde Mental, entidades da sociedade civil e comunidade científica;

II - analisar e aprovar planejamento e o cronograma de implantação da rede de Atenção à Saúde Mental, de que trata esta Lei, elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a Comissão Municipal da Reforma da Política de Atenção à Saúde Mental, num prazo de 06 (seis) meses a partir de sua publicação.

Art. 6º A internação psiquiátrica é involuntária quando realizada sem o consentimento expresso do cliente, seja ele adulto, menor de idade ou idoso, em qualquer serviço de atenção psiquiátrica. Nesse caso, o médico que realizou a internação, deverá num prazo de 48 (quarenta e oito) horas, contadas a partir do procedimento comunicar ao Ministério Público, para que sejam adotadas as medidas cabíveis.

Art. 7º Fica proibido á Prefeitura da Cidade do Recife, por sua administração direta, autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, nas quais detenha participação acionária, expandir o número de leitos psiquiátricos atualmente existentes no Município, através de construção ou ampliação de novas Unidades, contratação ou financiamento de estabelecimentos pertencentes as instituições privadas ou filantrópicas que se caracterizem como hospitais psiquiátricos.

§ 1º A Prefeitura da Cidade do Recife, só poderá manter contratos com instituições ou estabelecimentos, privados ou filantrópicos, de tratamento psiquiátrico, sob condição contratual de inclusão e obediência ao disposto nesta Lei.

§ 2º A Prefeitura da Cidade do Recife, sob pena de rompimento contratual, fará incluir nos contratos ora mantidos, a obrigação de que trata o parágrafo anterior, no prazo de 03 (três) meses a contar da publicação desta Lei.

Art. 8º O Poder Executivo Municipal, no prazo de 120 (cento e vinte) dias da publicação (desta Lei, proporá à Câmara de Vereadores:

I - instrumentos e mecanismos de multas e punições ao descumprimento do disposto nesta Lei;

II - a Comissão Municipal de Reforma da Política a Atenção à Saúde Mental, que será responsável pela operacionalização da Reforma da Atenção, à Saúde Mental no Município.

Art. 9º fica instituído o dia 18 (dezoito) de maio como o Dia Municipal de LUTA ANTIMANICOMIAL, data que deverá ser divulgada nas Unidades de Saúde, escolas e outras repartições Públicas Municipais em geral.

Art. 10. Esta Lei deverá ser afixada em lugar destacado e visível aos usuários e funcionários em todos os serviços públicos da Saúde Mental e também nas instituições privadas que prestem serviço de internação hospitalar psiquiátrico, conveniadas ou não com o SUS, localizadas em todo território Municipal.

Art. 11. O Poder Executivo poderá fazer publicar decreto e instruções para facilitar a melhor aplicação da presente Lei.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Revogam-se as disposições em contrário.

Recife, 2 de agosto de 1996.

JARBAS VASCONCELOS  
Prefeito da Cidade do Recife

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A População em Cena: O Transtorno Mental e suas Formas de Tratamento em Produções Discursivas de Pessoas que Residem nas Proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial III do Estado de Pernambuco

**Pesquisador:** Élide Dantas do Nascimento

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12150712.8.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO DE AMPARO A CIENCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 194.710

**Data da Relatoria:** 06/02/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, ancorado na perspectiva teórico-metodológica da psicologia social discursiva, a ser realizado como exigência parcial para obtenção de título de mestre pela pesquisadora responsável. Os participantes-alvo da pesquisa serão maiores de 18 anos que residam nas proximidades dos CAPS III, no estado de Pernambuco (critérios de inclusão). A previsão inicial é de que 15 pessoas participem do estudo, devendo o número exato de participantes ser, entretanto, definido com base em critérios de acessibilidade e ponto de saturação. Os participantes serão recrutados em suas respectivas residências. Para coleta os dados, se utilizará a entrevista semi-estruturada (roteiro anexo ao projeto), igualmente realizada na residência de cada participante. As entrevistas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e análise, sendo previsto seu arquivamento, por período de cinco anos, sob responsabilidade do orientador da pesquisadora responsável. Os procedimentos de análise tomarão como referência princípios da análise do discurso como tipicamente executados no âmbito da psicologia discursiva.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo é analisar as produções discursivas da população que reside nas proximidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III do Estado de Pernambuco acerca do tratamento do transtorno mental, instituído a partir da Reforma Psiquiátrica. De modo

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



específico, o estudo visa a: 1-analisar os discursos da população sobre as formas de cuidar das pessoas com transtorno no hospital psiquiátrico e nos serviços substitutivos oferecidos atualmente; 2-verificar representações discursivas sobre o transtorno mental encontradas nos discursos da população; 3-analisar repertórios interpretativos utilizados pela população para falar da relação dos usuários dos serviços substitutivos com a comunidade; 4-verificar se para a população os Serviços de Saúde Mental têm contribuído para a prática de ações que estimulem o exercício da cidadania dos usuários do CAPS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos do estudo são avaliados em termos da eventual tensão da parte dos participantes diante de perguntas que focalizam seus modos de agir e se relacionar com portadores de transtorno mental. Para minimizar tal possibilidade, serão assegurados ao participante a possibilidade de se retirar do estudo, caso o deseje, e de apoio psicológico, caso necessário.

Quanto aos benefícios, são avaliados em termos de eventuais contribuições no âmbito acadêmico e da formulação e/ou avaliação de políticas públicas, sendo ainda previsto que os resultados do estudo, bem como documento de orientações aos entrevistados (elaboradas com base nos achados) sejam entregues à Gerência de Saúde Mental onde deverão ficar disponíveis para consulta.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto contém informações claras quanto a objetivos e procedimentos.

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

Conforme exigido, constam do protocolo de pesquisa: 1-folha de rosto, TCLE, cronograma adequado, orçamento do estudo, com informação que os gastos serão de responsabilidade da pesquisadora; TCLE; currículos da pesquisadora e seu orientador. Em vista da previsão de que os dados do estudo sejam coletados nas respectivas residências dos entrevistados, é anexada também ao projeto justificativa quanto à pertinência de dispensa de carta de anuência.

**Recomendações:**

Nenhuma.

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

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer do Colegiado em questão foi acatado e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 06 de Fevereiro de 2013

---

**Assinador por:**  
**GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br