

Dilemas na atuação cotidiana da Atenção Psicossocial: notas sobre a Reforma Psiquiátrica em um município paulista¹

Marcos Castro Carvalho

Mestrando em Saúde Coletiva IMS-UERJ

Resumo:

Resultado de uma pesquisa etnográfica sobre o contexto contemporâneo da Reforma Psiquiátrica Brasileira – tomando como foco de investigação a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial no interior paulista –, este trabalho busca promover uma reflexão em torno de questões referentes ao atual paradigma da *Atenção Psicossocial*. Este paradigma, a partir do final da década de 1980, passou a ser fomentado pelo Estado, tornando-se orientador das políticas públicas de atenção à saúde mental em um processo que se convencionou denominar como “desinstitucionalização” da assistência psiquiátrica. Posto isso, visa-se discutir aqui a operacionalização desse novo modelo – pautado na formação de equipes multiprofissionais – tendo por intento problematizar as maneiras pelas quais os profissionais envolvidos na atuação desse serviço de saúde acabam por “instrumentalizar” determinadas representações sobre a “loucura” ou “doença mental”. Concepções essas que, por sua vez, encontram-se muito mais ancoradas no senso comum, tal como se pode observar a partir da sua dinâmica cotidiana, do que nos próprios referenciais teóricos/técnicos referentes aos próprios saberes em questão.

Palavras-chave: Antropologia da saúde – Centro de Atenção Psicossocial – Reforma Psiquiátrica

Inúmeros estudos nos mais diversos campos teóricos/técnicos já lidaram com a temática geral da Reforma Psiquiátrica no Brasil². Muitos deles também abordaram, sob as

¹ Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil. O texto baseia-se em um projeto de pesquisa – e subsequente monografia de conclusão de curso – desenvolvido durante o último ano de graduação em ciências sociais da UFSCar, sob orientação da profa. Dra. Marina Cardoso, e intitulado “Das políticas de saúde mental ao cotidiano da *atenção psicossocial*: uma análise sobre o atual contexto da Reforma Psiquiátrica no município de São Carlos-SP”.

mais variadas perspectivas, a questão específica do modelo da *Atenção Psicossocial*. Seria interessante, portanto, situar o presente trabalho nesta vasta e heterogênea produção. Logo – e apesar de parecer irrelevante – faz-se necessário ressaltar que parto de referenciais teórico-metodológicos provenientes das ciências sociais, em especial da antropologia. Todavia, mesmo nesse campo específico de saber, encontramos uma diversidade de pesquisas realizadas a partir de condições particulares que merecem ser pontuadas. Obviamente não pretendo reconstituir a trajetória dos estudos sócio-antropológicos que trataram da Reforma, mas apenas elencar alguns deles a fim de posicionar-me provisoriamente em relação a esse quadro.

A princípio poderiam ser lembrados trabalhos pioneiros que discutiram as embrionárias mudanças na assistência psiquiátrica no Brasil, em um contexto anterior à institucionalização do paradigma da atenção psicossocial enquanto orientador oficial das políticas de saúde mental. Dentre eles estariam os trabalhos de Cardoso (1999), Lougon (1985) e Venancio (1990). Mais recentemente, já centradas na atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – e também pautadas pelo instrumental etnográfico –, encontram-se as pesquisas de Carvalho (2001), Silva (2004) e Dias (2007). Algo interessante a ser destacado é que todos os trabalhos pertencentes ao segundo grupo foram realizados por pesquisadores com formação básica em alguma ciência da saúde, que atuavam (ou já haviam atuado) no campo da saúde mental através de algum CAPS e estavam envolvidos de alguma forma com o ideário da Reforma. Indubitavelmente isso lhes possibilitou condições de campo idiossincráticas e instigantes, mas distintas da minha inserção etnográfica, tendo eu me graduado nas ciências sociais, sem qualquer aproximação anterior (nem conceitual e muito menos prática) com o cenário antimanicomial. Creio, então, ser essa uma das particularidades da pesquisa por mim realizada, no sentido de haver possibilitado uma situação etnográfica outra.

Tendo em vista tais pressupostos, é importante esclarecer que não almejo realizar uma discussão acerca dos princípios, valores e conceitos gerais que balizam e estruturam o arcabouço teórico da chamada Atenção Psicossocial. Também não tenho a pretensão de me fixar na discussão ampla das políticas públicas de saúde mental. Embora eu considere ambos os fatores fundamentais para a compreensão do atual contexto de mudanças na assistência psiquiátrica, intento refletir sobre as maneiras pelas quais este referencial mais abrangente (atuante em âmbito nacional a partir do Sistema Único de Saúde) se viabiliza, se

² Dentre as áreas poderiam ser mencionadas a saúde pública, a psicologia, a psicanálise, a psiquiatria, a terapia ocupacional, a enfermagem, o direito, as ciências sociais, a filosofia, o serviço social, entre outras.

operacionaliza e se reproduz na atuação cotidiana do serviço de saúde e na prática rotineira dos profissionais envolvidos. Assim, me interessa nesse momento entender como o plano mais macro da Reforma se implementa a partir de seu funcionamento em escala micro. Para isso, me basearei em uma etnografia da atuação de um CAPS do município de São Carlos – cidade de porte médio localizada no interior paulista – realizada no decorrer do ano de 2007.

Durante sete meses pude acompanhar as atividades do serviço, seja através das reuniões de equipe e do grupo de família – que ocorriam na própria unidade –, da ambiência diária, de algumas oficinas, ou mesmo através das visitas domiciliares e das reuniões de família realizadas no próprio território da população assistida. É claro que os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados para a realidade dos CAPS em geral. Contudo, penso ser possível uma reflexão acerca da dinâmica de um serviço específico, relativamente novo³ e situado em um estado que foi pioneiro na criação e implantação de uma rede substitutiva em atenção em saúde mental. Optei por focar-me, nesta apresentação, nas concepções da equipe em torno da “loucura” / “doença mental”, especialmente no que tange às suas interpenetrações com fatores tais como a religiosidade, a sexualidade e a moral envolta de um modo geral. Além disso, farei uso de relatos de casos pontuais – onde tomam forma momentos das trajetórias dos atores que convivem com as perturbações (usuários e seus familiares) – no intuito de propiciar maior densidade aos dados apresentados.

Trazendo à tona elementos do dia-a-dia do CAPS e de sua clientela, buscarei, na medida do possível e das limitações de recorte e orientação teórico-metodológica, atentar para algumas nuances da “produção” do fenômeno da “loucura” e das objetivações/subjetivações a ela correlacionadas, num processo que constitui incessantemente os sujeitos (“loucos” e “normalizados”) através das interações e experiências. Reportarei agora um fragmento de diálogo ocorrido durante uma das reuniões, retirado de meu caderno de campo, que traz alguns pontos iniciais e importantes para essa reflexão:

(Equipe discute o caso de Isabel⁴. Aparentemente, Isabel estaria jogando fora seus remédios ao invés de tomá-los. Comentam que a usuária olha feio para as pessoas, principalmente os membros da própria equipe, e deixou claro que tem poderes vindos da umbanda)

³ O CAPS estudado foi criado no ano de 2002.

⁴ Vale lembrar que, por razões de ordem ética, todos os nomes aqui mencionados são fictícios.

Assistente Social: Não segue o tratamento. É por isso que existe o preconceito da doença mental. Eles não seguem o tratamento. Parece tudo 171⁵.

Psicóloga: E daí eles se articulam. Usam a doença. Ela está assim... prestes a abandonar o tratamento.. e o movimento é o mesmo da primeira vez. Se vitimiza, consegue o que quer e desaparece. E ela tem sintomas importantes como alucinação auditiva e visual. Ela é assim: quando começa a melhorar, quando o medicamento começa a agir, ela começa tudo de novo.

Técnica de Enfermagem 1: Mas agora ela está falando que tem poderes.

Psicóloga: Totalmente alucinante.

Técnica de Enfermagem 2: Tem uns que você sabe que não vai... (18/04)

O trecho acima citado remonta um pouco do posicionamento dos profissionais no que se refere ao fenômeno da religiosidade e a maneira pela qual ele se faz presente na vida dos usuários e seus familiares. Quase sempre este é reduzido pela equipe ao “quadro clínico-patológico” dos “doentes” ou, e o que é ainda mais complicado, a discussão é conduzida no sentido de chegarem a questionar se de fato a religião não seria um possível causador dos próprios distúrbios psicopatológicos⁶. Vê-se, a partir do caso de Isabel (cuja mãe também atuava enquanto médium), como o *status* e o poderio que manifestações mágico-religiosas como a umbanda conferem as pessoas que delas comungam – e que, por sinal, podem atuar como um contrapeso às condições de subalternos que lhes é relegada pela sociedade – são tomados pelos profissionais como mera alucinação e delírio, próprios ao referencial sintomatológico da esquizofrenia. A discussão de um outro caso pode esclarecer ainda mais essa situação:

(Equipe comenta o caso da usuária Raquel, que trocou de psicólogo uma primeira vez e quer trocar de novo. Raquel antes era atendida pelo psicólogo e passou a ser atendida pela psicóloga. Agora quer a ser atendida pelo psicólogo novamente)

Psicólogo: Manda ela ir pra o Viaduto! Ela é bipolar.

Psicóloga: Ela pode ser encaminhada pra T.O.

Terapeuta Ocupacional: Mas o médico desconsidera que tem T.O aqui. Eu não recebo encaminhamentos!

⁵ A expressão refere-se ao artigo penal que, judicialmente, significa caso de estelionato.

⁶ Para uma interessante consideração acerca da impossibilidade de se reduzir o religioso ao patológico e da maneira pela qual o fator religioso pode, inclusive, redimensionar positivamente a experiência da morbidez e produzir um quadro de significados negociados e legitimados socialmente pelo grupo envolvido, ver Littlewood (1993). No caso específico da umbanda temos que “Cultos que [...] têm sido vistos tantas vezes sob o ângulo do sincretismo, isto é, da mistura, estão exatamente no âmbito do patológico. Ou seus cultores já são ‘loucos’ ou ficam através do culto.” (Guedes, 1985, p. 90-91)

Psicólogo: Já veio até uma irmã de igreja falar comigo.

Psicóloga: Ela não queria entrar no grupo em que o terapeuta vem de bermuda.

Técnica de Enfermagem: Esse pessoal de igreja... que se quiser eles fazem lavagem cerebral nas pessoas.

Professora alfabetizadora: É...

Técnica de Enfermagem: Porque além de querer mudar, eles querem mudar o mundo ao redor deles.

Psicólogo: Ela [Raquel] precisa de ajuda, mas ela não quer. Ela vai na oficina, mas acha que a oficina é uma bagunça.

Técnica de Enfermagem: *É por causa da religião dela.*

Psicólogo: É por causa da doença, é o sintoma. Não é a religião que causa o transtorno...são os sintomas... Ela vai na igreja por causa da doença e vê que a igreja não funciona, não pode ajudar ela. *É a doença que faz com que ela desenvolva o fanatismo.*

Técnica de Enfermagem: *Ouve tudo o que o pastor fala.*

Psicóloga: É... (18/04)

No caso relatado, a usuária mencionada é protestante, mais especificamente da vertente ligada ao protestantismo histórico. Isso faz com que ela mantenha uma conduta de vida que implica numa vigília continuada sobre os preceitos morais imbricados em seu comportamento e no comportamento dos que a cercam. Essa conduta religiosa muitas vezes pressupõe o proselitismo e a não aceitação (e até mesmo a não convivência com) de determinadas práticas como, por exemplo, a terapeuta, sendo mulher, estar vestida de bermuda durante uma oficina. Uma atitude dessas muitas vezes é vista pelos profissionais como “fanatismo”, de quem se “submete” ao pastor passivamente através de uma manipulação por parte da igreja e dos líderes religiosos. Como bem lembra Carvalho (2001), a relação entre os fiéis e o pastor está longe de ser de uma submissão incondicional, mostrando-se, ao contrário, como uma relação onde os valores e condutas necessitam de uma negociação e de uma legitimação por parte da coletividade.

A religiosidade, então, é sempre tomada pelos profissionais da equipe técnica como algo que incomoda, que está ligado a superstições e crenças inúteis e não racionalizáveis. É em tom desconfiado, portanto, que a equipe vê a ponte muitas vezes feita por uma das funcionárias da limpeza entre o pastor evangélico e os próprios usuários (fazendo, por exemplo, um intercâmbio de recados, bilhetes e até presentes), a ponto de a coordenadora ter

coibido publicamente uma das funcionárias da limpeza porque ela estaria “pregando” e “rezando” para os usuários durante o almoço⁷.

Com a decadência da estrutura manicomial, os “loucos” não são mais totalmente desligados de suas redes sociais e não mais são completamente isolados através da segregação do asilo. Assim, é muito comum entre os usuários e suas respectivas famílias fazerem uso do serviço, mas também – como se trata de uma instituição aberta onde se passa somente uma parte do dia – buscarem outros paradigmas explicativos e de intervenção sobre as perturbações⁸. Muitos estudos também já apontaram para essa heterogeneidade nos itinerários terapêuticos⁹, existente não só nas classes populares mas também em outros segmentos sociais da sociedade brasileira. Algo que pude notar com certa frequência entre a parcela de meus informantes correspondente à clientela do serviço, é a combinação que é feita entre o diagnóstico médico, a concepção da doença dos nervos e as explicações religiosas. Devido justamente à heterodoxia dos itinerários terapêuticos, as famílias e seus respectivos “loucos” têm de lidar com as contradições de modelos significativos distintos e relativamente antagônicos para a compreensão e tratamento do adoecimento¹⁰.

A narrativa da mãe de um dos usuários (que chamarei aqui de Fernando) exemplifica bem essa questão. Marcada por uma trajetória de ligação com a Igreja Universal do Reino de Deus, sempre ouviu dizer que as vozes que Fernando escuta são decorrentes da influência de espíritos demoníacos. Entretanto, no CAPS foi-lhe dito que as mesmas vozes eram, na verdade, sintomas de um quadro patológico denominado esquizofrenia. Buscando estabelecer um diálogo com o diagnóstico médico, ela incorpora partes dos dois sistemas simbólicos a partir do referencial dos “nervos”, ou seja, da configuração popular do nervoso¹¹. Assim, Amélia (nome que passarei a denominar a mãe de Fernando) “resolve” esse impasse da seguinte forma: “Eu acho assim: a pessoa quando é doente fica com a cabeça, as idéias, fracas. E isso facilita pra que o mal atormente”. Por meio da concepção de *fraqueza* das idéias, ligada – dentro da percepção do nervoso – à cabeça e aos nervos, ela repensa a idéia

⁷ Todavia, não devemos cair em reducionismos vitimizadores, dado que os atores não são passivos à subalternização. É interessante trazer à tona a enfática fala da funcionária, dirigida aos profissionais de saúde, quando criticada por suas práticas religiosas: “O problema de vocês é com a religião... não se meta com isso!”.

⁸ Modelos estes que vão desde igrejas adventistas, protestantes históricas e igrejas pentecostais e neopentecostais, até umbanda, espiritismo, catolicismo popular e, em menor escala, agentes da “medicina popular”. Alguns usuários inclusive recorrem a mais de uma igreja simultaneamente, o que é visto por uma parte da equipe como algo que “confunde-os” e “desestabiliza-os”.

⁹ Como Loyola (1974), Montero (1985), Minayo (1988), Duarte (1999), Cardoso (1999) e, mais diretamente sobre a clientela do CAPS, Carvalho (2001).

¹⁰ Isso se reflete inclusive no próprio cotidiano de interação no serviço, como num determinado momento em que um usuário evangélico irritou-se com uma usuária porque ela começou a cantar um ponto de umbanda.

¹¹ Para estudos que tratam mais aprofundadamente e sistematicamente a configuração popular do nervoso ver Duarte (1986) e Cardoso (1999).

de esquizofrenia (própria à psiquiatria) de uma maneira a conciliá-la com o discurso religioso de um mal transcendente ao indivíduo.

Fernando constata que seu sofrimento está relacionado com o fato de “ter encosto”, afirmando, concomitantemente, que é esquizofrênico e que está assim devido à relação tumultuada que estabelece com sua rede de vizinhança¹². Compartilha da concepção mais englobante de uma “desordem espiritual”. Segundo ele, Deus quer levá-lo, sendo a perturbação apenas prova dessa constatação. Em seu prontuário encontra-se registrada a informação de que ele apresenta “delírios religiosos”. Mais a frente, no mesmo prontuário, lê-se o seguinte relato: “Piorou à noite. Mãe auxiliou o paciente. Mãe atribui ao pai quadro de agressividade do filho. ‘O pai falou mal do filho’. [mãe] Chamou o pastor do seu culto pra ajudar”. Nota-se que ao mesmo tempo em que a equipe parece “decodificar” a situação vivida por Fernando a partir da manifestação sintomatológica de “delírio religioso”, é perceptível que a linguagem religiosa não é própria unicamente do filho, mas sim da família e da rede social em que ela se insere. Sendo assim, através do acionamento dessa rede de sociabilidade e reciprocidade, a figura do pastor pode ser chamada a atuar em casos de crise como um apoio legítimo para tais situações. Em momentos de extrema tensão é também a noção de fé que acaba por orientar e dar sentido a alguns acontecimentos. Amélia, por exemplo, relatou-me que Fernando uma única vez ameaçou matá-la, mas, segundo ela, “A fé em Deus foi tanta que eu falei: ‘deixa eu passar!’ E ele deixou e não encostou um dedo em mim”.

Percebe-se, com isso, que o modo como Fernando e a maioria dos usuários e familiares interpretam seus estados conturbados encontra-se imbricado necessariamente em fatores relacionais (estejam esses referidos ao plano sobrenatural ou ao plano das relações humanas) que – apesar de também se referirem a um sofrimento privado – vão além de uma suposta subjetividade psicológica interiorizada e encerrada em si mesma. Evidência que penso como relevante para se entender os motivos pelos quais boa parte da clientela se recusa a seguir o tratamento medicamentoso. Se o sofrimento não se encontra “dentro” – ou seja, não possui uma natureza patológica singular –, que motivos teriam para fazer uso de uma medicação que só atua num organismo particular¹³? Como também alguém poderia ter tanto

¹² Lembro-me do dia em que Fernando, inconformadamente, relatou a mim e a outros usuários do CAPS que seu vizinho xingava-o, aos gritos, de “maluco filha-da-puta”. Chegou, inclusive, a atribuir a esse conflito sua presença no CAPS.

¹³ Como esclarece uma de minhas informante, recém usuária do serviço: “Eu estou aqui porque as pessoas me estressam. É por causa delas que eu estou aqui”. No que concerne ao uso dos remédios, cito a fala de outro informante/usuário que pode ser representativa: “Remédio só refresca. Depois que passou o efeito, volta tudo. O problema continua com a pessoa”.

ímpeto em fazer uso de psicotrópicos – que são prescritos com base nas patologias e em seus sintomas – quando não se pensa enquanto doente?

Transcrevo agora um trecho de outra reunião de equipe em que as histórias de Isabel e Fernando se encontram, e no qual a questão moral ligada à “construção da loucura” torna-se um tanto quanto mais explícita:

Técnica de enfermagem: Eu acho que saúde mental é um meio de vida. Poucos aqui têm problema de verdade. A maioria aqui finge, e muito bem.

Enfermeira: É... a gente vê... pelo que eu aprendi...

(Discussão acerca da participação nas viagens promovidas pelo CAPS. A enfermeira comenta que não quer participar de modo algum. Aparentemente, a coordenadora faz questão que todos participem. A enfermeira diz que não quer se responsabilizar. Iniciam outra discussão sobre um usuário que fala que vai matar a própria mãe).

Técnica de enfermagem 1: Doente... até que ponto? Agora todo mundo é doente.

Enfermeira: Daqui a pouco as prisões vão ficar vazias. Vão soltar todo mundo e falar: ‘Não, ele teve surto’.

(Discussão sobre a segurança de trabalho dos profissionais do CAPS. A enfermeira cogita a possibilidade de fixar em algum lugar o artigo sobre a penalização de agressão a funcionários públicos. Comentam sobre a sexualidade de Fernando e o fato dele beijar outros usuários, ressaltando a questão de beijar também outros homens e o “perigo” da AIDS. Passam então a comentar o caso de Isabel. Segundo a psicóloga, Isabel não adere ao tratamento.)

Técnica de enfermagem 2: Ela quer melhorar de uma hora pra outra... como todos eles..

(A tia de Isabel possui um centro espírita e quer que ela toque as coisas. Profissionais acham complicada a relação dela com a tia. Segundo Isabel a tia acusa-a de prostituição.)

Psicóloga: Só que eu não sei até que ponto isso [a acusação] é real

(A enfermeira comenta que Isabel não quer tomar medicação. A psicóloga afirma que Isabel não se vê como doente.)

Dentre os vários elementos passíveis de serem destacados na discussão acima, gostaria de elencar os seguintes: a questão, levantada pela equipe, de um suposto “fingimento” por parte dos usuários, interconectada à acusação de auto-favorecimento através de benefícios; os confrontos gerados a partir da tentativa, realizada pela coordenação e pautada no ideário da atenção psicossocial, de responsabilização dos profissionais pelo

cuidado com os usuários¹⁴; a problemática da responsabilização/culpabilização de alguns dos usuários, associada a um questionamento da condição de “loucos”; o não cumprimento dos projetos terapêuticos pela clientela, incluindo aí a não adesão ao tratamento – seja ele de cunho medicamentoso ou psicoterápico – e aos contratos pré-estabelecidos; a centralidade conferida pela equipe técnica à temática da sexualidade. Inicialmente, gostaria de destacar apenas o último item, ou seja, aquele referido às vivências afetivo-sexuais dos usuários.

A esfera da sexualidade parece representar um foco central da preocupação da equipe no que se refere ao comportamento dos usuários¹⁵ e, por conseguinte, acaba por se constituir como um fator a ser avaliado e correlacionado com a “loucura”. A preocupação da equipe técnica concernente à sexualidade dá-se, então, através de um ponto de vista explicitamente moral.

(Equipe discute o caso da usuária Telma. Profissionais acham que ela precisa de teste de HIV. Aparentemente consideram-na como um caso de risco devido ao que denominam “vida promíscua”)

Coordenadora: Será que a gente não pode fazer uma campanha pra todo mundo fazer o teste [de HIV]?

Psicóloga: O Doutor Alfredo [psiquiatra] já tentou fazer isso e muita gente se recusou. (Falam a respeito do incentivo ao uso de camisinha)

Enfermeira: Mas não pode ensinar a colocar no cabo de vassoura não, senão eles colocam no cabo de vassoura em casa.

Assistente social: Eu acho que a vida sexual dela [Telma] é complicada. O cara manipulou muito ela, machucou. Não sei se ela gosta... é complicado.

Psicóloga: Então Derci [coordenadora], outro dia eu fiquei assustada! Ela do ônibus ficou provocando [sexualmente] e respondendo para os caras no bar.

Coordenadora: Ela precisa aprender a lidar com a sexualidade.

Assistente social: Acho que ela tem muita liberdade... (07/02)

(Equipe discute o caso da usuária Fátima)

Coordenadora: Mas o comportamento dela melhorou muito. Encontrei ela numa festa, na sexta. Agora ela não chega e beija todo mundo. Agora pelo menos ela beija quem ela

¹⁴ Infelizmente, devido aos limites de tempo, de espaço e de argumentação, não abordarei tal aspecto. Para um estudo referencial sobre essa questão da produção de responsáveis pelo cuidado na prática da atenção psicossocial ver Silva (2004).

¹⁵ No tocante ao caso de Fernando, consta a seguinte anotação, em tom de alerta, no seu prontuário: “Tem insistido bastante com outros pacientes em propostas sexuais. Agitado, desagregado”.

quer e não quem ela nem conhece! Ela está trabalhando, não está beijando todo mundo... a coisa é boa. Ela fazia isso na federal, no pão de queijo¹⁶. Pulava de banco em banco, beijava todo mundo. E nem foi a gente que estabeleceu limite, ela mesmo entendeu. (Comentam o caso do usuário Antônio. De acordo com a equipe, quando o Haldol que ele faz uso “está vencido”, ele passa a comportar-se de modo muito sexualizado, apresentando ereções e “se pegando com outros homens”)

Esse dois excertos de reuniões de equipe, somados àquele transcrito um pouco acima, oferece um pouco da dinâmica das reuniões no que tange ao ponto da sexualidade. Assim como a homossexualidade, a sexualidade feminina considerada desregrada, exacerbada ou fora dos padrões esperados, preocupa a equipe profissional, sendo que nesses momentos vem à tona o discurso normalizador sobre DSTs e AIDS¹⁷. As condutas sexuais facilmente passam a ser colocadas em intersecção com os quadros clínico-patológicos, num processo que ao mesmo tempo em que patologiza a sexualidade tida como desviante, também sexualiza a própria condição do “doente mental” como alguém que possui um descontrole sobre seus desejos e vontades errantes.

Pude evidenciar, no decorrer do trabalho etnográfico, um caso emblemático de relacionamento entre usuários que chegou a envolver ao mesmo tempo o CAPS e as famílias. Trata-se do caso de Roberta e Cláudio. Os dois se conheceram entre idas e vindas de internações em hospitais psiquiátricos e, no período compreendido pela pesquisa de campo, encontravam-se em tratamento no CAPS. Ambos não estavam mais fazendo uso da medicação psicotrópica por decisão deles mesmos. Segundo a equipe eles estavam “surtadíssimos”. Cláudio não deixava mais Roberta comer livremente, pois afirmava que “tinha o dom de construir, modelar o corpo dela”. No momento da pesquisa o casal havia decidido se casar e morar junto. A equipe mostrou-se fortemente contra, ao contrário da família, que apoiou a união. A equipe então se voltou contra a decisão dos familiares, mesmo porque, na opinião dos profissionais, não dava para levar em consideração uma família na qual a mãe “não é normal, é surtada” e o irmão “é um drogado”. O impasse continuou, porém os dois estavam realmente decididos a viver uma vida juntos e, até onde pude ter contato, puseram isso em prática a despeito da opinião do CAPS¹⁸.

¹⁶ Referência a uma lanchonete localizada no campus de São Carlos da UFSCar.

¹⁷ Para um trabalho que lida com a perspectiva normalizadora de políticas públicas de saúde relacionadas à prevenção de Aids, ver Pelúcio (2007).

¹⁸ Alguns membros da equipe chegaram a notar certa ambigüidade da decisão do serviço de não apoiar o relacionamento. Isso aparece, de certa forma, na fala da terapeuta ocupacional: “Eu nunca vi a Roberta tão surtada... e o pior é que eles estão felizes”.

Paralela à temática da sexualidade e das relações afetivo-amorosas persiste uma questão mais geral, e que também transpassa todas as outras, referente ao estabelecimento e restabelecimento continuado das fronteiras e limiares entre normal/patológico, loucura/sanidade, doença/culpa. Em vários dos trechos de reuniões supracitados já se fazem notar alguns aspectos e meandros que envolvem tais problemáticas. No entanto, mencionarei aqui mais alguns pequenos fragmentos de discussões realizadas no serviço no intuito de possibilitar uma densidade aos dados que compõem a argumentação.

(Discussão sobre o caso da usuária Camila. Segundo a equipe Camila bate de porta em porta se utilizando do diagnóstico da doença mental para vender os cartões produzidos nas oficinas de geração de renda. A enfermeira comenta que os usuários estão “regredindo”. A psicóloga discorda, apesar de concordar que Camila é “manipuladora”. A equipe é unânime na opinião de que Camila “se faz de vítima”).

Psicólogo: Você sabe que o CAPS estragou ela [Camila]. Ela era magrinha, se virava. A hora que ela viu que sendo doente ela conseguia tudo mais fácil, ela resolveu ser doente.

Técnica de enfermagem: Ela gosta de ser doente. Mas a maioria aqui é assim, não é só ela não.

Psicóloga: Mas eles são inteligentes...

Enfermeira: Claro que são. Senão eles não conseguiriam simular nem ameaçar. Se eles fossem burros eles não estariam aqui não.

Psicólogo: Mas nem todos... tem uns retardos aí...

(Discutem o caso de outra usuária)

Psicólogo: As filhas também não ajudam ela. Elas também são doentes. A mãe é louca.

Psicóloga: A família dela é bem doente. (28/03)

(Equipe discute o caso de Janaína)

Assistente social: Ela tentou se suicidar pra chamar atenção. O caso dela era puramente social: não tinha onde ficar.

Técnica de enfermagem 1: Ela é um caso que entrou aqui pra se encostar no INSS, não foi?

Técnica de enfermagem 2: Mas ela tentou se suicidar! Ela é problemática.

Assistente social: É claro que é problemática.

Técnica de enfermagem 2: Uma pessoa que tenta suicídio várias vezes... Ela é aquele tipo de usuário: depois que conseguir o benefício vai embora.

Assistente social: O problema dela é mais social, mas também viu... é só ela arranjar outro amante aí que ela vai embora...

Técnica de enfermagem 3: Aí vem com a questão que vai se matar de novo, vai tomar veneno de novo...

Psicólogo: Toma!

Assistente social: Então ensina ela a tomar... (risos)

Psicólogo: Ela quer benefício... só veio aqui atrás de atestado...

Assistente social: É o seguinte: ela perdeu a chance de ficar encostada no Estado. Ela não quis. Porque ela veio aqui com problema social. Por causa de droga ela tinha fugido de casa. Ela nem tinha problema mental tão grave.

Técnica de enfermagem 3: Eu acho que o problema dela é social. É bem diferente dos que estão aqui

Psicólogo: Mas com quem ela está [se relacionando afetivamente]?

Técnica de enfermagem 3: Ele é mais velho do que ela...

Psicólogo: Mas é aquele ainda?

Assistente social: Não, é outro. A fila anda... (risos)

Psicólogo: Que coisa...

Técnica de enfermagem 3: O problema dela é social.

Psicólogo: Nem social! O escambal... é 171: profissão suicida!

Assistente social: Olha, eu preciso fazer um curso com esse povo viu... O negócio é o seguinte. Qual o diagnóstico dela?

Psicólogo: 171.

Assistente social: Isso, 171... Olha, eu já aconselhei ela com relação às bordoadas¹⁹, mas ela gosta... na hora que ele desistir dela ela vai procurar outro pra bater nela.

É perceptível como várias das questões envolvendo a família, os comportamentos dos usuários (inclusive sexuais/afetivos) e as implicações morais subjacentes à percepção do comportamento tido como desviante se sobrepõem e se articulam. Algo que de fato se mostra intrigante é a maneira pela qual os profissionais colocam em suspenso a conduta de vários usuários questionando o próprio rótulo da loucura. Assim, muitos dos “pacientes” são pensados como “falsos doentes”, “171” – ou seja, como pessoas que friamente forjam a própria condição doentia visando fins pessoais, como o benefício do INSS. Por outro lado, outros usuários podem até ser considerados de fato doentes, mas, simultaneamente, são concebidos como “manipuladores”, “perigosos”, “egoístas”, indivíduos que se vitimizam e utilizam do *status* de doente para fazer valer suas posturas.

¹⁹ Refere-se ao fato de que a usuária em questão vem reclamando que sofre de violência por parte do parceiro.

Logo, vê-se que a equipe, apesar da formação especializada de cada um de seus membros, em sua atuação cotidiana se vale menos de postulados teóricos e técnico-profissionais e mais da reprodução do “senso comum” comprometido com a moralidade vigente. O que acaba não se constituindo como grande novidade quando se lida com saberes e práticas de intervenção sobre a “loucura”²⁰. Portanto, noções sempre associadas à concepção de loucura do “senso comum” como os pressupostos da simulação, da ausência de uma ética do trabalho, da promiscuidade, do descontrole e da periculosidade, acabam por pautar as representações da equipe acerca da “doença mental”. Tal constatação não deixa de ser um contra-senso, dado que, justamente, a oposição a tais representações sociais foi um dos pilares que sustentou boa parte dos movimentos reformistas anti-manicomiais e a própria constituição do paradigma da atenção psicossocial.

Existe, portanto, uma tendência geral que vai da culpabilização dos sujeitos pelos seus atos e vontades, até a culpabilização pela própria “doença”. Esse paradoxo – onde ao mesmo tempo se acusa a clientela de reivindicar um estado de morbidade tido como inexistente e responsabiliza-a por uma espécie de vitimização exacerbada e oportuna do próprio sofrimento – também foi notado por Ângelo Silva (2007) em seu estudo sobre o atendimento psicológico-psiquiátrico a um grupo de “somatizadores”. Por conseguinte, creio que possamos entender essa questão da culpabilização/responsabilização como um mecanismo dinâmico que não pode ser pensado como próprio ou exclusivo dos Centros de Atenção Psicossocial, mas algo mais geral que talvez também perpassasse outros serviços públicos de saúde. Contudo, o que faz desse mecanismo algo peculiar quando associado a instituições como o CAPS, é estar ele lidando com uma clientela “portadora de transtornos mentais severos”, antes convenientemente relegada às instituições manicomiais e sem direito à voz, e agora, uma população errante de “esquizofrênicos” (ou “pseudo-esquizofrênicos”, já que existe a possibilidade de ser um “171”) que passa a se posicionar frente à doença, aos remédios e à própria equipe.

Para além de ser apenas um espaço onde se modula e delimita a loucura a partir dessa avaliação continuada da clientela, o cotidiano do CAPS também produz os sujeitos de razão. Partindo do princípio que a subjetividade não pode ser tomada como um *a priori* estável e definido através do qual os indivíduos pautam suas ações e percepções, podemos lidar com a

²⁰ Ver, por exemplo, a incansavelmente citada obra *História da Loucura na Idade Clássica* (2005), na qual Foucault demonstra como a psiquiatria surgente no século XIX se fez valer de vários pressupostos já presentes em âmbitos jurídicos, administrativos e morais. Ver também Young (1980) acerca da reprodução, no campo dos estudos científicos sobre stress, de noções próprias às representações convencionais do “senso comum” da classe média estadunidense.

noção menos reificadora de subjetivação. Conforme a proposição foucaultiana, não teríamos então relações de intersubjetividades, mas sim uma construção incessante de sujeitos a partir de objetivações. Um dos modos de objetivação apontados por Foucault seria o das “práticas divisoras”, através das quais “*o sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros. Este processo o objetiva*” (Foucault, 2005, p.231). No entanto, essa objetivação não é direta e unilateral. Assim como o louco é objetivado interiormente em sua “doença mental” e em sua contraposição à normalidade pressuposta, os profissionais também se constituem enquanto sujeitos de razão a partir da normalidade que lhes é assegurada pela demarcação do doente mental (que é também o “outro”).

Desse modo, o espaço de convivência do CAPS figura-se enquanto um espaço de liminaridade, onde a provocativa presença da “loucura” implica numa transgressão que, em alguma medida, pode representar certa desestabilização dos marcos divisórios entre normalidade/loucura e sanidade/doença mental. Para Canguilhem (1990), a norma, para continuar existindo como norma, necessita ser constantemente reafirmada e restabelecida pela experiência. Assim, em um ambiente onde a loucura é uma linguagem manifesta e inevitável no dia-a-dia institucional, é no plano da interação que necessitam ser colocadas em prática as diferenciações²¹. Tais práticas visam, entre outras coisas, manter o estatuto da normalidade daqueles responsáveis pelos saberes cerceadores e gestores da loucura, ou seja, os profissionais da equipe técnica, dado que “[...] *para que o homem normal possa se considerar como tal e crer na sua normalidade, precisa, não do antegosto da doença, mas de sua sombra projetada*” (Canguilhem, idem, p.260).

Certa feita, após sairmos de uma oficina de fios (a qual acompanhei durante minha segunda estada em campo), eu e a assistente social conversávamos sobre a participação dos usuários em atividades como aquela. Foi então que comentei que era notável como muitos ali gostavam da oficina, lugar onde aconteciam momentos descontraídos e agradáveis. Ela concordou, mas fez a ressalva de que, apesar disso, era necessário sempre deixar claro que os doentes ali são eles (os usuários) e não os profissionais coordenadores das oficinas e, portanto, eles (usuários) deveriam se submeter às orientações, procedimentos e limites estabelecidos pela equipe. Tal postura da assistente social, na verdade, é somente uma exemplificação de uma delimitação de limiares bastante freqüente no cotidiano de atuação do serviço. Lembro-me, inclusive, de um determinado dia em que, na ocasião de minha entrada

²¹ De acordo com Marcelo Kimati Dias, em sua pesquisa sobre o CAPS de Pedreiras, os limites estabelecidos entre equipe e usuários “(...) eram ‘sólidos’, preservavam a autoridade institucional frente ao usuário e reproduziam os limites do patológico e do saudável” (2007, p.138). Assim, “Paradoxalmente, a existência do CAPS confirma a existência da loucura” (idem, p.205).

na instituição, perguntei ao segurança onde eu poderia beber água por ali. Ele logo me respondeu que existia um bebedouro ao fim de um corredor, mas que ele tinha nojo pois muitos usuários bebiam nele e que, portanto, eu poderia – assim como todos os membros da equipe profissional – beber água no bebedouro fixado no espaço reservado (e proibido para os usuários) da secretaria.

Remeto-me também à relação mais horizontalizada que muitas vezes os funcionários gerais estabelecem com os usuários, e que parece ser vista pela equipe quase como uma espécie de contato indesejado com os “pacientes” (e consequentemente com a “loucura”). O que remete a idéia de um perigo existente na liminaridade que ameaça transgredir a hierarquia vigente. Não é de se estranhar então que a coordenadora da instituição tenha tomado como “perigosa” a atitude de uma das funcionárias da limpeza em ter ido faxinar a casa de uma usuária, dado que tal iniciativa seria “negativa” e “confundiria as relações”. Levando ao extremo, se houvesse uma gradação indicativa da possibilidade de “contaminação” da loucura, os funcionários gerais seriam aqueles que estariam mais próximos da insanidade. Não é por menos que a coordenadora indicou às funcionárias da limpeza e ao porteiro, o tratamento no próprio CAPS em questão²². O estigma da loucura é algo que, de alguma forma, também paira sobre os funcionários e, vez por outra, seus possíveis “transtornos mentais” são mencionados por membros da equipe, ainda que latentemente e veladamente. Por fim, retomo aqui a fala de uma dessas funcionárias da limpeza que, apesar de seu tom aparentemente menos sério e jocoso, indica bem a ambigüidade e anuviamento que pode existir na demarcação entre loucura e razão. Ao encontrar-me na rua e ser por mim indagada a respeito do andamento das atividades no CAPS, respondeu: “Eles [usuários] estão deixando a gente louca. Agora eu não sei se a gente está ficando louco por causa do CAPS, ou se a gente já é louco e por isso que está lá”²³.

Obviamente, o corte da normalidade também é vivenciado pelos usuários, que percebem muito bem a dinâmica da estigmatização. Cito o caso de um deles. Encontrei-o certo dia na rua, sendo que eu estava na presença de uma amiga. Ele tinha pressa e estava ofegante. Conversamos rapidamente. Ao se despedir, justificou-se para minha amiga,

²² No entanto, aparentemente as mesmas não seguem o tratamento medicamentoso e também não comentam sobre o assunto; uma das técnicas de enfermagem também se tratava e se medicava com o médico psiquiatra. Contudo, durante meu tempo de observação em campo o psiquiatra se recusou a atender funcionários alegando ser esta uma decisão mais ética.

²³ A idéia de “contaminação” pela loucura, que acaba por incidir sobre os corpos e os espaços dentro de instituições de saúde mental, também é explicitada por Redko (1991), em seu trabalho realizado em um pavilhão feminino do antigo hospital psiquiátrico do Juqueri. De acordo com a autora, as relações eram estabelecidas de forma que “O contato corporal, o alimento, o espaço, o convívio, o remédio, tudo contamina e gera a loucura” (p. 24).

referindo-se ao fato de estar meio atrapalhado e com pressa: “Não liga não, que eu sou meio assim mesmo, meio doidinho. Ele [referindo-se a mim] vai contar pra você”. O mesmo informante, em outra ocasião, relatou: “Preconceito eu já enfrentei dos vários. As pessoas constroem uma parede. Eu queria ser normal como as outras pessoas”. Foi então que percebi que eu mesmo, na condição de pesquisador e sujeito, não estava ausente nesse processo. Isso ficou mais claro no dia em que Fernando, usuário já citado, aproximou-se de mim e disse: “Eu queria ser você!”. Perguntei em seguida sobre o porquê dessa afirmação, ao que ele respondeu “Porque você é normal!”. Novamente eu respondi devolvendo a pergunta “E você não é?”. Ele então encerrou a conversa concluindo: “Não. Eu sou esquizofrênico”.

Essas constatações acabam por coadunar com a situação que experienciei em campo de ter sido alocado entre os membros da equipe a partir de um suposto estágio em que eu estaria envolvido (mesmo tendo eu insistido que era somente um estudante realizando uma pesquisa). Isso fez com que determinadas vezes alguns profissionais estranhassem parte de minhas condutas pelo fato delas não cumprirem com requisitos do tipo de conduta considerada ideal por eles. Isto também fez com que os usuários me vissem ao mesmo tempo como um membro da equipe, mas também alguém distinto deles. Tal ambigüidade me pareceu mais evidente a partir do momento em que me vi sendo abordado por alguns deles em ocasiões que vinham relatar e se queixar de pequenas rusgas e desentendimentos que eventualmente tinham com os técnicos (numa postura que de alguma forma me diferenciava do corpo profissional) e, paralelamente, me situavam como um intermediário que poderia interceder por eles junto à equipe profissional. Entretanto, mesmo eu tendo mantido essa relativa proximidade dos usuários, eles não deixaram de me perceber como alguém próximo ao campo da “normalidade”. Distinto deles, portanto, que seriam “doentes” ou “perturbados”.

Encerro, todavia, ressaltando que, apesar de todo o panorama aqui apresentado, também é fato que muitos usuários não se mostravam tão afeitos a adotarem definitivamente o estigma da “loucura” ou “doença”, empreendendo um discurso contrário àquele que os associava à falta de consciência de suas ações, à vitimização e à impulsividade não racionalizável. Alguns, inclusive, chegavam a alegar repetidas vezes para mim que, apesar de serem ou estarem “perturbados”, possuíam claras noções de seus comportamentos, suas racionalizações, seus posicionamentos e da própria “perturbação”.

Referências bibliográficas

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARDOSO, Marina Denise. Médicos e Clientela – da assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: EdUFCar/Fapesp, 1999.

_____, “Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso” In: Ilha. Revista de Antropologia, v. 4, n. 1, Florianópolis, 2002.

CARVALHO, Emilio N. A Reforma, as Formas e Outras Formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental. Dissertação de mestrado em Psicologia Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2001.

DIAS, Marcelo K. Centros de Atenção Psicossocial: do modelo institucional à experiência social da doença. Tese de doutorado em Ciências Sociais – Unicamp, Campinas, 2007.

DUARTE, Luiz Fernando D. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/CNPq, 1986.

_____, “A medicina e o médico na boca do povo” In: Revista Antropológicas ano IV, vol. 9. Recife, 1999.

FOUCAULT, Michel. “O sujeito e o poder” In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert, L. Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica, 1995.

GUEDES, Simoni L. Umbanda e loucura. In: VELHO, Gilberto (org.) Desvio e divergência: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LITTLEWOOD, Ronald. Pathology and identity: the work of Mother Earth in Trinidad, Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

LOUGON, Mauricio. Os caminhos da mudança – alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública. Dissertação de mestrado em Antropologia Social – Museu Nacional/UFRJ, 1987.

LOYOLA, Maria Andréa. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. Rio de Janeiro: Difel, 1974.

MINAYO, Maria Cecília de S. “Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia”. In: Cadernos de Saúde Pública vol.4, no Rio de Janeiro, out/dez 1988.

MONTERO, Paula. Da doença à desordem – a cura mágica na umbanda. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

PELÚCIO, Larissa. Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre a prostituição travesti e o modelo preventivo de Aids. Tese de doutorado em Ciências Sociais – UFSCar. São Carlos, 2007.

REDKO, Cristina P. “Loucas, agitadas, doentes ou perigosas: representação e cotidiano das internas do Hospital de Juqueri” In: Cadernos de Campo – Revista dos alunos de pós-graduação em Antropologia Social da USP, 1991.

SARTI, Cyntia. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Editores Autores Associados, 1996.

SILVA, Ângelo A. “Não é psicológico” ou “enrolados pela doença”: uma abordagem antropológica sobre um atendimento aos “somatizadores”. Dissertação de mestrado em Antropologia Social – Unicamp, Campinas, 2007.

SILVA, Martinho Braga B. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial, Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva – UERJ. Rio de Janeiro, 2004.

VENANCIO, Ana Tereza A. Sobre a “Nova Psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação de mestrado em Antropologia Social – Museu Nacional/UFRJ. Rio de Janeiro, 1990.