

# DISCURSOS SOBRE A LOUCURA<sup>1</sup>

## SPEECHES ON THE MADNESS

Alessandra Aniceto Ferreira Figueiredo, Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro

### Resumo

Esse estudo tem como objetivo analisar a construção de categorias para a loucura e o efeito que essas têm produzido nos sujeitos em sofrimento mental, tomando por base a análise de discurso de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Itaporanga-PB. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo como fundamento a Psicologia Social Discursiva, sendo feitas observações participantes e rodas de conversa. Os participantes da pesquisa denunciaram que as pessoas utilizaram categorias estigmatizantes para caracterizá-los, como estratégia para lidarem com essas classificações, adotaram os discursos médico-organicista e religioso, para afastar-se da loucura, ao passo em que recusaram classificações que traziam consigo a ideia de falha moral, que faziam referência à exasperação de sentimentos e que os comparavam a animais. Os usuários permaneceram no CAPS I, tomando essa instituição enquanto espaço de tratamento daqueles que apresentavam casos menos graves, se comparados aos que frequentavam ou residiam em hospital psiquiátrico.

### Palavras-chave

Saúde mental; discurso; usuários de CAPS.

### Abstract

*This study aims to analyze the construction of categories for the madness and the effect that these have produced the mental suffering subjects, based on discourse analysis of users of Psychosocial Care Center (CAPS) in the city Itaporanga-PB. It was held a qualitative research and is based upon the Discursive Social Psychology, being made participant observations and conversation circles. Survey participants reported that people used stigmatizing categories to characterize them as a strategy to deal these classifications, adopted the medical organismic and religious discourses, to move away from the madness, while they refused ratings that brought with them the idea of moral failure, which referred to the exasperation of feelings and compared them to animals. Users remained in CAPS I, taking this institution as treatment space of those who had less severe cases, compared to those who attended or resided in a psychiatric hospital.*

### Keywords

*Mental health; speech; CAPS users.*

### Alessandra Aniceto Ferreira Figueiredo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Doutoranda em Saúde Coletiva (Instituto de Medicina Social-IMS) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2013). Formação e Licenciatura em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB (2008). Faz parte da linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

### Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro

Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

Possui graduação em Serviço Social pela Fundação Universitária de Apoio ao Ensino Pesquisa e Extensão (1986), mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1995) e doutorado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004). É professora associada do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPE.

### 1

Este artigo é oriundo da dissertação de mestrado da autora, intitulada: A construção de categorias e de lugares para a loucura: Uma análise dos discursos de usuários de CAPS I.

## Introdução

Durante séculos, o discurso médico e outros conhecimentos, como o religioso, tentaram conceituar, classificar e tratar a loucura. Ao entender a significância de tal fato para a construção subjetiva das pessoas que apresentam sofrimento psíquico, faremos uma contextualização histórica de como essas foram nomeadas e localizadas ao longo dos tempos no Brasil. Partiremos desse caminho, dialogando com autores, como Amarante, Foucault, Jurandir Freire Costa, Roberto Machado, dentre outros, para analisarmos a construção de categorias para a loucura e o efeito que essa construção tem produzido nas pessoas em sofrimento mental, tomando por base a análise de discurso de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), localizado na cidade de Itaporanga-PB.

No Brasil, a loucura vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX, antes disso os loucos “eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e em casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia”, como refere Amarante (1983, p.149) em “Asilos, alienistas e alienados”.

De acordo com Roberto Machado et al. (1978), o aparecimento do louco como perigoso e como atentado à moral pública, fez com que a situação desse nas ruas, nas Santas Casas de Misericórdia e em outros lugares, fosse questionada, sendo proposto um tratamento médico, requisitado pelos profissionais de medicina da época. No início do século XIX, a polícia médica era utilizada como meio de controlar e prevenir doenças epidêmicas, através da vigilância do comportamento dos cidadãos, para o bem comum da sociedade.

Conforme Jurandir Freire Costa (2007) refere, a partir de 1830, ao passo que pretendia proteger a população de variadas epidemias, a medicina também almejava tratar a loucura, encerrando-a em locais específicos. Um grupo de médicos higienistas, munidos dos ideais europeus de classificação dos alienados, reivindicavam a necessidade do hospício, enquanto local higiênico e arejado para o cuidado desses, seguindo os princípios do tratamento moral.

Nesse momento, se exigia uma intervenção efetiva de isolamento desses sujeitos, com o objetivo de ordenar a sociedade, através do Estado. Com a inauguração do Hospício D. Pedro II, como primeiro hospital psiquiátrico do país, em 1852, no Rio de Janeiro-RJ, os alienados passaram a ser tratados como doentes no espaço hospitalar, todavia permaneciam sob a guarda dos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Os médicos exigiam que os alienados, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente. Assim, eles continuaram efetuando críticas ao hospício e reivindicando o poder institucional dado à Santa Casa, assim como à Igreja, que tinha a participação da Irmandade de São Vicente na administração do local. Somente após a Proclamação da República, em 1890, o Hospício D. Pedro II é desvinculado da Santa Casa e passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados, ficando subordinado à tutela do Estado (AMARANTE, 1983).

Todavia, o referido autor ressalta que esse tratamento psiquiátrico não era realizado em todo o Brasil, em várias partes do país, os alienados permaneciam sendo enclausurados em cadeias públicas, casas de família, ou perambulavam pelas ruas, caso a polícia não os aprisionasse. Apenas no séc. XX, através da lei 1.132, de 22 de dezembro de 1903 (Lei Federal de Assistência aos Alienados), foi proibida a manutenção desses em prisões, sendo estimulada a edificação de hospitais estaduais especializados em todo país, para tratamento dos doentes mentais. Semelhante à Europa, a exclusão dos doentes mentais foi realizada no país, sendo objetivada uma sociedade limpa e homogeneizada.

Conforme Costa (2007) aponta, na década de vinte do século passado, com a legitimação da psiquiatria enquanto especialidade médica autônoma, os psiquiatras brasileiros começaram a elaborar projetos que ultrapassavam o hospício, eles visavam à prevenção, a eugenia e a educação dos cidadãos. “Eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente” (p. 49).

O movimento eugenista, que tomava espaço na política de saúde nacional, consolidava a exclusão de todos os que não se enquadravam nos padrões convencionais e legitimava, através de uma perspectiva médica higienista, a legalização da exclusão, mediada pelo discurso científico do tratamento e da cura. Não nos esqueçamos de que, desde o século XIX, a medicina tentava medicalizar a sociedade, ou seja, se propunha a auxiliar na criação de leis e ações com o objetivo de construir uma sociedade sadia, em que os desviantes fossem controlados e tornados normais. Para tanto, o espaço social foi esquadrihado, de modo que a cientificidade do discurso médico foi utilizado para dirigir a saúde da população em todos os lugares, na escola, no quartel, na fábrica, no hospital, na casa, na prisão, no bordel, etc., como ressalta Machado (1978).

Costa (2007) destaca que com as novas concepções de prevenção, fundadas numa proposta eugênica e baseadas na teoria de Kraepelin e dos psiquiatras alemães, daquele momento em diante, o alvo dos psiquiatras brasileiros deixou de ser o sujeito doente e passou a ser o cidadão normal, assim sendo, o interesse se voltou para a prevenção e não à cura. Durante os primeiros trinta anos do século passado, os governos se preocuparam em estabelecer colônias e albergues para mendigos, penitenciárias e prisões para criminosos, manicômios e hospitais para loucos e degenerados, enquanto os eugenistas mais radicais propunham a esterilização dos doentes mentais, a perda de direitos civis desses, dentre outras ações que poderiam evitar que os piores da linhagem se perpetuassem.

De acordo com Amarante (1983), ainda nos anos 30 do século XX, os psiquiatras se entusiasmaram com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, acreditando que tinham encontrado a cura para as doenças mentais. Com a promulgação da segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, em 1934, a prática do asilamento aumentou, junto com a expansão dos hospícios em todo país. Na década seguinte, o Hospício Nacional de Alienados é transferido para o Engenho de Dentro, contando com novas instalações, maior quantidade de vagas para os doentes e o levantamento de centros cirúrgicos para a realização de lobotomias.

Na década de 50, o desenvolvimento dos primeiros neurolépticos fortaleceu o processo de psiquiatrização e o uso desenfreado de psicotrópicos contribuiu para tornar a internação psiquiátrica mais tolerável e os enfermos mais dóceis. Após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade voltou seus olhares para os hospícios e questionou as condições de vida das pessoas internas, comparando-as as experiências tidas pelos judeus nos campos de concentração, assim se constituíram as primeiras experiências de reforma psiquiátrica, um tanto marginais e sem investimentos públicos, como destaca Amarante (2007).

Na década de 60, com o início da ditadura militar, houve a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, sendo efetivado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com isso, o Estado passou a comprar serviços do setor privado e a doença mental tornou-se um empreendimento bem rentável, logo houve um aumento significativo no número de vagas e de internações nos hospitais psiquiátricos, especialmente nos grandes centros urbanos (AMARANTE, 1983).

É importante destacar que, com a unificação da previdência social, trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos passaram a ter direito aos benefícios previdenciários, todavia os trabalhadores do mercado informal e os desempregados foram excluídos desse processo. Assim, com exceção daqueles que eram abraçados pela previdência, só poderia ter acesso aos serviços de saúde aqueles que dispunham de dinheiro para pagá-lo, ou ainda restava o atendimento em instituições de caridade. Em meio à crise da previdência, aumentaram os questionamentos às propostas de saúde pública, nesse meandro, profissionais liberais e cidadãos, que (não) faziam uso dos serviços de saúde, contribuíram para efetivação da Reforma Sanitária (TONINI; CUNHA; MELO, 2005).

A década de 1970 trouxe consigo o estopim do movimento sanitário e as manifestações do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que lutavam por uma sociedade sem manicômios (AMARANTE, 2007). O MTSM se constituiu enquanto movimento social – não apenas de técnicos e administradores, mas também de internos em hospitais psiquiátricos e de seus familiares – que privilegiava a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização: “esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas” (AMARANTE, 1983, p.151).

Em decorrência da crise financeira na previdência social, do movimento sanitário, da luta por uma sociedade sem manicômios, da quebra na ditadura militar brasileira e da insurgência de outros movimentos sociais, que falavam da insatisfação com a falta de investimentos, de recursos, de liberdade na propagação de ideias, a década de 80 do século passado foi marcada por um período de intensa transformação no país (TONINI; CUNHA; MELO, 2005).

A mudança no âmbito das políticas de saúde foi sistematizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a lei 8142/1990, que regula as questões de financiamento e da participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. O SUS foi baseado nos princípios de equidade, universalidade e integralidade das ações dos serviços de saúde, a serem prestados para população em geral e a garantia da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado só foi possível através da concretização da Constituição Federal de 1988, que tornou o SUS um programa constitucional (BRASIL, 2007).

No que concerne às transformações em saúde mental, foi articulado o projeto de lei do deputado Paulo Delgado 3687/89, que propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras instituições e práticas assistenciais territorializadas. Na década de 90 do século passado, os núcleos do movimento social em saúde mental, fundamentados nos princípios do SUS, contribuíram para a aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica em várias cidades do país, os quais possibilitaram a concretização de novas experiências em psiquiatria, através da substituição de leitos psiquiátricos por outros serviços em saúde mental (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica nacional foi materializada na aprovação da lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica), a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2001).

Além da lei 10.216/2001, a reforma psiquiátrica possibilitou problematizar a criação de espaços substitutivos ao modelo asilar, por onde os sujeitos em sofrimento poderiam circular, esses lugares deveriam privile-

giar tratamentos de base comunitária, articulados numa rede de apoio social. Com as portarias ministeriais 189/91 e 224/92 se constituíram os hospitais-dia e as oficinas terapêuticas, a portaria 106/2000 instituiu os serviços residenciais terapêuticos e as portarias 336/2002 e 189/2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), esses têm como um dos objetivos diminuir as internações em hospitais psiquiátricos e manicômios, funcionando como porta de entrada na rede em saúde mental (AMARANTE, 2007).

De acordo com a portaria 336/02, os CAPS se ramificaram em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. O CAPS I atende a municípios com a população de 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. O CAPS II atende a municípios com a população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira, podendo haver um terceiro período até 21:00 horas. O CAPS III é instituído em municípios com a população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas por dia, nos fins de semana e feriados. O CAPS i é instituído em municípios que tenham mais de 200.000 habitantes e atende especificamente crianças e adolescentes, tendo um funcionamento das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. O CAPS ad abarca municípios que tenham mais de 100.000 habitantes e atende especificamente usuários com dependência química (álcool e outras drogas), tendo um funcionamento das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira (BRASIL, 2002).

Atualmente, os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espalhados pelo Brasil, vêm modificando fortemente a estrutura de assistência à saúde mental no país. Mas, a reforma psiquiátrica brasileira tem vários desafios, que se desdobram em frentes diversas: assistencial, uma vez que se propõe formas de cuidados diferentes daquelas realizadas nos hospitais psiquiátricos e nos ambulatorios tradicionais; além de abranger seu escopo de atuação, centrando-se não apenas na clínica individual tradicional e expandindo-se a nível do território, nos diversos lugares em que as pessoas em sofrimento psíquico circulam. Na esfera clínica, visto que é preciso que haja uma construção teórica e prática diárias que fundamentem ações reflexivas para lidar com o sofrimento humano, sendo considerada a grande diversidade cultural existente num país de medidas continentais; a efetivação de uma clínica ampliada, a incorporação de estratégias de ação que estejam atentas ao sofrimento, sem negligenciá-lo ou negá-lo, por categorias profissionais distintas (BEZERRA JR., 2007).

Na dimensão política, através dos órgãos de coordenação de atenção à saúde mental e do estímulo desses às transformações nas práticas assistenciais, além do estabelecimento de critérios de avaliação consensualmente aceitos, que possam contribuir para uma compreensão subjetiva e não apenas uma medição objetiva dos resultados das estratégias terapêuticas, realizadas pelos profissionais nos serviços de saúde mental. Na dimensão jurídica, constituindo os mecanismos que possibilitem a inclusão social e civil dos que apresentam sofrimento mental, contribuindo para sua autonomia. Na esfera sociocultural, produzindo uma sensibilidade cultural e social na compreensão do sofrimento psíquico, que pode ser feita através das artes: do cinema, do teatro, da música, para além das produções acadêmicas e das práticas reflexivas de médicos, psicólogos, pesquisadores da saúde mental, dentre outros (BEZERRA JR., 2007).

## Método

O estudo se assentou numa abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico-metodológico a Psicologia Social Discursiva (PD), para a qual os discursos são formas de ação social que acarretam consequências, assim sendo os discursos nos apresentam versões de mundo e de nós mesmos,

## 2

“[...] Qualquer repertório interpretativo determinado está constituído por uma restringida gama de términos derivan de una o más metáforas clave, y la presencia de un repertorio a menudo está señalada por ciertos tropos o figuras del discurso”.

produzindo sujeitos, grupos e relações sociais (WETHERELL; POTTER, 1992).

Os discursos são usados para construir versões de realidade e ações que funcionam como edificadores das relações sociais, sendo compostos por elementos gramaticais e estilísticos que os sustentam, denominados repertórios interpretativos. “[...] Qualquer repertório interpretativo específico é constituído por uma restrita gama de termos derivados de uma ou mais metáfora-chave, e a presença de um repertório muitas vezes é marcada por certos tropos ou figuras de linguagem” (WETHERELL; POTTER, 1996, p.65).

Os autores da Psicologia Discursiva analisam como os repertórios interpretativos organizam os discursos, que produzem efeitos de realismo na vida das pessoas. Há, ainda, alguns elementos que fundamentam a PD em seus estudos, os quais são: construção, função, variabilidade e retórica.

Os discursos sobre objetos, grupos sociais, sujeitos, etc., são manufaturados a partir de recursos linguísticos, disponíveis na cultura em um determinado período, o que caracterizaria o processo de construção da realidade. Como os discursos são construções, os eventos, os sujeitos, o(s) mundo(s) podem ser produzidos discursivamente e de diferentes maneiras, assim os discursos manufaturam diferentes funções. Se os discursos edificam as mais diversas versões da realidade, podemos refletir que a fala de cada pessoa varia de acordo com o propósito do que se fala e do lugar de onde se fala. (POTTER; WETHERELL, 1987)

Discursos são constituídos de inconsistências e contradições, o que direciona nossa atenção para a questão do conflito em sua elaboração. Nesse sentido, o conceito de retórica busca compreender os discursos, produzidos por pessoas que mobilizam recursos linguísticos, para construir determinados efeitos, assim, um determinado discurso é utilizado para reforçar uma versão específica de mundo e para protegê-la da crítica de outras versões (POTTER, 1998).

Tomando por base essa perspectiva, a pesquisa foi realizada na cidade de Itaporanga, um município de pequeno porte localizado no alto sertão paraibano. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a população de Itaporanga apresenta 23.192 habitantes, distribuídos numa área territorial de 468 km<sup>2</sup>, se destacando das outras cidades do Vale do Piancó-PB pela efetivação de um polo industrial (têxtil).

A coleta de dados ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) dessa cidade no período de fevereiro a Julho de 2012. O CAPS I (único do município) era composto de: uma coordenadora; dois psiquiatras; uma enfermeira; duas técnicas em enfermagem; uma assistente social; duas psicólogas; duas pedagogas; uma psicopedagoga; um educador físico; dois fisioterapeutas; três recepcionistas; dois monitores; três auxiliares de serviços gerais; dois vigias noturnos e duas artesãs.

A instituição acolhe por dia uma média de 60 usuários, vinte são caracterizados como sendo de tratamento intensivo. De acordo com a portaria ministerial 336/02, os regimes de tratamento são recursos utilizados para articulação do cuidado de usuários em saúde mental, assim sendo o usuário em tratamento intensivo, tomado como caso grave, necessita de um acompanhamento multidisciplinar constante, diferentemente do usuário em regime não-intensivo ou semi-intensivo que necessita de um acompanhamento menos intenso (BRASIL, 2002).

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: no primeiro, houve a realização de observação participante; no segundo, a montagem de rodas de conversa.

Durante a observação participante, todos os usuários do CAPS I fizeram parte da pesquisa. As observações foram feitas nas oficinas terapêuticas, nos grupos de discussão, na farmácia, durante a entrega de medicamentos, na

sala de espera, na sala de atendimento individual e durante o atendimento médico, sendo essas registradas em diários de campo.

No segundo momento, participaram sete usuários do CAPS I, cinco mulheres (com idades variando entre 25 e 58 anos) e dois homens (com idades de 46 e 57 anos), com diagnósticos de transtorno psicótico agudo e transitório, transtorno depressivo recorrente, transtorno afetivo bipolar, psicose não-orgânica e, transtorno de adaptação. Estavam em regime de tratamento intensivo, frequentavam a instituição há um ano ou mais e aceitaram participar das rodas. A escolha por usuários de tratamento intensivo se deu no sentido de que esses caracterizam casos mais graves em relação aos demais que frequentavam a instituição. Nesse sentido, voltamos nossa atenção para ouvir o ponto de vista daqueles que tiveram suas palavras recolhidas e tendem a ser destinados ao silêncio.

As rodas ocorreram entre os dias 10 e 26 de Julho de 2012, nas segundas-feiras e quartas-feiras, no período da manhã, tendo duração média de uma hora e vinte minutos. Realizamos quatro encontros: o primeiro teve por objetivo trabalhar como os usuários se percebiam e como eram vistos por outros membros do grupo; no segundo, refletir sobre os lugares em que os usuários circulavam e onde não circulavam, bem como quais espaços ocupavam (escolas, igrejas, ruas, CAPS, etc.). O terceiro teve como objetivo trabalhar quais repertórios os usuários de CAPS utilizam para nomear as pessoas em sofrimento psíquico e no quarto encontro avaliamos as rodas de conversa realizadas.

As rodas foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra, para as observações, foram elaborados diários de campo, os materiais foram analisados à luz da Psicologia Discursiva, tendo como enfoque o modo como os discursos foram construídos, ou seja, foram analisados o padrão discursivo, sua forma de organização, suas funções e efeitos, que serão apresentados adiante.

Consideramos os aspectos éticos, orientados pela resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, bem como primamos pelo consentimento informado e o anonimato dos participantes. Assim sendo, obtivemos a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, para realização deste trabalho.

## Resultados e Discussão

Quais as categorias utilizadas para caracterizar os sujeitos em sofrimento mental? Que efeitos essa construção tem produzido? A seguir, serão apresentados os repertórios usados pelos usuários do CAPS I de Itaporanga-PB e que efeitos esse processo de classificação tem possibilitado.

### O CAPS e a constituição do estigma da loucura

Os discursos dos usuários do serviço de saúde mental denunciaram que, eles são categorizados no local onde moram, como doido/louco/maluco. Esses discursos provocam raiva, mágoa, sofrimento, mediante a violência que essas classificações suscitam.

[...] Lara: As palavras que machucam mais eu já falei. É chamar eu de doida e dizer que eu fiz uma coisa sem ter feito. É acusar (ênfase).

Pesquisadora: Acusar.

Lara: É a palavra mais dura que existe na face da terra! (ênfase). É acusar a pessoa do que não fez e viver chamando de doida e louca.

Márcia: É direto, o tempo todinho!

Lara: Pra mim, é o que machuca mais. Pra minha pessoa, né?

Raia: Quem é do CAPS o povo pensa que é maluco!

Os termos “doido, maluco, louco” trazem consigo o caráter de injúria para Lara, Márcia, Raia, elas se sentem acusadas, ridicularizadas, desqualificadas, o que lhes causa sofrimento. Além do mais, essas palavras são as que machucam mais, as mais duras, que são ditas o tempo todinho (sic), há o seu uso com frequência e com intensidade que incomodam, como se eles não pudessem fugir dessas categorias. Amarante (2007) destaca que ao longo dos séculos, as pessoas em sofrimento psíquico tem sofrido vários tipos de violência, uma delas é o uso de categorias que as aprisionam, acarretando a exclusão social da loucura. Esses discursos também separam os doidos dos moradores ditos normais e destinam o CAPS aos loucos.

Cesare: Tem gente que tem preconceito.

Branca: E por que não vem aqui? (ênfase).

Pesquisadora: Preconceito...

Cesare: De entrar aqui. De ficar na frente e entrar.

Branca: Tem gente que diz ‘ah, não vou no CAPS não, que lá só tem doido!’.

Cesare: É, isso aí.

Branca: O que dá raiva é isso!

Raia: Eles não entram não, vão fazer caminhada, qualquer coisa. Chama a gente de doido.

O preconceito se materializa no receio de vir ao CAPS, de entrar nessa instituição, ou ainda se manifesta no medo daqueles que moram no município de Itaporanga-PB se aproximarem daqueles que frequentam o CAPS e, conseqüentemente, serem classificados como doidos, conforme destacam Branca, Raia e Cesare.

Nesse sentido, o preconceito se constitui pela vertente do estigma, segundo Goffman (2008), o estigma personifica um símbolo atribuído às pessoas. Esse símbolo é constituído por categorizações sociais, as quais carregam consigo atributos, que indicam o que os sujeitos podem, ou não, ser/fazer. Nesse sentido, a comunidade constrói uma expectativa sobre os sujeitos que fazem parte dela, tomando por base os padrões de normalidade vigentes. Mediante a quebra desses padrões, uma pessoa passa a ser tomada como diferente e anormal, sendo estigmatizada.

Baseado nessa relação de estigmatização, vai se constituindo a diferenciação entre “nós, os normais” e “vocês, os anormais”, como pode ser observado no discurso de Raia, quando ela diz: “Eles não entram não, vão fazer caminhada, qualquer coisa. Chama a gente de doido”. Há uma separação entre aqueles que estão dentro do CAPS e são doidos e aqueles que circulam na cidade de Itaporanga-PB, mas não entram nessa instituição e, por isso, são normais. A partir desse discurso, a divisão dos espaços para os normais e para os anormais é legitimada, havendo uma construção sobre os lugares onde a loucura deve ou não estar.

Queiroz (1995) ao falar sobre o preconceito relativo aos estigmatizados, descreve que a discriminação se volta contra esses em função deles trazerem consigo marcas físicas ou comportamentais, que não os habilitam para a aceitação social plena. O resultado dessa estigmatização se constitui no afastamento desses sujeitos do convívio com os normais pelo constrangimento, juntamente com a prática de maus tratos, como cárcere privado, perseguição, negligência e o uso de referências ridicularizantes.

Os ditos normais tentam afastar-se da loucura, não indo ao CAPS I, já que o tomam como lugar para doido, eles circulam por outros espaços de

cuidado em saúde mental, como o posto de saúde, o hospital geral quando sentem necessidade conforme ressaltam os usuários:

Raia: Eles preferem pegar aquela receita azul que é pra diazepam, dienpax nos postinhos, nos hospitais que eles dão... (pausa). Comprar...

Cesare: Do que vir falar com o psiquiatra que entende. Eles consultam com médico geral, né? Consulta idoso, aí passa aquelas consultas e eles compram com a receita. Porque sempre eles não vem pro CAPS, né?

Raia: Mas não vem de jeito nenhum pro CAPS! (ênfase).

Cesare e Raia enfatizam que eles preferem ir para os postos de saúde, ou os hospitais, sendo tratados por médicos que não entendem as doenças da mente, do que virem ao CAPS. O que os entrevistados estão tentando argumentar? Argumentam que o CAPS é um lugar onde o problema é tratado por profissionais que, como o psiquiatra, sabem acolher a doença mental, sem aprisioná-los. Logo, questionam a afirmação: “Dizem que sou louco”, contrapondo-a com “mas louco não vive num lugar assim”.

Se os moradores de Itaporanga produzem o CAPS como lugar dos loucos, os participantes da nossa pesquisa atribuem ao hospital psiquiátrico essa relação de loucura-violência-exclusão, destacando o medo de estar neste espaço com os doidos.

Raia fala que o hospital psiquiátrico é ruim, ela tem medo de ficar com os ‘doidos’ que estão lá dentro. Branca diz que as pessoas ‘doidas’ são mantidas em separado, elas ficam presas em outras salas. [...] Ela se assusta. Raia diz, ainda, que lá é perigoso, as pessoas lhe roubam, tomam suas coisas, lhe batem e você, ainda, fica presa (Diário de Campo referente à terceira roda, data 23/07/2012).

Essas pessoas perigosas, que batem nos outros, como diz Raia, precisam estar presas e separadas da sociedade, por isso não caberia aos usuários estarem aprisionados em um lugar com e para doidos. No estudo feito por Grigolo (2000), os sujeitos em sofrimento mental, que residiam em hospital psiquiátrico, ressaltaram que esse era o lugar para o louco, para os que estão fora de si, outro lugar não serviria para eles, assim como os mais calmos não caberiam naquele espaço, característico da insanidade. A autora destaca que os sujeitos da pesquisa tinham adotado o discurso médico-organicista sobre o tratamento, sobre o manicômio, sobre a loucura, do mesmo modo, podemos refletir que os usuários do CAPS também adotaram tal discurso, todavia o utilizaram para afastar-se da loucura e daqueles que são tidos como loucos/doidos.

## A esquizofrenia, a doença, as visões do futuro e o afastamento da loucura

Uma classificação utilizada pelos participantes da pesquisa, que é específica do campo médico-psiquiátrico e que discorre sobre a loucura a partir do diagnóstico, é a esquizofrenia. Conforme Pessotti (1999) narra, esquizofrenia é um termo que fala de uma estrutura psicopatológica, trazer essa classificação para o cotidiano é uma tentativa que os usuários fazem de apreender o discurso médico-psiquiátrico, amarrando-se em outros repertórios que os desloquem de qualificações indesejáveis, como as de louco/doido/maluco.

Raia diz que essa pessoa também poderia ser chamada de esquizofrênica. Lara diz que essa pessoa é louca. Quando indago ao grupo o que esse termo significa, Cesare diz que acredita ser algum tipo de doença. Márcia diz que o

termo ‘esquizofrênico é uma coisa e doido é outra, esquizofrênica é uma doença’ (Diário de Campo referente à terceira roda, data 23/07/2012).

Os usuários tentam explicar o que esquizofrênica significa, uns associam o termo a louca, como fez Lara, e outros, como Cesare, remete (essa palavra a doença). Ao serem classificados a partir da doença, eles se distanciam da categoria tradicional doido, como fez Márcia, quando diz “esquizofrênico é uma coisa e doido é outra, esquizofrênica é uma doença”. Essa diferenciação é importante, pois os insere numa classificação mais facilmente aceita em nossa cultura, como Silva (2012) e Silveira (2008) discorrem.

Destacamos que uma usuária relatou não ser categorizada como doida, maluca e/ou louca. Márcia diz que, durante a visita ao cardiologista, questionou se apresentava alguma doença mental e o médico lhe respondeu negativamente, dizendo que ela não tinha nada na cabeça.

Márcia: O cardiologista disse a mim que eu não tinha nada na cabeça...

Pesquisadora: Ele dizia que você não tinha nada na cabeça?

Márcia: Que eu não tinha nada, que só evitasse essas coisas, porque eu tinha problema de pressão, que eu evitasse e fizesse a sessão espírita.

Pesquisadora: Que você evitasse e fizesse sessão espírita...

Márcia: É. Meu pai é que estudou com seu F... (ininteligível)... O desastre todinho eu vi! Vi R cair num buraco e chamar minha mãe, que via, que via! Aí o último nome que ele chamou foi Márcia e P, que P é o nome de quem criou ele e J... Aí, eu vejo essas coisas... (ininteligível).

Márcia sai do discurso médico-psiquiátrico, o qual fundamenta a loucura na doença mental, ou seja, numa doença específica que se localiza na cabeça, como Duarte (1986) discorre, para adentrar no campo religioso. Além disso, ela deixa de ser doente, perante a avaliação de um médico, ou seja, de alguém que deteria o conhecimento para falar sobre doença. Ela passa a constituir-se enquanto aquela que tem uma habilidade incomum, ter visões do futuro. Tal fato traz para si uma classificação positiva, inclusive superior a outras pessoas tidas como comuns.

Almeida (2004), em sua tese sobre “Fenomenologia das experiências mediúnicas”, teve por objetivo definir o perfil sócio demográfico e a saúde mental em médiuns espíritas, bem como a fenomenologia e o histórico de suas experiências mediúnicas. Um dos resultados encontrados pelo autor foi que a audição e a vidência dos médiuns se caracterizavam pela percepção de imagens ou vozes, essa vivência de mediunidade não necessariamente implicava num diagnóstico de doença mental, em especial, de esquizofrenia. Mediante essa lógica, as visões de Márcia, não sendo patológicas, também não proviriam de sua mente, seriam algo de outra dimensão, o que retiraria dela a caracterização da loucura.

## A falha moral e as categorias negadas pelos usuários do CAPS I

Os discursos, que trazem formas de classificação, também carregam consigo a ideia de falha moral do sujeito. Os participantes da pesquisa recusaram as categorias que indicavam tal falha, visto que elas permanecem como indesejáveis para eles.

Duarte (1986) refere que alguns termos trazem consigo a ideia de falha moral, ao englobar a questão da ausência de obrigação, de vontade e de coragem, que faltariam à pessoa em sofrimento mental, as quais se materializam nos termos fraqueza, moleza. Junto a essas categorias

negativas poderíamos apontar preguiçosa, mentirosa, vagabunda, trazidas pelos usuários em suas falas.

Raia chama atenção para a palavra preguiçosa na outra cartolina, ela diz que as pessoas acham que eles vêm ao CAPS só para comer; que são todos preguiçosos, ela diz que não vem pela comida, vem pela oficina. Branca também confirma a fala de Raia. Alice diz que não é preguiçosa, pois varre sua casa, lava a louça, passa pano e pergunta se eu achei sua casa 'limpinha, bem enceradinha, um brinco', quando fui visitá-la, confirmo sua fala [...] (Diário de Campo referente à terceira roda, data 23/07/2012).

[...] Cesare: Essas caminhadas que a gente fazia, parou de fazer mais... Porque tinha um senhor ali por trás do IEC; quando a gente passava, no tempo de ZC, aí... Ele dizia maldade, esse povo maldoso, dizia: 'esse pessoal, devia era trabalhar!'. Aí eu me senti ruim, porque eu só não partia pra cima dele porque tinha o monitor, aí também eu não fazia nada, né? Mas...

Alice: É a mesma coisa de um trabalho! Porque aqui nós estamos fazendo uma oficina! É do jeito de quem tá trabalhando! Nós não estamos aqui fazendo uma oficina! (ênfase). É quase a mesma coisa... Aqui quando tem uma oficina, todo mundo vai, quando tem um filme pra assistir, todo mundo assiste.

Importante analisarmos que os usuários destacam a questão do trabalho, colocando-o como uma prática cotidiana que eles realizam, através das oficinas no CAPS I, ou das atividades desenvolvidas em suas residências. Esses usam da retórica do labor para desconstruírem categorias negativas de cunho moral, destinadas à loucura, conforme Duarte (1986) ressalta. Essas falas se sustentam no ideal burguês do século XVII, narrado por Foucault (1987), para o qual todos necessitavam ser produtivos, aqueles que não se encaixavam nessa lógica, eram caracterizados como preguiçosos. O período da grande internação de doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. se firmou justamente sobre esse discurso, tendo o confinamento enquanto uma medida policial, destinada a dar trabalho aos que não poderiam viver sem ele.

Silva (2012) analisa que a preguiça não é facilmente vista pela sociedade ocidental, pois ela é interpretada como algo que escolhemos, desse modo, apresentar sofrimento psíquico seria equivalente a não querer trabalhar. Partindo dessa lógica, localizamos duas premissas: 1 - não se pode viver sem o trabalho e 2 - essas pessoas utilizam de esperteza para livrar-se dele. Mediante tais premissas, produz-se o discurso do doido esperto, retratado por Duarte (1986) e que não tem conotação positiva.

Outras categorias negativas foram mencionadas pelos usuários, fazendo referência à exasperação de sentimentos, como ciumenta, abusada, como também realizando a comparação com animais (cobra venenosa), em decorrência de tal exasperação.

Raia fala que o marido diz que ela é ciumenta, passa a contar que viu outra usuária sentada no colo dele, ela falou que bateu na mulher e essa a chamou de cobra venenosa. Fala, ainda, que outras pessoas a acham abusada, mas ela diz que tem problemas. (Diário de Campo referente à terceira roda, data 23/07/2012).

Raia se coloca no campo da loucura através de um sentimento exacerbado decorrente da paixão. Calderoni (s/d) ao descrever o significado do prefixo pathos na palavra psicopatologia, ela contextualiza que um dos sinônimos para ele é paixão. E o que é a paixão? A autora fala de uma agitação, alteração, uma perturbação desmedida. Por isso a paixão é

frequentemente classificada em oposição à razão, essa classificação traz consigo as categorias desrazão e loucura.

A usuária, ainda, é caracterizada como abusada e cobra venenosa, como consequência dessa perturbação desmedida. Recorremos ao Aurélio (2010) para entender o que significa abusada. Esse vocábulo indica “aquele que abusa, atrevido, brigão”. E cobra venenosa? A cobra é um animal rastejante que quando ataca e, sendo venenosa, pode matar com seu bote. Logo, as categorias “abusada” e “cobra venenosa” trazem consigo a característica da briga, da pessoa que vai pra cima, que ataca. Essa comparação remete à agressividade que comumente é associada à pessoa em sofrimento psíquico, assim como os comportamentos animais e ameaçadores que estão associados à loucura, como ressaltam Calderoni (s/d), Duarte (1986), Amarante (2007). Mas, Raia tenta argumentar que não apresenta tais características porque deseja, ou porque é culpa sua, ou ainda porque é louca, doída, maluca, doente, dentre outros, isso ocorre, pois, ela tem problemas e qualquer pessoa pode ter.

## Considerações Finais

A partir da análise dos repertórios, descritos pelos usuários de CAPS I da cidade de Itaporanga-PB, observou-se os efeitos que as categorias para a loucura produzem na vida dessas pessoas: vivência de preconceito, dificuldades de circulação em outros lugares, que não seja o CAPS, necessidade de afastamento dos estereótipos da loucura, através da negação de categorias historicamente excludentes.

Nesse sentido, os discursos dos sujeitos em sofrimento mental que participaram desse trabalho denunciaram que aqueles que os cercavam utilizaram categorias estigmatizantes, como doido/louco/maluco para caracterizá-los. Além disso, apresentaram preconceito, o qual se materializava no receio de vir ao CAPS, ou de se aproximarem das pessoas que frequentavam o local. Destarte, havia uma separação entre aqueles que estavam dentro do serviço de saúde mental e aqueles que estavam fora.

Como estratégia para lidarem com o preconceito daqueles que os qualificavam negativamente, os usuários do serviço argumentaram que diferente dos doidos, eles sabiam o que faziam e onde estavam, ao passo que adotaram o discurso médico-organicista para afastar-se da loucura e daqueles que são tidos como loucos/doidos. Ou ainda, fizeram uso do discurso religioso, para constituir-se enquanto aquele que apresentava uma habilidade incomum: ter visões do futuro.

Os participantes da pesquisa recusaram as categorias que indicavam falha moral, como preguiçosa, mentirosa, vagabunda, ou mesmo aquelas que faziam referência à exasperação de sentimentos, como ciumenta, abusada, ou ainda, as que os comparavam a animais, visto que essas permanecem como indesejáveis para eles, pois trazem consigo a carga histórica do estigma da loucura.

Por fim, as pessoas em sofrimento psíquico, ouvidas neste estudo, permaneceram no CAPS I, tomando essa instituição enquanto espaço de tratamento daqueles que apresentavam casos menos graves, se comparados aos que frequentavam ou residiam em hospital psiquiátrico.

Considera-se que, apesar das estratégias discursivas utilizadas pelos participantes da pesquisa, as categorias, historicamente e socialmente utilizadas para caracterizar a loucura, continuam produzindo estigma sobre os sujeitos em sofrimento mental, através da diferenciação entre “nós, os normais” e “você, os anormais”. O desafio se configura em desconstruir no cotidiano, não apenas dos serviços de saúde, mas também fora deles, as amarras que, ainda, prendem e excluem esses sujeitos, realizando uma

“desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura”, como bem afirma Bezerra Jr. (2007, p.247).

## Sobre o artigo

**Recebido:** 15/03/2016

**Aceito:** 15/06/2016

## Referências bibliográficas

ALMEIDA, A. M. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. 2004, 278f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2004.

AMARANTE, P. Asilos, alienistas e alienados. **A Saúde no Brasil**, v.1, n.3, p. 149-152, 1983.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BEZERRA JR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>. Acesso em: 14/11/2014.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>. Acesso em: 16/11/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado na conferência regional da reforma dos serviços de saúde mental**. Brasília, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

CALDERONI, M. L. Psicopatologia na íntegra. **Psique: ciência & vida** (edição especial), v. 1, n.1, p. 6-23, s/d.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. ver. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; Brasília: CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1986.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. SP, Perspectiva, 1987.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. São Paulo: LTC, 2008.

GRIGOLO, T. M. Dizem que sou louco: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. **Revista de Ciências Humanas** (Edição Especial Temática), Florianópolis, p. 95-119, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades: Itaporanga**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250700>. Acesso em: 01/12/2013.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

POTTER, J. **La representación de la realidade: discurso, retórica y construcción social**. Barcelona: Paidós, 1998.