

OS CAMINHOS E DESCAMINHOS DE UM ENCONTRO ETNOGRÁFICO COM A LOUCURA: BREVES NOTAS DE UMA EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SITUADO NO INTERIOR PAULISTA

Anna Beatriz da Silva Viotto

Graduanda em Ciências Sociais na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
<https://orcid.org/0009-0000-1324-5654>
abs.viotto@unesp.br

Luís Antônio Francisco de Souza

Livre-Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
<https://orcid.org/0000-0002-9355-3936>
luis.af.souza@unesp.br

REVZAB
● ● ● ● ●

RESUMO

De acordo com os ideais italianos da luta antimanicomial, a desinstitucionalização vai muito além da retirada dos pacientes dos manicômios e hospícios. É, sobretudo, um movimento de reintegração à vida social e produção de uma alternativa, além da desconstrução de uma lógica manicomial que instalou-se. No Brasil, são inegáveis as transformações no que diz respeito à assistência aos indivíduos no pós Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, o primeiro CAPS do país remonta ao ano de 1987, em São Paulo, na efervescência das agitações pela RPB e em um momento de redemocratização após um período ditatorial. Se constituiu como um espaço de trabalho interdisciplinar, com uma equipe composta por diversos profissionais e por, sobretudo, a valorização deles – e também como um espaço em que o esforço pela horizontalização do tratamento é visível. Este artigo objetiva descrever um esboço das distintas experiências vivenciadas neste contínuo movimento que encontra-se este CAPS do interior paulista. Este estudo compõe-se partindo de uma investigação qualitativa de inspiração etnográfica, apoiada nas visitas à Instituição e na redação do diário de campo. Entre reuniões e discussões, se estabelece a possibilidade da compreensão de múltiplas significações do sofrimento psíquico e, mais ainda, de múltiplas maneiras de conduzir o tratamento.

Palavras-chaves: CAPS; Etnografia; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Sociologia.

ABSTRACT

- 99 According to the Italian ideals of the anti-asylum movement, deinstitutionalization goes far beyond the removal of patients from asylums and psychiatric hospitals. It is, above all, a movement of reintegration into social life and the creation of an alternative, as well as the deconstruction of a psychiatric logic that has been established. In Brazil, the transformations regarding the care of individuals in the post-Psychiatric Reform are undeniable. Thus, the first CAPS in the country dates back to 1989, in São Paulo, during the height of the agitation for the RPB and at a moment of redemocratization after a period of dictatorship. It was established as a space for interdisciplinary work, with a team composed of various professionals and, above all, the appreciation of their roles – and also as a space where the effort for the horizontalization of treatment is visible. This article aims to outline the distinct experiences lived in this continuous movement in which this CAPS from the interior of São Paulo is situated. This study is based on a qualitative investigation with an ethnographic approach, supported by visits to the institution and the writing of the field diary. Between meetings and discussions, the possibility of understanding the multiple meanings of psychological suffering is established, and even more, the multiple ways of conducting treatment.

Keywords: CAPS; Ethnography; Psychiatric Reform; Mental Health; Sociology.

Introdução

O presente artigo configura-se enquanto breves registros do *estar em campo* em um serviço ambulatorial da saúde primária destinado à atenção à saúde mental, situado no interior de São Paulo. Esta etnografia foi fruto do fomento à pesquisa pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil. Processo nº 2023/13482-5. Busco neste escritos, trazer à tona o encontro etnográfico entre o *eu*, enquanto pesquisadora, e os *sujeitos* que integram um Centro de Atenção Psicossocial singular, que abriram-me as portas e concederam-me o acesso às suas vivências diárias, para a investigação dos caminhos e *descaminhos* da Reforma Psiquiátrica que permeiam o cotidiano de um serviço ambulatorial em saúde mental.

Em caráter introdutório, a inquietação que invadiu-me traduziu-se na seguinte indagação: *as práticas terapêuticas experimentadas na atualidade portam consigo reverberações da Reforma Psiquiátrica?* Ou melhor, *é possível dizer que há a oferta de um tratamento digno e humanizado no Brasil após a concretização da Reforma em 2001 com a assinatura da Lei Antimanicomial?* Tais questionamentos converteram-se no fomento que conduziu e atravessou esta pesquisa. À face do exposto, despontou-se em mim uma ponderação no que tange às barreiras e resistências inerentes à realização de um estudo de campo em ambientes atribuídos à loucura e ao sofrimento psíquico. Discorrer sobre a Reforma Psiquiátrica não é fácil, pois, evidentemente, esta discussão perpassa por direções excepcionalmente delicadas em profusos aspectos. Tomar conhecimento quanto a esse movimento de transformação do cuidado ao paciente com transtornos psiquiátricos, orienta-se mais profundamente no teor sensível que possivelmente seja capaz de emergir. Afinal de contas, a linha cronológica estabelecida entre um período em que o assistencialismo psiquiátrico era precário e que transtornos mentais eram vistos por outros horizontes, contraposto com uma imagem de total reestruturação do cuidado ao paciente, evidencia problemas e imperfeições no sistema.

A tentativa e o esforço de encobrir as insuficiências que o âmbito da saúde mental no Brasil experimentou traz à tona a necessidade de estender-se sobre o assunto e leva-nos ao questionamento: *por qual motivo abordar a política de saúde mental no Brasil contemporâneo na perspectiva das Ciências Sociais, mais especificamente na Sociologia da Saúde?* Ou, *por qual motivo utilizar do método etnográfico para refletir sobre este objeto de estudo?* Examinar essa temática da Reforma Psiquiátrica com suporte nas condutas e ações rotineiras dos indivíduos que são afetados diariamente e convivem no cotidiano com os impactos da reestruturação do modelo assistencial, à luz desta Sociologia da Saúde e deste *fazer etnográfico*, concede-nos a possibilidade de apreender como os sujeitos com transtornos mentais e sofrimento psíquicos foram conduzidos nas estrelinhas e lacunas da História do Brasil. E, além disso, de que maneira foram negligenciados em aproximadamente todo o período anterior à reforma do sistema de assistência em saúde mental. Ademais, também nos possibilita constatar as mudanças nos paradigmas assistenciais com o decorrer do tempo, a título de exemplo, a conversão da condição de louco para a condição de indivíduo com transtorno psiquiátrico e cidadão portador de direitos, os quais as movimentações da Reforma transformaram em lei – Lei 10.216, assinada em 06 de abril de 2001 pelo presidente em exercício, Fernando Henrique Cardoso.

Consoante aos princípios italianos¹, a luta antimanicomial dissolve e excede as fronteiras do hospital psiquiátrico e preconiza a reintegração do indivíduo à sociedade, além de engendrar uma alternativa ao encerramento e delinear o dismantelamento de toda uma logicidade manicomial que estabeleceu-se com mover-se o tempo. A agitação era antagônica às hipóteses psiquiátricas da época e reconhecia a necessidade da elaboração de um recurso terapêutico humanizado, em contraposição à perspectiva proposta por Philippe Pinel em *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*², de 1800, sistematizada em dois princípios: disciplina e isolamento, que juntos à repressão como ferramenta primordial para a regulamentação da conformidade à moral e bons costumes, regiam as internações. É nessa conjuntura de conversão de compreensões no que diz respeito à loucura que o designado *louco* transfigura-se em cidadão, percebido pelo corpo social como tal. Outrora, a loucura manifestar-se-ia como o aquém da razão, aquele que integraria um ser exótico, esdrúxulo, perturbado ou que despojou-se de sensatez – e foi essa elaboração ocidental que a Reforma Psiquiátrica atreveu-se a contestar: o interno dos hospitais psiquiátricos, nessa ocasião, orientar-se-á a ser assistido na qualidade de um indivíduo com transtornos psiquiátricos e possuidor de direitos, consoante aos preceitos legais; e não mais como um louco, que nada possuía e nada deveria possuir, lançados à própria sorte em ambientes em condições lastimáveis, desprovidos em profusos aspectos da vida: aos loucos, a sobrevivência, mas não a vida.

As críticas antagônicas desempenhadas pelo movimento antimanicomial ao modelo que predominava – dos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios – atuou como um aviso à sociedade: nestes espaços os indivíduos viviam em situações inadequadas, com recursos insuficientes; além do rompimento contínuo com os direitos humanos, com terapêuticas incapazes de fornecer bem-estar ao doente. É nesse enquadramento, e na efervescência da luta pela redemocratização no Brasil, que surgem os CAPS. O Centro de Atenção Psicossocial particulariza-se em ser um serviço de saúde aberto destinado à indivíduos com transtornos psiquiátricos e sofrimento psíquico, no qual uma equipe multiprofissional atua em conjunto, em distintas frentes, para acolher esses indivíduos e suas demandas³ – transformando-se, assim, no principal serviço ambulatorial destinado à saúde mental, gratuito e fruto de políticas públicas e lutas sociais e pessoais. Uma das tônicas defendidas pela Reforma Psiquiátrica foi “(...) o trabalho interdisciplinar, e não apenas a simples presença de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, mas sim a valorização desses profissionais” (Figueirêdo et al., 2014: 129), um enfoque que é manifestado desde o início das minhas visitas de campo, mesmo que por entre seus *caminhos* e *descaminhos*.

Neste trabalho, presumo que os CAPS são o crucial êxito da RPB, ao disporem-se a constituírem um caminho distinto do encerramento em hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Na ocasião em que orientam-se os enfoques à cotidianidade desta Instituição, percorre-se seus *caminhos* e *descaminhos*, mas para além disso, os *caminhos* e *descaminhos* das concepções de loucura e dos locais em que fora designada. É notório o espaço que os loucos foram delegados pela história: o encerramento, que em zigue-zague *caminhou* pelos hospícios e manicômios, até os hospitais psiquiátricos. Neste trabalho, considero as ideias de Foucault⁴ no que se refere à loucura: ela não é um objeto natural, em nenhuma circunstância procedeu-se como tal – uma parcela da sociedade, por aspirações próprias, reputaram-na desta forma: “não se ‘encontrou’ um portador de distúrbios mentais e se o descobriu como tal,

mas se criaram a loucura e o louco. Isso se deu a partir de tecnologias dos saberes sobre esse corpo específico, a partir de múltiplas transformações no modo de ser ver tal personagem” (Providello; Yasui, 2013: 1517).

Nesta perspectiva, pondero que não somos nós que escolhemos nosso *campo*; de certa forma, ele que nos elege para empreendermos nosso ofício de pesquisador, ou de etnógrafo, mais precisamente. Uma das expressões mais primorosas do *fazer etnográfico* é, certamente, ser atravessado por nosso *campo*; pelo seu itinerário temporal, sua configuração territorial e distribuição espacial, seus protagonistas, seus fatores determinantes e seus contextos. Ali colocamo-nos, uma vez que ali percebemo-nos enquanto sujeitos possuidores de subjetividades – outro encanto do *fazer etnográfico*: esbarramo-nos cotidianamente com subjetividades plurais, algumas em seus *caminhos*, outras em seus *descaminhos*. Não permitir-se ser atravessado pelo campo é renunciar às potencialidades de outros microcosmos. Porém, em hipótese alguma deixamo-nos de recordar ou abdicamos da memória do que autenticamente nos conduziu àquele espaço. O *campo* não é algo que escapa-nos facilmente, *escorrega pelos nossos dedos* – em certa medida, manter-se-á documentado, não unicamente nas inúmeras páginas do diário de campo, mas outrossim em nossa memória, em nosso modo de proceder, idealizar ou ponderar, e primordialmente: em nossa trajetória individual, quiçá até coletiva. Uma etnografia é um desafio: veicula-nos à perscrutação e à reflexão, eventualmente situamo-nos em um ambiente inédito e inexplorado pelas nossos corpos – às vezes, um ambiente contemplado por nós unicamente por anotações de outros indivíduos. Uma etnografia orienta-nos à extenuação psicológica – de maneira mais acentuada em tratando-se de um serviço ambulatorial destinado à saúde mental, assim como configura-se minha experiência de *campo*; não é simples inclinar-se à uma etnografia vinculada à experiências de sofrimento psíquico, prescinde de estabilidade emocional e autodomínio de sua própria subjetividade enquanto pesquisador.

Desejo, previamente à continuidade da redação deste artigo, situar-vos, leitores – pressuponho que esta etapa seja de suma importância, mesmo que de antemão, para que não sintais uma percepção de discursos desprovidos de embasamento. O *locus* desta etnografia circunscreve-se em um Centro de Atenção Psicossocial estabelecido em um município de pequena dimensão no interior do estado de São Paulo. Não trata-se aqui de postular pressupostos generalizadores ou conclusões abrangentes, discutir se a Reforma Psiquiátrica e as dinâmicas da Atenção Primária à Saúde orientadas à saúde mental constitui-se em consonância a nível nacional; diz respeito, sim, a tecer uma história particular com indivíduos singulares, trazer à luz as dinâmicas cotidianas, quer sejam estas de natureza particular, quer sejam coletivas. Suponho que seja crucial formalizar de forma escrita qual o escopo e o campo em que insiro-me e constituiu-se esta etnografia, além do propósito destes escritos – objetivo com isto um esforço em minimizar as possibilidades de lacunas e assegurar uma clareza aos leitores deste trabalho. Viso, desta forma, minorar a emergência de indagações que englobam: *a assistência à saúde mental é concebida na prática com um caráter humanizado de norte a sul no Brasil?* Ou eventualmente, *sua pesquisa documenta de maneira tal que motiva-nos a considerar que a atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico é humanizada, entretanto nesta outra localidade não estabelece-se desta forma, portanto, de que modo o que você alega é, de fato, íntegro e factual?* Nesta etnografia, não fiz senão potencializar as vozes daqueles que pertencem a este contexto específico e que proporcionam à população uma assistência respeitosa, digna, ética e humana – não intento

em relatar a assistência à saúde mental de cada um dos CAPS da extensão territorial brasileira.

As fronteiras da loucura: notas sobre as concepções de sofrimento psíquico

O louco irregularmente trilhou os *caminhos* da história. Ora uma personagem caricata nas *Stultifera Naves*⁵, ora uma das distintas fisionomias do mal – ora celebrada, ora encerrada no hospício: todos os *caminhos* conduziram os insanos à doença mental. Da possessão ao presságio do macabro: uma experiência trágica da loucura. No domínio do sagrado, das manifestações mágicas e celebrações renascentistas à patologia: as considerações no que diz respeito à loucura transformaram-se por cada século, eventualmente entusiásticas com o *louco*, entretanto, na preponderância dos contextos temporais, uma interpretação na qual a loucura é inferior à normalidade – portanto, fomenta-se aqui a cisão que regulou e conduziu as terapêuticas empregadas à loucura ao longo dos tempos: *louco-não louco*; razão-não razão, ou desrazão, pois “o próprio nome desrazão já mostra que esse conceito se refere a uma ‘não razão’, significado que a liga a sua origem enquanto fora da razão, esta também historicamente datada” (Providello; Yasui, 2013: 1524). A posteriori, na emergência da Psiquiatria, surge a dicotomia doente-médico, associação em que o doente *louco* vê-se subjugado ao médico da mente, detentor de um conhecimento mágico do *outro* e o único que sustenta consigo a aptidão de desempenhar o reestabelecimento do psíquico do *louco* (Frayze-Pereira, 1984). Esse enquadramento de fragmentação simbolizava precisamente a “(...) sinistra divisão entre aqueles que estão autorizados a saber (os especialistas) e todos os demais homens (os não-especialistas)” (Frayze-Pereira, 1984: 94).

Nas adjacências da loucura, amontoaram-se Instituições, e, não obstante, parcelas de indivíduos fascinados pelo desatino, seja por quais fins fossem: a cura ou a exclusão, vigiar ou reprimir, porventura embelezar a cidade. O que é a loucura? O que é ser *louco*? São indagações muito amplas, quiçá não há uma resolução que decifre os meandros do desatino, afinal os ângulos de enfoque à loucura se deslocaram-se de concepção à concepção. Frayze-Pereira (1984) propicia-nos um sustentáculo para atravessarmos esse *caminho* histórico: enuncia-nos que um indivíduo *louco* e doente só é potencialmente deste modo delineado caso apresente-se inscrito em uma relação, seja com os outros, seja consigo. Nas palavras que lhe são próprias, reitera que

Designa-se louco o indivíduo cuja maneira de ser é relativa a uma outra maneira de ser. É esta não é uma maneira de ser qualquer, mas a maneira normal de ser. Portanto, será sempre em relação a uma ordem de ‘normalidade’, ‘racionalidade’ ou ‘saúde’ que a loucura é concebida nos quadros da ‘anormalidade’, ‘irracionalidade’ ou ‘doença’ (Frayze-Pereira, 1984: 20).

Ao considerar a loucura na qualidade de anormalidade e irregularidade, soma-se o imperativo da própria forma antagônica: a normalidade. O que atribui à normalidade o papel de normalidade enquanto tal descende de um componente substancial: a existência simplória de um elemento diferente a ela, incapaz de ajustar-se e harmonizar-se às imposições normativas – ou seja, a normalidade apenas é normalidade, pois há a existência do anormal. Seu dever emerge no momento em que surge a contingência de uma inobediência (Frayze-Pereira, 1984). Esta e aquela categoria aglutinam-se à loucura e conformam princípios que são historicamente construídos, isto consoante à elocução de Foucault (1999: 150): “A

loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam”. Ainda que consista em um componente da realidade social que fora historicamente forjado, ele próprio transfigura-se em uma intimidação, à proporção que “a ideia do louco enquanto semelhante é ameaçadora e, portanto, o louco é excluído, considerado fundamentalmente diferente do grupo que representa no que consiste essencialmente a propriedade da alteridade” (Wachelke, 2005: 316). Em derivação, há uma singularidade nas representações sociais da loucura que é irregular às demais: “uma característica que aparece presente com frequência associada à loucura ou doença mental é um forte estranhamento” (Wachelke, 2005: 315). Entre os indivíduos da desrazão e os indivíduos da razão, há um abismo. Não há parentesco.

Da Idade Clássica à Modernidade, a loucura é acolhida por Foucault em um horizonte no qual a razão manifesta-se na qualidade de normativa em uma obra social e histórica, e isto transforma em explícito “que o julgamento ‘X é um sintoma mental’ pressupõe implicitamente que as ideias, conceitos ou crenças do paciente são comparadas com as do observador e da sociedade em que ambos vivem” (Frayze-Pereira, 1984: 23). Essa construção de um saber específico destinado à terapêutica do desatino, inscreve-se no interior de um saber-poder – até o final do século XVI, sabedoria e loucura eram circunvizinhas; todavia, em pouco tempo essa concepção é subtraída do corpo social para conceder um hiato responsável pelo saber psiquiátrico adentrar às representações coletivas de uma sociedade burguesa nascente, isto fundamentado no racionalismo moderno. Saber-poder este que decreta não unicamente a existência cotidiana dos *loucos*, mas, igualmente, os dispositivos de disciplina e a regulação da verdade psiquiátrica no que diz respeito à doença mental. A loucura, doravante é desvio, e o normal, padrão.

104

A resignificação psiquiátrica: notas sobre confinamento e acolhimento

No final do século XIX, a psiquiatria já havia se consolidado enquanto área da medicina e era por intermédio dela normalizavam e padronizavam os indivíduos desviantes; com a chegada do século XX, a situação era empregada mundo afora. Por consequência, à época, a função dos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios resumia-se em um ambiente destinado à diagnóstico e classificação, fundamentando-se na aplicação do método de Philippe Pinel, pautado em dois aspectos: disciplina e isolamento, que juntos à repressão como ferramenta primordial para a regulamentação da conformidade à moral e bons costumes, regiam as internações. Para Michel Foucault, nesse momento

As relações de poder constituíam o a priori da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. A inversão característica da antipsiquiatria consiste ao contrário em coloca-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial (Foucault, 2001: 127).

Enluado, aluado, doudo, desassisado – que se opõe à *sisudo* - e *lunático* eram vocábulos aplicados, na época colonial brasileira, na descrição de um *louco*, ou até mesmo daqueles que dispunham dos chamados *acessos de loucura*. Para Arruda (1985: 13, grifo nosso), “o *louco* ainda era uma figura que estava mais para o excêntrico e o exótico, objeto de irrisão e tolerado como o bufão da cidade ou o vagabundo”. À época, e até o século

XVIII, não havia saberes médicos destinados à esses indivíduos, nem ambientes específicos ao cuidado destes. A sociedade tentava encontrar, então, um lugar para a loucura. Caso o *lunático* não oferecesse perigo à convivência, isto é, fosse rotulado socialmente como *inócuo*, era apenas uma figura humana engraçada aos olhos das gerações mais novas, ou seja, o *aluado* constituía um divertimento, um ser humano transformado em mera caricatura burlesca. Todavia, o mesmo não realizava-se com os mais *irrequietos* e *desequilibrados*, estes viam seus corpos serem jogados em prisões, unicamente por não inserirem-se nos padrões socialmente aceitos de normalidade. A rigor, por conseguinte, as figuras malsoantes à sociedade tinham que ser excluídas do convívio social e transportados para locais nos quais não fossem representar ameaça à ordem.

Inicia-se na Itália, por volta da década de 1970 e 1980, o Movimento da Psiquiatria Democrática com Franco Basaglia, que trouxe à luz os aspectos biológicos, sociais e psíquicos dos indivíduos com sofrimento psíquico, em um contexto que

O vetor de atuação começa a deslocar-se da doença mental para a saúde mental, assim como passam a ser mais questionadas as relações entre os aspectos biologizantes x psicológicos causais, tutela x graus de autonomia do usuário, além do crescente questionamento militante dos aspectos socio-culturais-políticos-ideológicos e de cidadania envolvidos neste processo. Começa dessa forma a transição de uma perspectiva eminentemente hospitalocêntrica e disciplinarista de mão única para uma interdisciplinaridade psicodinâmica (Stockinger, 2007: 56).

No Brasil, as primeiras agitações da Reforma, adentraram às nossas concepções vindas do movimento italiano da luta antimanicomial, por volta dos anos de 1980, em uma época que o país deixaria para trás um período ditatorial – por conseguinte, a RPB desdobra-se no âmago de uma luta pela redemocratização do país e do combate ao Estado autoritário imposto de maneira coercitiva à sociedade. Nesse contexto, manifestaram-se críticas ao sistema de saúde, designando-o como ineficiente; ademais, à privatização da política de saúde que crescia país afora com o decurso dos anos (Tenório, 2002) – essas críticas, teóricas e práticas, de certa maneira, em conjunto com idealizações de alternativas à assistência prestada pelo Estado até o momento “constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde” (Tenório, 2002). Essas agitações não cessaram até progressos despontarem nos horizontes, absorvendo as bandeiras da cidadania e de um sistema único de saúde – o que, em pouco tempo, desdobrar-se-ia no SUS.

A partir de 1980 até os dias de hoje, com a denominada *Reforma Psiquiátrica Brasileira*, que de fato não se constitui apenas uma reforma do modelo assistencial psiquiátrico, mas se aproxima da real implantação de um modelo de saúde mental multidimensionado nos três níveis de atenção, onde várias ciências começaram a discutir progressivamente os seus papéis nesta vertente de construção conjunta e consequente retirada da centralidade hierárquica do papel médico (Stockinger, 2007: 58, grifo no original).

Uma das principais preocupações “é o trabalho interdisciplinar, e não apenas a simples presença de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, mas sim a valorização desses profissionais” (Figueirêdo et al., 2014: 129). Fazia-se necessário nestes discursos não exclusivamente a atuação do psiquiatra e do saber psiquiátrico, mas de vozes de inúmeras áreas, com o propósito de aperfeiçoamento da qualidade da atenção fornecida ao indivíduo; concebendo, como consequência, uma horizontalização do cuidado ao paciente, em

contraposição à hierarquia do saber psiquiátrico que comumente era empregada. Neste cenário, é projetado o Centro de Atenção Psicossocial, em 1987, uma Instituição de saúde primária na qual emprega-se inúmeras intervenções e terapêuticas; um ambiente de atenção à saúde mental que tornou-se, assim, o principal serviço ambulatorial com esta destinação, sendo este gratuito, fruto de políticas públicas e uma alternativa viável aos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios: foi-se a concretização da Reforma Psiquiátrica no Brasil – todavia, apesar disso, há os descaminhos que

Ainda que o tratamento ambulatorial seja inquestionavelmente a melhor alternativa para o tratamento da saúde mental, há outros dilemas que não se resolvem facilmente. Quando olhamos para o CAPS, vemos que, para a equipe, o que se coloca como fato básico é a necessidade de administrar o conflito radical entre garantir o engajamento dos usuários como afirmação de sua condição de sujeitos em um espaço em que o pertencimento sinaliza precisamente uma incapacidade fundamental enquanto membro da comunidade (Soares; Gisi, 2023: 17).

Mapeando o cuidado diante do sofrimento psíquico em um Centro de Atenção Psicossocial

Para Agnes Heller⁶ (2016), a experiência cotidiana conforma-se à vida de todos os indivíduos; ela é degustada dia após dia por todos os sujeitos que possa-se aludir – não há isenção ou desvio. É nesta experimentação costumeira do dia após dia que o indivíduo projeta sua individualidade e subjetividade, que lhe é particular às outras singularidades que permeiam o corpo social. O cotidiano apresenta-se como uma extensão profícua às exteriorizações das personalidades e aos discursos das díspares maneiras de se experimentar o cotidiano dinâmico que nos é conformado. À vista disto, o cotidiano pronuncia-se enquanto um constituinte heterogêneo – os inúmeros arranjos de existir mostra-nos isso. Situar-se no cotidiano é pertencer à ordem das transformações: inventamo-nos e desinventamo-nos, somos e deixamos de ser, em um contínuo zigue-zague pelos *caminhos* e *descaminhos*. Para além disso, toda vultuosa realização histórica de uma sociedade faz-se histórica e característica por ser prover uma repercussão na vida cotidiana – este cotidiano de forma alguma localiza-se na exterioridade da história, mas em seu centro, é seu âmago (Heller, 2016). A postura de Pinel quanto ao cotidiano exprimia o risco dos nexos estreitos do *louco* com seus quefazeres e com seus vínculos afetivos e familiares, e à isso designava o encerramento, conjugado à vigilância e ao isolamento (Silva; Holanda, 2014) – o conveniente tornar-se-ia o tratamento longe do cotidiano. Sob semelhante perspectiva, Esquirol – discípulo de Pinel – diz-nos que o *louco*, nesta terapêutica do distanciamento, curar-se-ia pela vontade do indivíduo no “retorno às afeições morais em seu justo limite, o desejo de rever a seus amigos, a seus filhos, as lágrimas de sensibilidade, a necessidade de abrir seu coração, de reencontrar-se em seu meio familiar, de retomar seus hábitos” (Foucault, 2003; *apud* Caponi, 2007).

Considerar um cotidiano de um CAPS é considerar previamente a heterogeneidade que Agnes Heller (2016) versa – quiçá isto já apresente-se subjacente à esse raciocínio, todavia compete dedicar-se à essa tônica: “o cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da lida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais” (Tenório, 2002: 40). O CAPS conjectura três prismas, que são heterogêneos dentro de seus próprios *caminhos* distintos – e que em inerente circunstância estreitarão fronteiras. O primeiro prisma concerne à equipe multidisciplinar atuante nestes Centros; que

incide pela superfície do segundo prisma, este que vincula-se à prática terapêutica concedida aos munícipes – o desígnio principal desta Instituição de assistência primária à saúde mental é a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular: há o empenho profissional em viabilizar ao usuário em sofrimento psíquico deste serviço uma prática de cuidado que lhe é una; atesta-se a unicidade dos sujeitos com transtornos psiquiátricos e dá-lhes tratamentos que constroem resultados perante suas realidades individuais, legitimando-as. Por último, o terceiro prisma corresponde à própria parcela da população que constitui os usuários do serviço de saúde: estes mantêm-se em contínua troca, de saberes e de possibilidades de existir, seja nas interações com os próprios profissionais, seja nos entrosamentos entre os usuários nas reuniões de grupos de apoio, bem como nos esparsos diálogos da recepção. Diante do exposto, os CAPS constituem a abordagem fundamental e o direcionamento imprescindível em um exímio diálogo com o cotidiano; destarte,

Como se pode notar, o processo de mudança, ainda que fortemente estimulado por políticas públicas, se produz verdadeiramente de dentro para fora, no cotidiano dos serviços, na experiência de encontros e desencontros entre seus atores sociais, dos seus acertos, tentativas de acertos e erros (Nunes, et al., 2008: 195).

Considero aqui que uma das dificuldades em redigir e compor uma etnografia, fundamentada na “tríade olhar, ouvir e escrever, posto que reside aí o percurso essencial do trabalho etnográfico” (Trad, 2011: 630), é a de transmitir ao leitor as experiências que ele não experimentou, senão pela leitura, e afetá-lo pelas calorosas descrições de um ambiente que não há informação de onde esteja localizado. A cotidianidade do Centro de Atenção Psicossocial é assinalada por múltiplas práticas, no desígnio de dispor uma atenção adequada e eficiente ao indivíduo com transtornos psiquiátricos, por intermédio de uma perspectiva comunitária. Minha primeira ida a campo enquanto pesquisadora sucedeu-se em uma semana de agosto de 2024 – aproximei-me da Instituição com o desassossego de uma etnógrafa de primeira viagem: as expectativas eram robustas, mas o receio da ausência de uma identidade entre o *sujeito de pesquisa* e *eu*, era tamanho. Um dos componentes que suscitou-me a atenção nesta interação inicial, pois era-me incomum, foi a aplicação do termo *desorganizado* para aludir aos usuários do serviço que defrontam-se com um quadro de sofrimento psíquico acentuado – prática linguística que tornara-se involuntária, todos expressam-se desta maneira espontaneamente. Desorganizado, no dicionário, diz respeito àquele sujeito que apresenta-se confuso, está desordenado⁷ – interpretei essa preferência semântica como um esforço em humanizar os sujeitos que foram subalternizados, lançados às margens da sociedade.

O confuso não é *louco*, a confusão não carrega em si a dicotomia normalidade-anormalidade que implica ao indispensável uso do saber-poder psiquiátrico (e tão somente ele) para torná-lo normal, ou sujeito de razão; o indivíduo desorganizado não é o louco, pois não carece de uma tutela para normalizar-se, ele unicamente está desordenado, fenômeno atingível por meio de várias frentes de atuação, como é o caso do CAPS – não como agente normalizador, mas organizador. Encontrei-me refletindo no que diz respeito à utilização da linguagem quando trata-se da loucura – suponho que há a necessidade do cuidado relativo ao uso de termos, ao passo que a RPB visava, e ainda hoje é preciso ressaltar, o rompimento com o paradigma manicomial, que utilizou-se muito da linguagem para subjugar aquele aludido enquanto *louco*. Humanizar o tratamento àqueles que antes eram vistos como alienados é, também, reordenar o tratamento verbal destinado a eles. Em determinado dia, houve uma diferente organização de um Projeto Terapêutico Singular: havia ali, além dos profissionais e

estagiários, um rapaz, usuário do serviço de Atenção Primária à Saúde, e seus pais.

Estavam ali para discutir a condução de seu próprio tratamento, isto é, para organizar as condutas adotadas dali em diante – suponho que está aqui a potência do uso do termo desorganizado: o uso da linguagem jamais é neutro, usa-se por alguma motivação. Empregar o termo *louco* a alguém é transformá-lo unicamente na *loucura* que dizem que ele carrega, usar desorganizado, ao invés disto, carrega consigo um caráter transitório, momentâneo, passível de cuidado, não há o apagamento da complexidade inerente ao indivíduo, apenas nomeia uma parcela de sua experiência subjetiva. Naquela situação, aquela família estava no CAPS para discutir a organização, não visando tão somente a parte clínica, mas para trazer à luz a dimensão social e terapêutica. Suponho que empregar o termo *desorganizado* abra margens para o cuidado, ao passo que não cristaliza o indivíduo enquanto *louco*.

No interior do espaço delimitado por este serviço de saúde aberto com traço comunitário, harmonizam-se quefazeres terapêuticos e de caráter social: ocorrem, em algumas circunstâncias simultaneamente, assistência individual (as consultas para prescrições de medicamentos ou terapias, psicoterapia e o acolhimento); assistência em grupo (oficinas terapêuticas, em suas múltiplas expressões; e grupos de apoio, nas suas diversas configurações); e atividades comunitárias (abrangendo desde caminhadas até eventos)⁸ – intervenções estas que tencionam à reintegração do indivíduo na sociedade e o reacender da autonomia dos usuários. O diálogo e a interação entre a equipe e os sujeitos é notório neste CAPS particular à esta pesquisa, o que é indispensável para construir um espaço que suscite uma segurança aos usuários, na direção da melhor receptividade e aceitação possível à terapêutica proposta: “o CAPS é para você se abrir” (Caderno de campo, 2024). Permita-me uma exemplificação do que intento comunicar: em determinada ida à campo, em um Projeto Terapêutico Singular de uma quarta-feira de outubro de 2024, ocuparam-se de um caso de uma mulher, a qual suportava um momento de excessiva tristeza – condição que só agravava-se por ninguém atentar-se a isso –; a conduta a qual desejo expor para demonstrar meu argumento da segurança, diz respeito à atuação de uma psicóloga deste serviço: ela, demonstrando muita preocupada com a consternação da mulher, fez um telefonema para o marido dessa, para conversar e orientar sobre as medicações que necessitariam ser ministradas – o que constatei com esse proceder foi que essa profissional, mas não somente ela, verdadeiramente preocupa-se com o estado dos indivíduos que são assistidos neste Centro.

Um pequeno esclarecimento: neste CAPS particular, autorizaram meu comparecimento em duas práticas cotidianas: o Projeto Terapêutico Singular – *PTS* – e em dois grupos de apoio – o *grupo de dependência química adulto e álcool* e o *grupo de famílias DQ*. À vista disso, os diálogos e os contatos em campo se deram nestes, com a equipe multiprofissional e com os usuários do serviço ambulatorial. Inicialmente, as visitas deram-se semanalmente – às quartas-feiras. Com o passar do tempo, foi-se diminuindo as idas a campo, à vista dos profusos *descaminhos* que a realização de uma etnografia traz. Em todas as idas a campo, foi-se escrito o diário de campo, incluindo anotações sobre as ações cotidianas, as falas de profissionais e usuários. Desta maneira, importou, e ainda importa, observar os discursos, as falas e as vozes, seus argumentos; mas, além do mais, importa as circunstâncias, a conduta, os papéis e suas atuações. Quanto à postura que sustentei até o momento, se evidencia pela descrição, por mais que eventualmente fosse inalcançável – pelo papel que simboliza a identificação: *ela é pesquisadora*; ou, *ela é de Ciências Sociais e está*

aqui fazendo uma pesquisa.

É em um município do interior de São Paulo, num bairro pacato apartado do centro movimentado, que encontra-se um Centro de Atenção Psicossocial, em que o silêncio não acha-se nos pensamentos dos pacientes assistidos pela atenção primária à saúde mental – aqueles que estão desorganizados⁹. O ambiente à que me refiro, outrora acomodou um Ambulatório de Saúde Mental e Hospital-Dia¹⁰ – circunstância interessante, tendo em vista que “os Hospitais-Dia tenham sido os precursores históricos do CAPS” (Tenório, 2002: 42) – circunvizinho à UBS deste bairro; ambiente este que, nos primeiros meses de 2017, transformou-se em CAPS I deste município, sob um exterior em tonalidades de azul, de arranjo similar às nuances do céu em definidas horas do dia. À sombra de coqueiros, sobressai-se um painel informativo enunciando *Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I* e seu símbolo¹¹.

109

Ao penetrarmos as adjacências deste CAPS, esbarramo-nos com uma porta de correr de vidro translúcido, com a logo do Centro de Atenção Psicossocial e a indicação de CAPS I; frente à fachada estão colocados dois bancos em direções opostas – penso nas trocas e diálogos que outrora ali desenrolaram-se. Ao transpassar a porta deslizante, há uma recepção à vista; deparamo-nos com uma pequena sala, estruturada a partir do seguinte arranjo: há duas filas de cadeiras, um bebedouro e um banheiro; os indivíduos que executam as atribuições administrativas da Instituição fixam-se na recepção, em um ambiente contíguo, com um vidro translúcido fragmentando as duas áreas. Ao longo das paredes, distribuem-se placas que designam a fundação do Ambulatório e um crucifixo religioso em posição elevada à uma das portas – aqui, realizo uma breve digressão: ao ver o crucifixo, penso no papel sociocultural da religião – à medida em que meu *campo* situa-se em um município majoritariamente católico – e o amparo que ela pode trazer aos indivíduos; contudo, não dispus da oportunidade de dialogar sobre esta temática com meus sujeitos de pesquisa. Discorrendo sobre as portas, há duas, que transportam-nos à duas passagens distintas: uma que conduz-nos aos consultórios e outra que orienta-nos ao espaço de convivência, à sala de descanso, ao refeitório e à área externa. Aproximado à uma sala, observa-se um artesanato em MDF, com a sigla CAPS bordada (figura 1), próximo aos enfeites de Natal. Nele, vê-se um girassol e três borboletas; ponderando sobre isto, me satisfiz com uma interpretação, quiçá apropriada, quiçá equívoca: as borboletas¹² são, outrora lagartas e pupas; a metamorfose transfigura-as em algo novo, algo bonito e gracioso, mas não desprovido de previamente transcorrer a crisálida, na qual ocorrem as notáveis e vantajadas transformações, na qual também florescem e potencializam-se aptidões conformadas ao meio que está inserida. Concebo como uma deslumbrante alegoria ao CAPS: ao indivíduo é admitido no Centro como um sujeito desorganizado, os multiprofissionais e suas inúmeras terapêuticas oferecem-no transmutações àquele cidadão; afasta-se do que era para fazer-se um indivíduo novo, com novas estratégias para colocar-se na realidade social e atuar enquanto sujeito com agência, ou melhor, com habilidades de engajar-se ao mundo, aptidão em formular seus próprios *caminhos* e dizê-los à sociedade, de expressar seus desejos, preferências e predileções, pois “o CAPS é para você se abrir” (Caderno de campo, 2024), e “além do transtorno, você é uma pessoa” (Caderno de campo, 2024) – elocuções ditas no primeiro PTS que participei.

Figura 1 – Artesanato com a grafia do CAPS.



Fonte: Acervo do autor.

110

Do observador ao participante: notas sobre colocar-se em campo e ser afetado

O *Fazer Etnográfico* é verter aqui, o que se contempla lá – inscrever em enunciados grafados uma paisagem concreta das dinâmicas sociais de uma delimitada tessitura do real. Copiosos estudiosos das Ciências da Saúde sustentam, predominantemente, o método clínico de pesquisa¹³ em seus trabalhos – realidade esta que estou distante de desaprovar, todavia, suponho que dever-se-ia compor e conceder espaço e oportunidade àqueles que tão somente buscam fomentar perspectivas outras de conhecimento e fornecer uma pluralidade de saberes, para além do *saber-poder* biomédico. Não coloco-me em uma óptica de hostilidade ao manifestar esta reflexão; coloco-me em um ângulo crítico que ratifica um horizonte que transcende um restrito e tradicional método de escrutinar os pormenores e complexidades que perpassam a Saúde. Isto, análogo à constatação de que, para além disto, propiciam uma lacuna à ser ocupada pelos usuários dos serviços ambulatoriais – isto é um direito. Isto, em termos análogos ao que denotam Santos, Barros e Delduque que

De modo geral, os serviços de saúde são estruturados pelo saber acadêmico e pelas diretrizes de gestão, o que não raramente, comporta uma dose de arrogância ao pressupor que as pessoas que os utilizam não sejam capazes de contribuir para seu aperfeiçoamento por meio de críticas ou opiniões (Santos; Barros; Delduque, 2019: 129).

Etnografar é registrar em proposições escritas os *caminhos* e os *descaminhos* de

outrem, da concretude de seu presente e dos vestígios de seu passado. Estar em campo enquanto etnógrafo é elaborar um arquivo tangível da manifestação sensorial que advém da expressão material da existência, não *de* outrem, mas *com* outrem. Jamais permitir-me-ei aludir que pesquiso os indivíduos de um Centro de Atenção Psicossocial, possuo a sensibilidade de enunciar que pesquiso *com os* indivíduos que permeiam o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. Empreender uma investigação em campo é dar expressão ao que indivíduos outros transmitem e revelam nas dinâmicas intersubjetivas; e isso, por diversas ocasiões, não sustenta correspondência alguma com o paradigma do *fazer científico* que há muito tempo é preponderante. Está aí estabelecido um expressivo entrave: ao declarar que eu, enquanto socióloga, conduzo uma pesquisa de campo no âmbito da Saúde, considerável número de indivíduos erguem dúvidas quanto ao que uma cientista social tem a contribuir à discussão e compreensão da saúde. Contudo, não se limita a isso: nutrem a convicção de que o que escrevo não é científico, como salientou o parecerista supracitado; não consideram que há valor epistêmico, visto que este não é um trabalho de Medicina ou de Psicologia – com orgulho, é um trabalho sociológico. O existir excede as barreiras materiais que circunscrevem a esfera acadêmica e ultrapassa os contornos simbólicos que revestem as titulações outorgadas de bacharel, mestre e doutor – desconsiderar este existir que movimenta-se nos extramuros das universidades é desconsiderar a razão de estamos onde estamos. Não deixo-me seduzir pela suposição de que transformei – ou transformarei – a vivência de outrem com esta etnografia, ou ainda que alguém, para além componentes da banca, consultará estes escritos – em contrapartida, suponho que executei um trabalho repleto de paixão e entusiasmo, e transformei a mim mesma; tornei-me uma *sujeita* mais perceptiva e sensível às realidades outras, reconheci alteridades e alcancei saberes que previamente não eram constitutivos de mim; no presente, reinventei-me, e quiçá este seja o mais bonito e primoroso dos sentidos e significados de uma etnografia: *ao perceber a presença e ouvir as palavras de outrem, você percebe e ouve a si próprio*.

Fazer Etnografia, [...] é dar voz a uma minoria silenciosa; é caminhar em um mundo desconhecido; é abrir caminhos passando das contingências para a autodeterminação [...]. Fazer Etnografia é um pouco de doação de ciência, de dedicação e de alegria, de vigor e de mania, de estudo e de atenção. Fazer Etnografia é perceber o mundo estando presente no mundo do outro, que parece não existir mais (Mattos; Castro, 2011: 45).

Etnografar é não estar solitário em acaso algum, ainda que por um efêmero instante – os outros penetram-te em seu íntimo. Encanta-me rememorar uma colocação que um docente de uma disciplina de Etnografia persistia em declarar em suas aulas: não pesquisa-se *os* indivíduos em um *campo*, ao contrário pesquisa-se *com os* indivíduos em um *campo*. Projeto-me além: jamais conta-se uma história *de* alguém, antes conta-se uma história *com* alguém. Traduz-se aqui a magnificência do Fazer Etnográfico. Etnografar é despir-se do Eu e vestir-se do outro; vestir-se da roupagem de concepções outras dos sentidos de existir, ensaiando suas próprias; isto, mormente, também no âmbito da perspectiva teórica que adotamos na academia. É nesta perspectiva que reitero sempre que possível que ir à campo é um desafio. Não constitui-se, profusas vezes, de situações que compete-nos o controle, quiçá não possuamos, em qualquer medida, alguma condição de controle. Jamais nos é facultado as condições de conjecturar as condutas e os falares de outrem.

De maneira breve, cumpre assinalar uma consideração sobre *meu* estar em campo: o

campo da saúde mental é um espaço de transformações, de quaisquer ordem e quaisquer resultados – resumam-se eles à transformação da experiência individual de outrem ou à transformação de sua própria experiência. Adentrar às vivências cotidianas de um CAPS não é uma atribuição simples e descomplicada, requer ânimo, ousadia e disposição; é, para além disso, estar disposto a ser reiteradamente afetado em campo. Jeanne Favret-Saada¹⁴, encaminha-nos para a reflexão do que é ser afetado em campo, à medida que, de acordo com ela, os autores habitualmente desconsideram o local que lhes é próprio da vivência no corpo social (Favret-Saada, 2005). Ela dedica-se à hipótese de que “a eficácia terapêutica, quando ela se dá, resulta de um certo trabalho realizado sobre o afeto não representado” (Favret-Saada, 2005: 155), e, ainda que seu trabalho refira-se à feitiçaria, suponho que compatibiliza-se com a saúde mental: a história da loucura destituiu a fisionomia de porta-voz do divino, ou outra distinta que venha a ser, que já pertencera ao *louco*; foi a causa incumbida de impessoalizar o que era pessoal. *Em qual circunstância pode-se ser afetado por uma vivência que lhe é alheia e distante?* Uma indagação cabível, à proporção que “(...) a loucura se transformou na imagem da humilhação dos internos, cuja razão oprimida foi reduzida ao silêncio” (Frayze-Pereira, 1984: 76). A Reforma Psiquiátrica encarregou-se de conduzir o cidadão com transtornos psiquiátricos - que não é mais *louco* - ao agrupamento do corpo social, à medida que “a loucura oferece-se não só como objeto de conhecimento, mas, também, como ocasião para uma experiência de reconhecimento do observador. Isto significa que o louco encerra mais verdades do que a sua própria” (Frayze-Pereira, 1984: 89). Por tais razões e por uma miríade de outros fatores implicados, não pude – e em certo sentido não planejei – fazer coisa contrária à de deixar-me ser afetada pelos meandros das condições individuais projetadas cotidianamente neste Centro de Atenção Psicossocial.

112

No começo, não parei de oscilar entre esses dois obstáculos: se eu ‘participasse’, o trabalho de campo se tornaria uma aventura pessoal, isto é, o contrário de um trabalho; mas se tentasse ‘observar’, quer dizer, manter-me à distância, não acharia nada para ‘observar’. No primeiro caso, meu projeto de conhecimento estava ameaçado, no segundo, arruinado (Favret-Saada, 2005: 157).

À semelhança de Favret-Saada, que manifestou que “por mais que vivesse uma aventura pessoal fascinante, em nenhum momento resignei-me a não compreender” (Favret-Saada, 2005: 158), encanto-me de maneira progressiva a cada ida à campo, pela oportunidade de absorver uma realidade cotidiana, que embora seja familiar, não encontra-se tão vizinha. A ousadia e disposição a que me refiro, dizem respeito às circunstâncias em que somos projetados numa etnografia em serviços de saúde. Uma pluralidade de semblantes e uma multiplicidades de diagnósticos movimentam-nos a isso, é inevitável. Em tratando-se da saúde mental, a probabilidade de emergir alguma vivência individual dolorosa e lamentosa é significativa, e em especial por este fator

Imersão no campo exige disponibilidade subjetiva, numa apreensão fenomenológica da mesma, que favoreça que os sentidos sejam aguçados, vivências corporais experimentadas e o fascínio do extraordinário ceda progressivamente lugar aos (ou incorpore) encantos calmos do cotidiano (Nunes; Torrenté, 2013: 2862).

Em profusos contextos de reuniões semanais do Projeto Terapêutico Singular, vi-me afetada, em considerável intensidade pelas experiências pessoais de sofrimento psíquico dos indivíduos; mas, também, pela ponderação de que “aqui é diferenciado, mas o mundo não é

assim, nem todo mundo explica para o outro entender” (Caderno de campo, 2024), uma expressão dita por uma psicóloga da unidade em um PTS sobre este Centro de Atenção Psicossocial e seus profissionais, e que afetou-me integralmente: a Reforma Psiquiátrica intentou a assistência ao indivíduo com transtornos psiquiátricos em um processo humanizado, pensando para além da figura do sujeito acometido pelo sofrimento psíquico, mas atendendo também ao contexto em que está inserido e a atividade laboral que exerce: assimilando o usuário do serviço não como um ser desequilibrado, mas como uma totalidade, um ente integral; entretanto, não ocorre desta forma nos inúmeros ambientes destinados à saúde mental atuantes no tempo presente: às vezes, faltam-lhes a prática do manejo correto com um indivíduo em extremo sofrimento psíquico, outras vezes, diz respeito às insuficiências do sistema público de saúde, ou até mesmo à desvalorização dos profissionais que se encontram nestes CAPS. Certo dia, uma psiquiatra da unidade enunciou em um PTS que o CAPS não foi constituído historicamente para prender ninguém, que não é tal qual uma polícia – precisa-se saber os limites da Medicina. Esta fala marcou-me e esta forma cuidadosa de oferecer tratamento àqueles que estão *desorganizados*, deu-se em uma outra data, quando uma psicóloga contava-nos que havia ligado à uma usuária do serviço perguntar-lhe se estava tudo bem, se estava tomando as medicações corretamente – vi, neste momento, o autêntico sentido de *organizar* aqueles que encontram-se *desorganizados*.

Saúde, doença, formas de tratamento e cura não são temas estranhos às pesquisas antropológicas, pois ‘têm sido estudados, direta ou indiretamente, por antropólogos desde o final do século XIX, possibilitando à ciência antropológica, por meio da descrição e da análise proporcionadas por estudos etnográficos, acumular um vasto conhecimento acerca das diferentes experiências de sociedade e grupos sociais sobre esses fenômenos’ (Nakamura, 2009: 27).

Max Weber no ensaio *Ciência como vocação*, diz: “como estar à altura do cotidiano? Todas as buscas de ‘experiência vívida’ têm sua fonte nessa fraqueza, que é a fraqueza de não ser capaz de encarar de frente o severo destino do tempo presente” (Weber, 2004: 49). O cotidiano não é um ensaio da existência – é a existência em seu fluxo pleno e íntegro. Para Agnes Heller (2016), a experiência cotidiana conforma-se à vida de todos os indivíduos; ela é degustada dia após dia por todos os sujeitos que possa-se aludir – não há isenção ou desvio. É nesta experimentação costumeira do dia após dia que o indivíduo projeta sua individualidade e subjetividade que lhe é particular às outras singularidades que permeiam o corpo social. O cotidiano apresenta-se como uma extensão profícua às exteriorizações das personalidades e aos discursos das díspares maneiras de se experimentar o cotidiano dinâmico que nos é conformado. À vista disto, o cotidiano pronuncia-se enquanto um constituinte heterogêneo – os inúmeros arranjos de existir mostra-nos isso. Situar-se no cotidiano é pertencer à ordem das transformações: inventamo-nos e desinventamo-nos, somos e deixamos de ser, em um contínuo zigue-zague pelos *caminhos* e *descaminhos*. Para além disso, toda vultuosa realização histórica de uma sociedade faz-se histórica e característica por ser prover uma repercussão na vida cotidiana – este cotidiano de forma alguma localiza-se na exterioridade da história, mas em seu centro, é seu âmago (Heller, 2016). A postura de Pinel quanto ao cotidiano exprimia o risco dos nexos estreitos do *louco* com seus quefazeres e com seus vínculos afetivos e familiares, à isso designava o encerramento, conjugado à vigilância e ao isolamento (Silva; Holanda, 2014). Sob semelhante perspectiva, Esquirol diz-nos que o *louco*, nesta terapêutica do distanciamento, curar-se-ia pela vontade no “retorno às afeições morais

em seu justo limite, o desejo de rever a seus amigos, a seus filhos, as lágrimas de sensibilidade, a necessidade de abrir seu coração, de reencontrar-se em seu meio familiar, de retomar seus hábitos” (Foucault, 2003; *apud* Caponi, 2007).

Estar em campo sempre é, de certa forma, desconfortável. Deparamo-nos com uma realidade que, muitas vezes, não nos constitui enquanto sujeitos – sensações e situações que não passaríamos senão pela vivência em campo. Etnografar está distante de constituir-se enquanto unicamente um comprometimento com profusos pressupostos acadêmicos e antropológicos do que é, de fato, construir uma etnografia; etnografar, para além disso, é assumir uma responsabilidade com outrem – com aqueles que contam-nos suas verdades – é mais do que meramente “olhar”, “ouvir” e “escrever”.

Considerações finais

Mesmo que essas questões fossem possíveis de respostas precisas, poderia as ciências médicas, promover o reencontro da loucura com uma sociedade que por muitos anos a excluiu? Poderia esse mesmo saber médico, encontrar o sentido de libertação da loucura? (Frayze-Pereira, 1984: 102).

Uma Etnografia jamais esgota-se; jamais poder-se-á aludir que esta findou-se – há sempre uma dimensão que escapa-nos. Manifesto nestas considerações finais que fiz aquilo que foi-me possível com aquilo que possuía em meu escopo, quer seja este psíquico ou enquanto algum componente tangível; fiz valer as possibilidades que encontravam-se em minhas mãos. Sustentar um trabalho etnográfico não é um *caminho* desprovido de *descaminhos*; há sempre travas que impõem-se e exigem uma diligência. Conciliá-la às aulas, às atividades e aos exames acadêmicos confere à Etnografia uma dimensão laboriosa e exaustiva, notadamente quando estes executados em municípios distanciados por 152,9 km; contudo, quiçá, esta condição embutiu-o de importância, significação e beleza à meus *caminhos* e *descaminhos* de *ser*, qualquer que seja a constituição de *ser* que aqui vir-se-á a considerar – não estou aqui, sob nenhuma circunstância, enobrecendo ou romantizando estes percalços, limito-me à expressar que impus-me ao desafio estes múltiplos *descaminhos* que emergem com a escolha de etnografar.

Desafiei-me à deslocar-me por 305,8 km nas ocasiões em que ia à campo; desafiei-me à estar imersa em uma rotina que costumeiramente exauria-me; desafiei-me à reconhecer alteridades outras; por fim, quiçá mais significativo, desafiei meus transtornos psiquiátricos e meu sofrimento psíquico: sair da cama redefiniu-se em uma experiência deleitosa, deparei-me com um propósito. O sentimento de insuficiência e de impotência que apoderou-se de mim de modo pleno e a melancolia que impôs-se aos meus pensamentos mais íntimos – notavelmente pela decisão de indeferimento do processo inicial pela FAPESP – jamais atreveu-se à retornar à mim. Escolher um campo em um município no qual sua instituição de ensino não encontra-se é uma adversidade: em partes, devido à ausência de meios e aparatos para inserir-se em campo em momentos e situações que requerer-se-ia nossa presença – é ausentar-se por um lapso temporal. Conquanto, manifesto reiteradamente que etnografar não caracteriza-se e traduz-se, ou até limita-se, em meramente estar em campo em termos corpóreos; projeta-se para além dessa dimensão espacial e física.

Etnografar, quiçá, desenrole-se como uma extensão de nós em profusas dimensões: a tangível e concreta, o local que constitui nosso campo – suponho que jamais é uma escolha que não diz-nos respeito, há um reconhecimento neste espaço, ou jamais valer-nos-emos da

empíria e do conhecimento tácito de forma autêntica; a dimensão subjetiva, que é imanente à minha condição de sujeito, concerne à quem somos e porque isto conduz-nos à campo, é o porquê admitimos o *campo* que escolheu-nos; há a dimensão dos desejos e motivações que orientam nossas ações enquanto sujeitos subjetivos: porque pesquiso isto e não pesquiso outra coisa? O que de mais íntimo em meus *caminhos* e *descaminhos* da existência me conduz à motivação que desafia-me à ir à campo e expor-me à contextos incômodos e vulneráveis?

Por fim, uma última dimensão que este trabalho instigou-me a reconhecer e formular: a da escolha. No preâmbulo deste manuscrito, expressei que não somos nós que escolhemos nosso campo, e sim que ele que escolhe-nos – ao encerrar esta escrita, ainda sustento ser um raciocínio factual e legítimo; contudo, pude descobrir uma outra vertente desta dimensão. O campo escolhe-nos, sim, é verídico; entretanto, nós, da mesma forma, escolhemos. Nós escolhemos permanecer – escolha esta que veicula a importância que conferimos a algo. Escolhemos aceitá-lo, escolhemos colocarmo-nos na posição de sermos afetados – e isto, porque as escolhas são imbuídas, em seu âmago, de uma faceta repleta do belo e do sublime. Isto precisamente porque *eu*, enquanto um sujeito dotado de subjetividade, poder-se-ia escolher não assumir meu campo – e é justamente isto que imprime um significado à toda ação que optei por escolher. A escolha figura-se como uma das expressões mais encantadoras e substanciais de nossa existência; precisamente porque, por vezes, não sou impelida à decidir meu proceder, mas à medida que escolho afetar-me e lançar-me profundamente em meu campo, exteriorizo a importância que destino-lhe; assim, concebo-me e posiciono-me no mundo. Assim que escolho algo e, inevitavelmente, renuncio e abduco à outras possibilidades, dou forma à minha subjetividade e exteriorizo minha singularidade, torno manifesto quem sou e minha relação com o mundo – por não sermos compelidos a posicionar-se, na ocasião que escolhemos fazê-lo, estas escolhas trazem à luz nossos reflexos na coletividade. Ao escolher, manifesto a significância que atribuo a algo ou a outrem. Quiçá nossas escolhas denotem o que há de mais vivo e profundo em nosso íntimo.

A Reforma Psiquiátrica, para além de um ativismo em nome da saúde mental e pela denúncia dos processos de intervenções terapêuticas contrários à dignidade humana que reivindicavam a soberania sobre os corpos que estavam sob o jugo da *loucura*, é, antes de mais nada, uma *escolha* política, ética, moral, social e humanitária, que posicionava-se a favor da justiça social perante aos *loucos*. O MTSM e outros igualmente significativos agentes de mudança aderentes à questão da saúde mental, permitiram-se empatizar e perceber o *louco* enquanto *cidadão*; desnudaram suas sensibilidades à expressões outras de existir, que não correspondiam e moldavam-se aos referenciais normativos – estes, engendrados em períodos pretéritos e ratificado com a formalização da Psiquiatria na qualidade de um saber científico guardião da loucura, conjuntamente com a legitimação do alienismo, incluindo especialistas como Philippe Pinel, Jean-Étienne Esquirol e Bénédict Morel, mas não se limitando à estes. Escolheram, deste modo, por profusas razões e fundamentações – configurem-se estes enquanto princípios deontológicos ou probos, valores morais ou éticos, fundamentos subjetivos ou objetivos, que aspirem ao bem-estar ou à justiça social –, *lutar*. Escolheram lutar por dimensões outras da existência, relegadas e preteridas pela conformidade psiquiátrica oriunda da Europa das décadas do século XVIII – subjugação esta que foi alastrada pelo pensamento coletivo e pelas crenças compartilhadas às gerações vindouras, que ainda insiste em pairar sobre as tramas compartilhadas de percepções quanto aos *caminhos* da existência. Escolheram lutar por aqueles – os *loucos* – que não desfrutaram

da faculdade da escolha, aqueles que foram destituídos da possibilidade de escolha dos *caminhos* de suas vidas; suas vidas foram conduzidas em *descaminhos*, que não assevero serem silenciosos, pois, em que pese a subjugação ao silêncio pelas vozes e prerrogativas racionais da Psiquiatria, ainda ressoavam os ecos de súplica e clamor, originários dos hospícios e manicômios, destinados à quem pudesse escolher escutar com atenção. Aqueles engajados socialmente na saúde mental, fizeram-se *luta* e *escuta*, mas, para além disto, traduziram-se em *resistência*. Escolher luta e escolher resistir por aqueles a quem é negada esta condição humana é afirmar sua potencialidade visceral de reconhecer o *outro* à luz do que há de mais sublime na ontologia do ser: a *alteridade*. Escolhi nestes manuscritos, redimir-me com os *descaminhos* que percorri na infância e na adolescência. Ao pensar que jamais ouviram-me, escolho ouvir outras expressões de ser. Escolher ouvir outrem quiçá acabe por ser ainda mais bonito e significativo que unicamente escolher.

É respaldado neste trabalho, que julgo ser de extrema necessidade ampliar as discussões em torno da RPB, mas para além disso, debater sobre a posição dos transtornos psiquiátricos e sua atenção, em especial em uma cidade do interior. Apreendo em cada ida à campo o que foi a Reforma Psiquiátrica olhando além da perspectiva da medicina, e espero ter construído um conhecimento de uma óptica sociológica e de um método etnográfico, de um ângulo em que os indivíduos tenham sido ouvidos e que eu tenha feito jus às vivências individuais, à medida que “tudo nos leva à mesma conclusão: a necessidade de mais estreita intimidade entre o psiquiatra e o sociólogo” (Bastide, 1967: 63). Portanto, neste debate espero ter trazido à luz a subjetividade dos indivíduos ligados aos fenômenos e meandros dos transtornos psiquiátricos, de suas ações e das ressignificações trazidas nas suas atuações cotidianas, ou seja, anseio por ter conseguido expressar em que razão o discurso da Reforma Psiquiátrica fora incorporado nas práticas cotidianas dos sujeitos e constituíram uma nova realidade e transformações na atenção primária à saúde mental, pois acredito firmemente, mesmo que em uma discussão parcial, que os princípios humanitários da Reforma atingiram um município do interior de São Paulo e que há tratamento horizontalizado entre os profissionais, apesar de todos os *descaminhos* que trouxe à tona.

Notas

¹ Importante salientar que apesar da importância da Reforma Psiquiátrica italiana, as mudanças nos paradigmas psiquiátricos e os resultados conquistados no âmbito da saúde mental não se resumem apenas à experiência desse país. Tiveram grande relevância também os movimentos que despontaram por toda a Europa e EUA nos anos 1960, que contestavam os tratamentos oferecidos na época e a existência dos manicômios. Todo esse conjunto, e também a luta brasileira a partir de 1980, resultaram nos direitos que hoje são previstos aos indivíduos com transtornos mentais e sofrimento psíquico.

² *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*. Pinel, Philippe. *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie*. Paris: Richard, Caille e Ravier, 1801.

³ Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 21 jan. 2025.

⁴ Foucault, Michel. *Ditos e Escritos I: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

⁵ A Nau dos Loucos, ou Nau dos Insanos, foi uma representação alegórica fruto da literatura europeia do século XVI, que simbolizava as embarcações pelas quais os insanos se deslocavam pelos mares, de cidade à cidade.

⁶ Agnes Heller (1929 – 2019) foi uma filósofa húngara que teorizou, principalmente, sobre o cotidiano.

⁷ Michaelis. Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. Desorganizado. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/desorganizado/>. Acesso em: 21 jan. 2024.

⁸ Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

⁹ (Caderno de campo, 2024). Desorganizado é a maneira a qual os diversos profissionais deste CAPS em particular empregam para designar o indivíduo que é assistido na Instituição e que experimenta e defronta-se com um situação de sofrimento psíquico.

¹⁰ Hospital-Dia é assinalado como uma atenção intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial. Desempenha assistência às pessoas no que tange a procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que exijam a permanência do indivíduo na Unidade por, no máximo, 12 horas.

Ministério da Saúde. Hospital-Dia. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/hospital-dia>. Acesso em: 21 jan. 2024.

¹¹ Não disponibilizo a fotografia da fachada da Instituição, à medida que há a identificação do local, pelo nome do Centro, e da cidade em que ele se localiza – portanto, tão somente viabilizo uma descrição acerca da parte externa.

¹² Borboletário de São Paulo (São Paulo). *O ciclo da vida das borboletas*. Disponível em: <https://borboletariodesaopaulo.com.br/o-ciclo-da-vida-das-borboletas/>. Acesso em: 21 jan. 2024.

¹³ Para Antonio Carlos Gil (2008: 17), o método clínico dá-se em pesquisas majoritariamente psicológicas, compreendendo, preponderantemente, uma nexos pesquisador-pesquisado que constitui-se pelo psiquiatra ou psicólogo e os usuários que dirigem-se à estes pela demanda em saúde mental, reportando-se à procura pela cura. Este método científico de pesquisa propagou-se mormente a datar dos trabalhos de Freud – que viabilizou os estudos dos determinantes inconscientes de comportamento. Ademais, o autor acena ao discernimento e prudência, também à uma abordagem cautelosa, ao assentar-se em casos individuais e vivências subjetivas, é, em certa medida, incerto estabelecer generalizações. Poder-se-á,

assimilar-se à primeira leitura, que o método clínico possuiria semelhanças com o método etnográfico – todavia, isto não é verídico. No que concerne às dissemelhanças, à proporção que o método clínico apresenta-se com o sentido de análise do indivíduo e no processo de diagnóstico e cura, o método etnográfico compreende, em termos similares, o indivíduo, conquanto nos termos de sua interação com a sociedade a qual insere-se, suas relações interpessoais e a cultura da qual é integrante.

14 Jeanne Favret-Saada (1934 -) é uma etnóloga francesa. O texto à qual me refiro é o capítulo *Être Affecté* do livro *Gradhiva: Revue d'Histoire et d'Archives de l'Anthropologia*, tradução de Paula Siqueira e Revisão de Tânia Stolze Lima..

Referências

Arruda, E. *Resumo Histórico da Psiquiatria Brasileira*. Rio de Janeiro: JC/UFRJ, 1985.

Bastide, Roger. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

Caponi, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 95-103, fev. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100015>.

Favret-Saada, Jeanne. “Ser afetado”, de Jeanne Favret-Saada. *Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)*, São Paulo, Brasil, v. 13, n. 13, p. 155–161, 2005. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v13i13p155-161>.

Figueirêdo, Marianna Lima de Rolemberg; Delevati, Dalnei Minuzzi; Tavares Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS*, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 121–136, 2014.

Foucault, Michel. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

Frayze-Pereira, João. *O que é loucura?* São Paulo: Brasiliense, 2018.

Heller, Agnes. *O cotidiano e a história*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

Nakamura, Eunice. "O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica". *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 95-103, mar. 2011.

Nunes, Mônica de Oliveira; Torrenté, Maurice de. "Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental". *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 18, n. 10, p. 2859-2868, out. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000010>.

Nunes, Mônica; Torrenté, Maurice de; Ottoni, Vitória; Moraes Neto, Valfrido; Santana,

Mônica. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 188-196, jan. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100019>.

Providello, Guilherme Gonzaga Duarte; Yasui, Silvio. "A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 1515-1529, dez. 2013. FapUNIFESP

Santos, Alethele de Oliveira; Barros, Fernando Passos Cupertino de; Delduque, Maria Célia. "A pesquisa em saúde no Brasil: desafios a enfrentar". *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 43, n. especial 5 dez, p. 126–136, 2019.

Silva, Gabriel Bertassoni da; Holanda, Adriano Furtado. (2014). "Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930)". *Memorandum*, 27, 127-142. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6512>.

Soares, Roberta de Oliveira; Gisi, Bruna. "Ajustamentos à loucura: a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários no cotidiano de um centro de atenção psicossocial". *Sociologia & Antropologia*, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 1-23, 2023. <https://doi.org/10.1590/2238-38752023v1337>.

119 Stockinger, Rui Carlos. *Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. Petrópolis: Vozes, 2007.

Trad, Leny Alves Bomfim. "Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 627-633, mar. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300008>.

Tenório, Fernando. "A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

Wachelke, João Fernando Rech. "O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura". *Estudos de Psicologia (Natal)*, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 313-320, ago. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200019>.

Weber, Max. *Ciência e Política: duas vocações*. São Paulo: Editora Martin Claret, 2004.