

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

YANNA CRISTINA MORAES LIRA NASCIMENTO

**O ADOECIMENTO MENTAL:
reflexos sobre a identidade da pessoa que sofre**

Maceió
2012

YANNA CRISTINA MORAES LIRA NASCIMENTO

**O ADOECIMENTO MENTAL:
reflexos sobre a identidade da pessoa que sofre**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, área de concentração Enfermagem, promoção da vida, saúde e cuidado dos grupos humanos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mércia Zeviani Brêda

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Fabiana Camargo dos Santos

N244a Nascimento, Yanna Cristina Moraes Lira.
O adoecimento mental : reflexos sobre a identidade da pessoa que sofre / Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento. – 2012.
163 f.

Orientadora: Mércia Zeviane Brêda.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2012.

Bibliografia: f. 152-157.
Apêndices: f. 158-161.

1. Identidade própria. 2. Serviços de saúde mental. 3. Pessoas mentalmente doente. 4. Enfermagem – Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

CDU: 616-083:616.89

Maceió

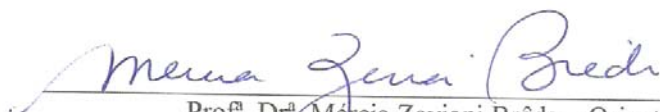
2012

YANNA CRISTINA MORAES LIRA NASCIMENTO

**O ADOECIMENTO MENTAL:
reflexos sobre a identidade da pessoa que sofre**

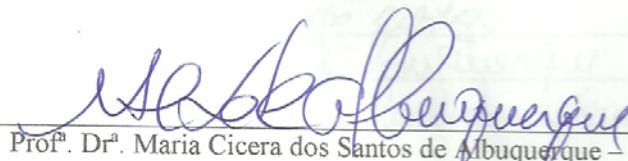
Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, área de concentração Enfermagem, promoção da vida, saúde e cuidado dos grupos humanos, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Maceió, 17 de dezembro de 2012.



Prof.^a Dr.^a Mécia Zeviani Brêda – Orientadora
Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dr. Ricardo Mayer – 1º examinador (externo)
Universidade Federal de Santa Maria



Prof.^a Dr.^a Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – 2º examinador
Universidade Federal de Alagoas

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todas as pessoas que de alguma forma vivenciaram ou vivenciam o sofrimento mental...

AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso Pai Celestial, pela força, determinação, disciplina e coragem em todo o percurso da pesquisa;

À minha mãe Iradir por permitir minha existência, pela inspiração como exemplo de mãe e pelo acalanto nas horas de tensão;

Ao meu esposo Roger pelo companheirismo, amor e compreensão nas diversas horas que não pude dar-lhe atenção;

À minha querida amiga e orientadora Mércia pelo apoio, incentivo e direcionamento em cada etapa a ser conquistada;

Às pessoas que foram sujeitos da pesquisa pela colaboração e confiança em exporem sem medo suas histórias com toda emoção;

Aos profissionais do CAPS pela maravilhosa recepção e apoio para que fosse possível a coleta de dados;

À Coordenação de Saúde Mental do município de Maceió por permitir a realização da pesquisa;

À Universidade Federal de Alagoas pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos;

Aos avaliadores da banca de qualificação e defesa pelo carinho, paciência e sugestões enriquecedoras.

Aos amigos e professores do mestrado pelo apoio e compreensão durante toda caminhada.

Muito Obrigada!!!

Frequentemente descobrimos uma divisão entre a região interior, onde a representação de uma rotina é preparada; e a região exterior, onde a representação é apresentada. O acesso a essas regiões é controlado, a fim de impedir que a platéia veja os bastidores e que estranhos tenham acesso a uma representação que não se dirige a eles.

Goffman⁷⁰

RESUMO

A pesquisa investiga os reflexos do adoecimento mental sobre a construção da identidade das pessoas acompanhadas em Centro de Atenção Psicossocial. Objetiva: 1) Identificar como a pessoa se percebia antes do adoecimento mental; 2) Identificar como a pessoa “se percebe” e “percebe o outro” a partir da experiência do adoecimento mental; 3) Identificar a percepção da pessoa com transtorno mental em relação a como a sociedade o percebe; e 4) Identificar possíveis influências do acompanhamento CAPS nesse processo de construção da identidade. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, em que se utilizou a história oral de vida tópica por meio de entrevistas abertas, observação direta e diário de campo. Participaram do estudo quatro mulheres entre 40 e 51 anos que frequentam um dos CAPS do município de Maceió, Alagoas, Brasil. Os dados foram submetidos à análise temática e interpretados sob o referencial de Erving Goffman. A apresentação dos resultados se deu de sujeito a sujeito, através de quatro categorias: a) percepção da minha identidade: como me vejo?; b) percepção do outro sobre minha identidade: como o outro me vê?; c) percepção da identidade do outro: como os vejo? e; d) a identidade construída no caps: quais influências sobre mim? Os resultados apontaram que as participantes se veem improdutivas, resilientes; doidas, perigosas, ou sabidas pela descrição da sociedade, e, como apoio emocional pelo CAPS. Quem não possui transtorno é visto como orgulhoso. O CAPS tem reforçado a construção de identidades autênticas e valorizadas, e em algumas situações tuteladas e adaptadas a determinadas regras institucionais, à precária estrutura física, à falta de insumos materiais e à mudança constante da equipe de profissionais. Assim, a pesquisa confirma que mudando o contexto, muda-se a identidade, mas que algumas características permanecem e são as responsáveis pela construção da rede de crenças e valores individuais, as quais se violadas podem causar sérios danos. À enfermagem cabe refletir a expressão autêntica e espontânea das identidades dos sujeitos que o serviço se destina a cuidar.

Descritores: Identidade própria. Serviços de Saúde Mental. Pessoas mentalmente doentes.

ABSTRACT

The research investigates the consequences of mental illness on the construction of identity of persons accompanied on Psychosocial Care Center. Objective: 1) Identify how the person was perceived before the mental illness, 2) identify the person as "you realize" and "realize the other" from the experience of mental illness, 3) identify the perception of people with mental disorder about how society perceives and 4) identify possible influences of CAPS monitoring this process of identity construction. This is a descriptive study with a qualitative approach, which used a topical oral history of life through open interviews, direct observation and field diary. The study included four women between 40 and 51 years attending one of CAPS in the city of Maceió, Alagoas, Brazil. Data were subjected to thematic analysis and interpreted under the benchmark Erving Goffman. The presentation of results is given for each subject across four categories: a) perception of my identity, how I see myself?, B) perception of others about my identity: how the other sees me? C) perception of identity another: as I see them? and d) the identity constructed in caps: what influences on me? The results showed that the participants see themselves unproductive, resilient, crazy, dangerous, or known by the description of society, and as emotional support by CAPS. Who does not have disorder is seen as proud. The CAPS has strengthened the construction of authentic identities and valued, and in some situations tutored and adapted to specific institutional rules, the poor physical infrastructure, lack of material inputs and the constant change of staff. Thus, the research confirms that changing the context, changing the identity, but some features remain and are responsible for building the network of individual beliefs and values, which if violated can cause serious damage. In nursing it reflect the expression of spontaneous and authentic identities of the service is intended to take care of.

Keywords: Identity itself. Mental Health Services. Mentally ill persons.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: APRESENTANDO O PROBLEMA.....	10
1 IDENTIDADE DAS PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL NOS MANICÔMIOS: CONTRIBUIÇÕES GOFFMANIANAS	16
1.1 O MUNDO DAS PESSOAS INTERNADAS	17
1.2 O MUNDO DA EQUIPE DIRIGENTE	20
1.3 A INFLUÊNCIA DO ESTIGMA	22
2 COMPREENDENDO A IDENTIDADE PESSOAL, A IDENTIDADE DO EU E A IDENTIDADE SOCIAL.....	24
3 CAMINHO PERCORRIDO: CONSTRUINDO A IDENTIDADE DA PESQUISA (PERCURSO METODOLÓGICO).....	33
3.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO E ABORDAGEM.....	33
3.2 QUESTÕES ÉTICAS.....	35
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	36
3.4 O CENÁRIO DA PESQUISA.....	36
3.5 A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES	37
3.6 APROXIMAÇÕES DO PESQUISADOR AO CAMPO DO ESTUDO PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS	39
3.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS	41
4 REFLEXOS DO ADOECIMENTO MENTAL SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..	44
4.1 LÊ	44
4.1.1 Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?	45
4.1.2 Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?	49
4.1.3 Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?	53
4.1.4 A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?	57
4.2 PATRÍCIA	61
4.2.1 Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?	62
4.2.2 Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?	72
4.2.3 Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?	76
4.2.4 A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?	82

4.3 VERÔNICA	93
4.3.1 Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?	98
4.3.2 Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?	101
4.3.3 Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?	108
4.3.4 A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?	113
4.4 JANE	123
4.4.1 Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?	125
4.4.2 Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?	128
4.4.3 Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?	131
4.4.4 A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?	132
 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A IDENTIDADE EM CONSTANTE	
CONSTRUÇÃO	141
 REFERÊNCIAS	 145
 APÊNDICES	 151
 ANEXOS	 155

INTRODUÇÃO: APRESENTANDO O PROBLEMA

O presente estudo trata dos reflexos do adoecimento mental sobre a construção da identidade das pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O interesse em discorrer sobre o tema surgiu da inquietação em compreender, enquanto enfermeira, como um dispositivo novo de atenção à saúde mental sustentado nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, marcado pelos avanços da política e da gestão pública em saúde, tem contribuído na construção da identidade de sujeitos que adoecem de transtorno mental.

São esses reflexos que pretendo identificar e analisar nesse novo contexto do cuidado em saúde mental, que durante décadas foi marcado por maus tratos, desrespeitos e isolamentos em instituições psiquiátricas hospitalares, que só contribuíram para a exclusão social e desagregação da identidade de pessoas que ali frequentaram.

Os estudos do sociólogo Erving Goffman forneceram grande contribuição ao compreender a identidade das pessoas trancafiadas em manicômios, hoje nomeados de hospitais psiquiátricos. Para Goffman,¹ a institucionalização das pessoas nesses dispositivos pressionava a mudança de comportamento gerando um “desculturamento”, alterando significativamente o seu sistema de crenças e valores. Havia a modificação de hábitos e pensamentos para adequar-se às normatizações organizacionais instituídas, usurpando o que a pessoa tinha de mais singular, que era a sua identidade, dificultando ainda mais o processo de readaptação social após o período de internação e isolamento.

Hoje, no Brasil, existe um novo modelo de atenção à saúde mental, substitutivo aos manicômios, de base comunitária, pautado na perspectiva de liberdade e inclusão social, com o objetivo de reconstruir a identidade usurpada da pessoa que adoecer. Como essa identidade está sendo (re)construída e revelada nesse contexto é interesse deste estudo.

Entretanto, para desenvolver uma investigação sobre identidade, o primeiro desafio a quem se depara é como concebê-la. A identidade está interligada aos fenômenos sociais contemporâneos trazendo inúmeros significados, referenciais e campos de aplicação. O termo identidade foi utilizado inicialmente por filósofos e nasce a partir da crise de pertencimento e do esforço em transpor a lacuna existente entre o que se “deve ser” e o que se “é”.² Identidade “é aquilo que nós somos, de onde nós provimos. [...] é o ambiente no qual os nossos gostos, desejos, opiniões e aspirações fazem sentido”.³

O termo ou o conceito de identidade traz uma diversidade de expressões, que cada vez mais confirma a complexidade de abordagem ao tema. Estudos referem que os autores conceituam identidade como “um conjunto de traços, de imagens, de sentimentos que o indivíduo reconhece como fazendo parte dele próprio” como “*self*” ou “*self-concept*” correspondendo ao conceito de si na descrição norte-americana, ou como noção de representação de si na descrição europeia. Assim, para essa mesma autora, a identidade é representada pelo “pronome eu ou por outras predicções como àquelas referentes ao papel social”, sendo compreendida como “um conjunto de representações que responde a pergunta ‘quem és?’”.^{4:160-1}

Segundo Ciampa,⁵ o nome de uma pessoa seria a forma inicial de se estabelecer a sua identidade, em seguida os papéis adotados em situações pontuais acabam por determinar ainda mais esta identidade. Para este autor, identidade é entendida como metamorfose resultante de um processo histórico que articula toda vivência, é construção e desconstrução constante, em que “cada indivíduo encarna as relações sociais, configurando uma identidade pessoal. Uma história de vida. Um projeto de vida. Uma vida que nem sempre-é-vivida, no emaranhado das relações sociais”,^{5:127} concepção esta distante de ser uma característica inata, concluída nos primeiros anos de vida.

Talvez por isso seja tão difícil entender suas diferentes dimensões. A noção de identidade, segundo Oliveira,⁶ contém duas dimensões: a pessoal (ou individual) e a social (ou coletiva), ambas interconectadas em dimensões de um mesmo fenômeno, situados em diferentes níveis de realização. O nível individual, objeto de investigação da psicologia, e o nível coletivo, objeto de estudo de sociólogos e antropólogos. Porém, a identidade social não se desconecta da identidade pessoal, pois de algum modo uma é reflexo da outra. Nas relações sociais, o que ocorre é a externalização do eu, que em seguida volta a interiorizar-se de modo mais aprimorado ou modificado, como “num processo contínuo de articulação entre o individual e o social”.^{4:163}

Nesse sentido, apesar da compreensão diferenciada de alguns autores sobre a identidade pessoal como atributos específicos de um indivíduo e, da identidade social como atributos que assinalam a pertença a grupos ou categorias (sejam ética, profissional ou religiosa), na realidade, ambas compreensões encontram-se tão imbricadas que não conseguimos definir o limite de uma para com a outra.⁴

Para Taylor,³ as relações do pessoal com o social estão muito evidentes e que a construção da identidade possui ligação direta com as relações de interação que se mantém com o outro, ainda mais quando se trata de pessoa significativa. Ou seja:

A descoberta da minha identidade não significa que eu me dedique a ela sozinha, mas, sim, que eu a negocie, em parte, interiormente, com os outros. É por isso que o desenvolvimento de um ideal de identidade gerada interiormente atribui uma nova importância ao reconhecimento. A minha própria identidade depende, decisivamente, das minhas reações dialógicas com os outros.^{3:54}

Para o mesmo autor, o reconhecimento e a construção da identidade constituem-se como objeto teórico somente na modernidade, pois em épocas pré-modernas ou em sociedades tradicionais, a construção da identidade dos sujeitos se dava a partir de posições estatutárias dadas ou herdadas que configuravam relações sociais de reconhecimento diferenciadas e determinadas de acordo com a estratificação social a que se pertencia. O advento de processos de modernização social nos âmbitos da economia, da política e da cultura modificou essa dinâmica substancialmente.⁷

Diante disso, compreendemos que não se fala em constituição de identidade sem situá-la e contextualizá-la em um tempo e um espaço específico, considerando as influências e pressões que um grupo social impõe a tal construção. A “identidade é um processo socialmente construído de forma complexa, que ocorre em um dado momento histórico”.^{8:48} E o momento histórico é dado pelas diversas identidades que compõe a humanidade, então, quando se muda o tempo histórico e o contexto social, há a expectativa de possíveis mudanças na constituição da identidade.

Para muitos sociólogos⁹ a identidade tem sofrido diversas transformações, principalmente em sua dimensão conceitual, a depender do contexto social e histórico vivido. Para tanto, adotam os termos “alta-modernidade” ou “modernidade tardia” para caracterizar a contemporaneidade, e é sob essa compreensão que a identidade passa a ser definida neste estudo.

Nesse sentido, a correlação entre adoecimento mental e construção da identidade pode ser mais bem caracterizada macrosociologicamente, tendo em vista os processos de adoecimento psicossocial que surgem na alta modernidade. Nesse contexto, o eu não é um eu mínimo, mas a experiência de grandes arenas de segurança que se encontram, com sensações de inquietude, pressentimentos e desespero que se misturam. Sendo assim, as experiências vividas no âmbito da alta modernidade são intrinsecamente ansiogênicas e extremamente

padecedoras, pois implicam em uma habituação a um ambiente social marcado pelo risco e pelas incertezas.¹⁰

No entanto, a estimativa do risco tanto é responsável por abrir o “eu” para o desconhecido se a pessoa tiver sentimentos bem estabelecidos de confiança básica, como também é responsável pelo surgimento do sofrimento mental quando pequenos riscos podem ser intoleráveis àqueles com sentimentos de confiança básica frágeis.¹⁰ As “dificuldades de viver numa cultura de risco são aumentadas pela importância da escolha dos estilos de vida. Uma pessoa pode refugiar-se num estilo de vida tradicional ou preestabelecido como meio de aliviar as ansiedades que de outra maneira poderiam afligi-la”.^{10:169}

Para ilustrar essa situação, basta lembrarmos que grande parte das oportunidades vivenciadas na contemporaneidade está atrelada à dinâmica de uma economia capitalista globalizada, ou seja, a um ambiente de risco institucionalizado e de riscos permanentes como os gerados pelas dúvidas que se seguem: Será que continuarei neste emprego se eu continuar me aperfeiçoando? Recebi uma boa proposta para trabalhar em outra cidade, mas será que a recompensa financeira suprirá os prejuízos causados pela ausência de minha família? Como será a educação de meus filhos com a figura materna distante de seu dia-a-dia?

São riscos assumidos como esses que estão evidentes no mundo da alta-modernidade, pois, trata-se de um sofrimento psíquico que se dissemina e se intensifica na mesma medida em que se aguçam os processos de modernização que culminam na consolidação de duas instituições modernas notáveis, quais sejam: o Estado moderno com sua lógica hierárquica e disciplinar, e o Mercado com sua lógica heterárquica e concorrencial. Os controles e regulações impessoais e a permanente insegurança econômica advindos dessas duas últimas instituições engendram, por assim dizer, uma cultura do risco perturbadora que é somatizada em termos de adoecimento e sofrimento psíquico.

Para Giddens,

a natureza suscetível à crise da modernidade tardia tem conseqüências desestabilizadoras em dois aspectos: ela alimenta um clima geral de incerteza que o indivíduo acha perturbador [...]; e inevitavelmente expõe todos a uma diversidade de situações [...] que podem algumas vezes ameaçar o próprio centro da autoidentidade.^{10:171}

O autor ainda complementa que “Viver no mundo, onde o mundo é o da modernidade tardia, envolve várias tensões e dificuldades distintivas ao nível do eu”.^{10:175} Essa modernidade do mesmo modo que tende a fragmentar nossa identidade, a forçar que sejamos algo que não está em nossa essência, ela também nos permite construir uma identidade flexível, que se adapta a diferentes contextos sendo capaz de incorporar diversos papéis.

Essa ideia de movimento e dinamicidade dos processos de constituição da identidade se intensifica com a globalização quando passamos a fazer parte de diversos núcleos ao mesmo tempo, como família, trabalho, grupo de lazer, instituições de educação, grupos religiosos, desempenhando, assim, papéis muito diferentes em cada um deles possibilitando o surgimento de inúmeras identidades.⁸

Entretanto a tentativa de manter vívido seu sistema de valores fixos ou deixar-se incorporar completamente por novos valores a fim de assemelhar-se com outros e perder o que o faz ser quem se é, a sua unicidade, tem contribuído para o aparecimento de muitos transtornos mentais.

Assim, o que pode estar justificando o substancial aumento pela procura dos serviços de saúde mental, de modo que: transtornos de ansiedade como a síndrome do pânico, transtornos de humor como a depressão, transtornos alimentares como a anorexia e bulimia, síndrome de burnout, problemas relacionados ao consumo de drogas, entre outros, terminam sendo sintomas de uma época na qual estamos mais suscetíveis ao risco e a perda da “segurança ontológica”^a. Além do mais, todo arcabouço relacionado às experiências vividas nas grandes metrópoles brasileiras evidencia a violência urbana e o medo do crime associado ao déficit dos serviços públicos, do sistema de transporte coletivo precário e do alto índice de desemprego, que acabam potencializando e agravando os processos de adoecimento mental.

No entanto, mesmo compreendendo a articulação inseparável do âmbito social e pessoal, autores como Goffman, que reforçam a complexidade dos estudos microssociológicos sobre identidade, para melhor compreendê-la, optam por separá-la em três dimensões: a identidade social, a identidade pessoal e a identidade do Eu.

Nesse sentido, a identidade social é aquela definida por pessoas que não conhecem o sujeito em questão, e o que sabem ao seu respeito é o que escutaram, ou o que foi permitido

^a Termo utilizado por Anthony Giddens, para designar a crença tida pela maioria das pessoas na continuidade de sua autoidentidade e na permanência e estabilidade dos ambientes de ação social e material que lhes envolvem.

socialmente conhecer pela observação do contexto que frequenta, ou dos ancestrais que possuem, ou por informações de terceiros. Já a identidade pessoal, é aquela que conseguimos construir das pessoas que conhecemos individualmente suas histórias de vida, mesmo que esses indivíduos não existam mais. Quanto à identidade do eu é permitida a própria pessoa construí-la, é uma identidade mais íntima, assemelha-se a essência do indivíduo, como ele mesmo se identifica.¹¹

Para esse autor,

as identidades social e pessoal são parte antes de mais nada, dos interesses e definições de outras pessoas em relação ao indivíduo em questão. No caso da identidade pessoal, esses interesses e definições podem surgir antes mesmo do indivíduo nascer, e continuam depois dele haver sido enterrado, existindo, então, em épocas em que o próprio indivíduo não pode ter nenhuma sensação inclusive as sensações de Identidade. Por outro lado, a identidade do eu é, sobretudo, uma questão subjetiva e reflexiva que deve necessariamente ser experimentada pelo indivíduo cuja identidade está em jogo.^{11:116}

O entendimento dessas três dimensões da identidade apontadas por Goffman foi de extrema importância para o aprofundamento da temática, facilitando-nos a compreensão de que o homem constrói sua identidade através de interações sociais, sejam estas frutos de reflexões intrapessoais, de comunicações com pessoas conhecidas ou não, de situações vividas ou de relações institucionais que agregam valores. Diante dessas contribuições trazidas por Goffman, buscamos, através da presente pesquisa, responder a seguinte pergunta:

Como a identidade se constrói e se revela diante do adoecimento mental?

Para respondê-la, foram traçados como objetivos da pesquisa:

1. Identificar como a pessoa se percebia antes do adoecimento mental;
2. Identificar como a pessoa “se percebe” e “percebe o outro” a partir da experiência do adoecimento mental;
3. Identificar a percepção da pessoa com transtorno mental em relação a como a sociedade a percebe;
4. Identificar possíveis influências do acompanhamento CAPS nesse processo de construção da identidade.

No campo da saúde e mais especificamente da enfermagem, estudos de identidade tem relevância inegável, pois estimulam a rever paradigmas internalizados, carregados de preconceitos/estigmas em relação à possibilidade de recuperação e desenvolvimento da autonomia das pessoas que buscam os Centros de Atenção Psicossocial.

Averiguar como o adoecimento mental contribui para a construção e revela identidades nesse novo contexto da atenção à saúde mental favorecerá a compreensão de

problemas sociais e esteriótipos que necessitam ser considerados no desenvolvimento do cuidado em saúde nos novos dispositivos de saúde mental substitutivos dos manicômios.

1 IDENTIDADE DAS PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL CONSTRUÍDA E REVELADA NOS MANICÔMIOS: CONTRIBUIÇÕES GOFFMANIANAS

O estudo sobre o comportamento das pessoas institucionalizadas ganha grande força quando o sociólogo Goffman resolve descrever as relações sociais em espaços fechados e formalmente administrados, denominados por Instituições Totais, em que grande número de pessoas com situações semelhantes, separadas da sociedade mais ampla, por um determinado tempo, levavam suas vidas.¹

As instituições totais da nossa sociedade são enumeradas por Goffman¹ em cinco categorias, assim especificadas: a) instituições criadas para cuidar de pessoas incapazes e inofensivas (os abrigos para crianças, idosos); b) instituições organizadas para proteger a comunidade contra perigos intencionais (prisões, campo de concentração); c) instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho (quartéis, escolas internas); d) instituições destinadas a servir de refúgio do mundo (mosteiros, conventos); e e) as instituições estabelecidas para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade de maneira não intencional (hospitais psiquiátricos, leprosários). Neste trabalho, nos deteremos a reflexão desta última categoria descrita.

Essas instituições podem ser descritas pela ruptura das barreiras que comumente separam as três esferas da vida: dormir, brincar e trabalhar, pois todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Todas as atividades, além de serem rigorosamente estabelecidas em horários determinados, ainda são realizadas em companhia de outras pessoas, sendo todos tratados da mesma forma e obrigados a fazerem as mesmas coisas. Essas atividades obrigatórias são reunidas em um plano racional único projetado para atender oficialmente os interesses da instituição. Nessas instituições, as pessoas são constantemente vigiadas, a fim de que executem o estabelecido nas normas de maneira obediente.¹

Goffman revela que existe uma divisão social dentro dessas instituições –um grande grupo controlado, que são os internados; e uma pequena equipe de supervisão, que são os dirigentes, havendo geralmente um grande distanciamento entre essas duas esferas.

Cada agrupamento tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis – a equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados, e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes vêem os dirigentes

como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados.^{1:19}

Há ainda supressão de informações, sobretudo a respeito dos planos terapêuticos, ou seja, os dirigentes não repassavam, nem ao menos, os diagnósticos para as pessoas internas. Na instituição, havia também o planejamento de trabalhos para ocupar o tempo das pessoas internadas, porém essas atividades eram realizadas em ritmo muito lento e estavam relacionadas a um sistema de pagamentos secundários, como recebimento de cigarros, alguns centavos ou presentes em forma de recompensa do trabalho executado.¹

A pequena recompensa tornava o indivíduo desmoralizado pelo sistema de trabalho, considerava-o sem amor-próprio, o que mostrava aos dirigentes que os internados não estavam bem. O trabalho não acontecia de forma terapêutica estimulando-os à inclusão, porém executados com o objetivo de suprir as necessidades da própria instituição.

Após uma breve explicação sobre o que se entende por instituições, Goffman descreve o mundo institucionalizado pelo ângulo das pessoas internadas, pelo ângulo dos dirigentes e pela influência do estigma. Cada um desses aspectos será abordado nos subcapítulos apresentados a seguir.

1.1 O MUNDO DAS PESSOAS INTERNADAS

O sociólogo faz uma reflexão sobre o mundo das pessoas internadas, revelando as condições desumanas a que eram submetidas, levando-nos a questionar os benefícios que a internação em manicômios ou hospital psiquiátrico oferece, como também a pensar em novas formas de relação com a pessoa que sofre.

Como exemplo, descreve o que acontece no momento da admissão em uma dessas instituições, quando a pessoa chega com seus valores, costumes e cultura derivados do ambiente familiar, até então aceitos pela sociedade sem nenhuma contestação, e passa a ser obrigada a submeter-se integralmente às normas da mesma. A gravidade da situação se deve ao fato de que a instituição

não substitui algo já formado pela cultura específica, estamos diante de algo mais limitado do que aculturação ou assimilação. Se ocorre mudança cultural, talvez se refira ao afastamento de algumas oportunidades de comportamento e ao fracasso para acompanhar mudanças sociais recentes no mundo externo. Por isso, se a estada do internado é muito longa pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que

já foi denominado “desculturação” – isto é, “destreinamento” – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária.^{1:23}

A pessoa ao ser internada iniciava um processo de muitas mudanças em sua “carreira moral” alterando muitas vezes as crenças que tinha ao seu respeito e a respeito dos outros. Levando a diversas mutilações, a começar pela barreira que a instituição estabelece entre a pessoa internada e o mundo exterior, através da restrição do contato com a rotina anteriormente vivenciada pelo indivíduo. O interno poderia passar dias, meses ou anos na instituição e conseqüentemente perdas irreparáveis na vida profissional, educacional e familiar iriam ocorrer.¹

O processo de admissão também levava a outros processos de perda e mortificação. A sequência de procedimentos em que todos eram igualmente submetidos fazia parte de uma programação esquematizada pela instituição para controle e organização do serviço. O levantamento da história do sujeito, tirar fotografia, receber um código, pesar, medir, dar banho eram estabelecidos como rotina e independente do indivíduo necessitar ou não seriam realizadas. Portanto, não havia um olhar singular para o sujeito.

O indivíduo ao chegar nessas instituições, segundo Goffman¹, era submetido a um “teste de obediência” ou um desafio de quebra de vontade, para verificar o nível de obediência. Caso o sujeito fosse insolente, receberia um castigo imediato, forçando-o muitas vezes à humilhação quando exigido um pedido de perdão. O processo de admissão pode ser “caracterizado como uma despedida e um começo, e o ponto médio do processo pode ser marcado pela nudez”,^{1:27} a nudez de ser aquele indivíduo que “sempre foi”, que possui um sistema de crenças e valores, que não se resume a códigos, que possui um nome que o identifica.

A mutilação do eu continuava por meio do confisco dos objetos pessoais para serem devolvidos quando saíssem da instituição, bem como o uso de uniformes padronizados por determinação provocava desfiguração pessoal. As perdas de identidade não paravam, junto a ela acompanhava-se a perda da segurança pessoal pela estada num ambiente que não garantia nem ao menos a integridade física. A mutilação do eu também era vista quando os internos eram obrigados a presenciar castigos (eletrochoques, espancamentos, cirurgias, humilhações) dados a outros internos como método de amedrontamento para aqueles que desobedecessem às regras institucionais, e quando diante da situação, ainda se sentiam culpados por nada terem feito.¹

Portanto, a obediência estava atrelada à submissão das pessoas internadas frente aos dirigentes. A introdução do padrão de deferência obrigatória das instituições chegou ao ponto de ser necessário um interno pedir uma roupa, solicitar permissão para ir ao banheiro ou até mesmo para beber um copo d'água. As solicitações feitas pelos internos só eram atendidas quando fossem convenientes à instituição. Muitas vezes a pessoa internada sofria caçoadas, recebia negativas, era longamente interrogada ou simplesmente ignorada. A obediência e a padronização também estavam presentes quando os internos eram obrigados a executar tarefas estranhas a sua realidade ou contrárias às suas crenças.¹

Outro fato era que todo o comportamento que se tinha na instituição era posto à prova na avaliação para a alta, mesmo se a pessoa interna estivesse orientada e organizada autopsiquicamente, sendo ainda considerados os relatórios de comportamento durante a recreação ou até mesmo os escritos de uma carta. A vida da pessoa interna era sujeita constantemente a regulamentos e a julgamentos da equipe dirigente.

Goffman nos retrata que o nível de obediência era tão severo nessas instituições que a supressão da autonomia e liberdade de ação fazia com que as pessoas com transtorno mental fossem rebaixadas em suas idades, ou seja, eram reprimidas a tomar decisões como adultas, da mesma forma que as obrigavam a responder verbalmente algumas perguntas que de certo modo já tinham sido respondidas pela linguagem não-verbal.¹

A mortificação do eu estava ligada a todas as formas de aceitação obrigatória de maneiras e rotinas estabelecidas pela instituição, desde a aceitar cobertores e roupas sujas, colheres engorduradas, sanitários quebrados, falta de comida, de papel higiênico, de lençóis, instalações sujas para o banho, abusos sexuais e a falta de privacidade, até a imposição de expressarem sentimentos durante uma terapia contra a própria vontade e a mostrarem-se com bom humor quando realmente não estavam. Tudo estimulava à conformidade do indivíduo a viver nessa situação, impedindo a liberdade do “eu”.

Violentava-se a autonomia do sujeito com algumas ações à mercê de sanções. Com estas sanções a atenção do internado tornava-se fixa nesses recursos que muitas vezes faziam parte do sistema de privilégios.

Segundo Goffman, “a construção de um mundo em torno desses privilégios secundários é talvez o aspecto mais importante da cultura dos internados, embora seja algo que dificilmente um estranho possa apreciar, mesmo que antes tenha vivido essa experiência”.^{1:51} A importância que se dava a pequenos objetos ou favores atendidos era equivalente à meta que as pessoas deveriam alcançar enquanto estivessem ali. Outro elemento

desse sistema estava ligado ao castigo quando era posto pela desobediência. Esses castigos geralmente eram estabelecidos pela recusa dos privilégios ou pela eliminação do direito de tentar consegui-los.¹

A partir desses sistemas de ganhos secundários, as pessoas internadas criaram uma linguagem própria e informal para comunicar-se entre si. Essa linguagem fora criada também para dificultar a transmissão de informação aos dirigentes. Nesse sistema, as pessoas internadas definiam entre elas aquelas que eram cúmplices e aquelas que eram as deladoras. Com isto as panelinhas surgiam e tinham força para reivindicar alguns privilégios, ao ponto dos dirigentes algumas vezes perderem o controle. Para tentar manter o controle, proibiam-se relacionamentos de afeto (quer seja entre amigos ou casais) com o objetivo de evitar esse tipo de situação, pois acreditavam que a solidariedade entre pessoas poderia facilitar a combinação de ações que rompessem com as regras.¹

Para adaptar-se a essa situação, a pessoa internada nessas instituições empregavam diferentes táticas. Goffman descreve: a) a tática de “afastamento da situação”, em que a pessoa internada aparentemente deixa de dar atenção a tudo com exceção aos acontecimentos que cercam o seu corpo; b) a “tática de intransigência”, em que a pessoa internada desafia a instituição ao visivelmente negar-se a cooperar com a equipe dirigente; c) a “colonização”, em que a pessoa internada percebe a instituição como desejável ao comparar o mundo fechado em que vive com o pouco que a instituição repassa do mundo externo; d) a “conversão”, em que a pessoa internada parece aceitar a interpretação oficial e tenta representar o papel do internado perfeito.¹

Independente da tática utilizada para adaptar-se ao ambiente, a baixa posição das pessoas com transtornos mentais internadas nessas instituições em relação ao mundo externo propiciava um meio de “fracasso pessoal onde o interno cria uma história, um tipo de lamentação e defesa, e que conta constantemente aos seus companheiros como uma forma de explicar a sua baixa posição presente”,^{1:64} o que favorecia muitas vezes o excesso de piedade, a elaboração de medos e a sentimentos de angústias.

Dessa forma, ao receber alta da instituição, tendo sofrido um verdadeiro processo de desculturação, encontrava-se desabilitada para relações com o mundo externo sob todos os seus aspectos, favorecendo a recaída e o reingresso a essa instituição.¹

Vale ressaltar que o mundo dos internos até aqui retratado era validado, muitas vezes de forma não consciente, pela própria equipe.

1.2 O MUNDO DA EQUIPE DIRIGENTE

Goffman descreve que as instituições totais eram planejadas como máquinas eficientes com o objetivo de atingir a reforma dos internados na direção de um padrão ideal.¹ Sendo as pessoas seu principal objeto de trabalho, sob tais condições passam a adquirir características de objetos inanimados e passíveis de serem manipuladas.

Somado a isso, acreditava-se que, devido ao seu estado mental, os internos poderiam ser agressivos para com os funcionários, ferindo-os, e que sua exposição contínua à equipe de trabalho poderia ter um efeito contagioso, por isso a imposição do poder e de limites para evitar situações de perda de controle, o que seria de responsabilidade da instituição.

A instituição também precisava respeitar alguns poucos direitos dos internos enquanto pessoas. Quando perdiam seus direitos civis, estes eram repassados automaticamente para a família, que posteriormente, mediante autorização, poderiam ser repassados para a instituição. Quando a instituição torna-se legalmente responsável pelo interno, automaticamente também respondia por todos os seus bens, inclusive os benefícios da previdência social, o que poderia ser mais um dos motivos de mantê-lo institucionalizado.

Ainda assim, muitos funcionários preferiam lidar com os internos considerados mais atrasados, os quais faziam menos pedidos, o que não demandava tempo, do que lidar com internos de enfermarias melhoradas que faziam mais exigências e conseqüentemente davam mais trabalho.¹ Talvez o processo de “desculturação” contribísse para a inibição de tais manifestações, com fortes indícios de “domesticação” dos internos.

Outro dilema era vivenciado pelas instituições quanto à permissão da liberdade, pois se permitissem o direito de ir e vir de alguns internos melhorados deixando a porta da instituição aberta, como fariam para impedir que os outros em outras condições não saíssem do ambiente, já que eram tidos como ameaças para a sociedade? Ou seja, dentro da perspectiva de prender e soltar, seria difícil conciliar, ao mesmo tempo, os padrões humanitários e a eficiência da instituição.

Seguia-se, então, uma estratégia de padronização a favor da eficiência, sem considerar as características particulares de cada pessoa. Também se percebia um grande número de pessoas internadas e um reduzido quadro de profissionais. Para resolver essa situação, buscava-se métodos rápidos e pontuais, com fundamentos semelhantes. Tudo era padronizado: a “extração dos dentes para os ‘mordedores’”, a histerectomia para mulheres com tendências a promiscuidade sexual e lobotomias em ‘briguentos crônicos’ ”.^{1:74}

Para controlar os comportamentos e a livre manifestação das pessoas, o ambiente era reforçado pela segurança. Praticamente em cada enfermaria haviam guardas preparados para enfrentar esforços organizados de fuga. A preocupação desses profissionais não diminuía mesmo sabendo que essas manifestações eram a forma que os internos encontravam para manter a integridade pessoal e vencer o tédio. Era para evitar manifestações desagradáveis que os dirigentes estabeleciam sigilos quanto ao destino dos tratamentos.¹

Outra preocupação das instituições era manter o padrão de distanciamento entre a relação funcionário e interno, pois o funcionário, principalmente o pessoal da enfermagem, tinha uma tendência a se envolver emocionalmente com a pessoa em sofrimento mental e sofrer posteriormente com as “decisões terapêuticas” tomadas pelos dirigentes ou com a manipulação afetiva dos internos ameaçando o trabalho de seus colegas de profissão. Por precaução, a equipe dirigente poderia “maltratar” um interno e criar em si uma imagem dura e autoritária.¹

Portanto, para Goffman, um dos objetivos do tratamento dado por essas instituições era levar a pessoa internada a auto-orientação controlada por terceiros para uma conduta desejável: uma “versão funcionalista da vida moral”,^{1:80} que serviria mais para estigmatizar que reabilitar.

1.3 A INFLUÊNCIA DO ESTIGMA

As marcas registradas no “eu” do interno não se resumiam ao período em que passara hospitalizado. Após o período de internação, segundo Goffman, sua posição enquanto pessoa numa sociedade nunca mais seria a mesma.

Alguns fatores pesam negativamente na vida de um ex-interno. Entre eles, a desculturação sofrida na institucionalização e o estigma, capazes de gerar um baixo *status* proativo, impossibilitando sua reinserção na sociedade.¹

Quando há uma grande discrepância entre a Identidade Social Real e a Virtual e principalmente quando há descrédito por uma atitude, um defeito, uma fraqueza ou uma desvantagem que distorce a sua identidade, diz-se que tal característica é um estigma.¹¹

Então, o termo estigma será utilizado, na perspectiva de Goffman, em referência à relação de um atributo profundamente depreciativo e um estereótipo. Quando um indivíduo que poderia ter sido facilmente aceito nas relações sociais cotidianas, possui um traço que se pode impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção

para outros atributos seus, ele possui um estigma. Goffman defende que “acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida”.^{11:15}

É o que se tem feito com as pessoas que saem de instituições psiquiátricas e estão retornando para o contexto social onde são vistas como imperfeitas e, por conseguinte, incapazes de executar determinadas tarefas, de possuírem um emprego, de frequentarem as escolas e outros locais comuns a todos.

Portanto, ainda há hoje no Brasil uma grande dificuldade em modificar a realidade estigmatizante dessas pessoas, mesmo depois da promulgação da Lei 10.216/2001,¹² que protege os direitos das pessoas com transtornos mentais e reformula o modelo de assistência à saúde mental estimulando a desinstitucionalização, e da Lei Estadual 7.128/2009,¹³ que estabelece sanções aos que praticam discriminações às pessoas com transtornos mentais e trata da implantação de serviços de atenção psicossocial.

Para tanto, as contribuições trazidas por Goffman serão referências na discussão sobre que identidade está sendo permitida e constituída à pessoa também com transtornos mentais, que recebe atenção em Centro de Atenção Psicossocial, serviços comunitários em que prioriza a liberdade das pessoas que o frequentam, sob o compromisso e referenciais da desinstitucionalização, por isso são abertos, territorializados e inclusivos.

Durante anos o hospital manteve sob seu poder todo o processo de cuidado das pessoas que adoeciam, bem como tudo que estivesse relacionado com seu tratamento, de forma moral, pautado no isolamento e no desenvolvimento de pesquisas exploratórias e experimentais sem o mínimo de cuidados éticos para com as pessoas internas. Esse modelo, fortemente questionado, fez com que novas estratégias de inclusão social e de desinstitucionalização comesçassem a brotar, dando lugar ao que futuramente se designa estratégia de reabilitação psicossocial, que defende “uma exigência ética” para abordagem do problema da saúde mental no mundo, cujo principal sentido caminha para a construção da cidadania, da contratualidade, em vários cenários: em casa, no trabalho e na rede social.^{14:19-20}

Nesse contexto, para discutir a identidade que se revela nas pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico sob o referencial de Goffman, solicita-se que as diversas dimensões a que ele se refere sejam mais bem esclarecidas para subsidiar a análise dos resultados.

2 COMPREENDENDO A IDENTIDADE PESSOAL, A IDENTIDADE DO EU E IDENTIDADE SOCIAL

Para Sawaia, hoje é indiscutível a busca da identidade como representação e construção do eu único, referência de liberdade, felicidade e cidadania, nas relações interpessoais e intergrupais. O autor afirma que a identidade passa a “resgatar a individualidade como valor cardeal e com ela a multiplicidade e o movimento dos fenômenos para superar a razão formal da lógica do ‘um’”.^{15:119}

A partir dessa reflexão realizada por Sawaia, compreende-se que ao mesmo tempo em que uma pessoa necessita identificar-se como única, também exerce diversos papéis que a caracteriza como atriz de distintas ações. Assim, as concepções de unicidade e de multiplicidade longe de se anularem, complementam-se e permitem conceber a “identidade como ‘Identificações em curso’, isto é, identidade que, ao mesmo tempo que se transforma, afirma um modo de ser”.^{15:121} O risco no uso dessas concepções é a supervalorização de um dos polos apontando para uma identidade extremamente mutável e volátil em que não se pode determinar nada com precisão ou uma identidade clichê sem possibilidade alguma de mudança.

Considerações como essas são importantes para a compreensão de que a identidade é constantemente transformada e transformadora, mas muitas de suas características são mantidas ou até mesmo aprimoradas com o intuito de afirmar a existência de um indivíduo. Portanto, é necessário saber qual o contexto, o sentido e o interesse que se tem sobre a identidade, pois ora poderá ser para alguns, em determinados momentos, mais conveniente tê-la como fixa, e ora como volátil. Segundo Sawaia:

Identidade esconde negociações de sentido, choques de interesse, processos de diferenciação e hierarquização das diferenças, configurando-se como estratégia sutil de regulação das relações de poder, quer como resistência à dominação, quer como seu reforço. Portanto, não basta perguntar pela identidade, é preciso conhecer quem pergunta, com quais intenções e sentidos se pergunta. A pergunta pode se tornar uma forma de narcisismo e dominação, quer no plano individual, quer no coletivo, configurando uma identidade ficcional que se cristaliza acima das subjetividades e teme a alteridade.^{15:123-4}

Uma identidade fixa pode ser viável quando se quer manter determinado status ou quando se quer estabelecer a existência de algo. Um exemplo disso é possuir o status de estudante. Ser estudante confere alguns benefícios como o valor do ingresso pela metade em

apresentações artísticas e culturais. Nesse contexto, mudar esse status não traria benefícios. Por outro lado, manter-se com o status de estudante dificultaria a aquisição de um emprego, tendo em vista não possuir ainda uma identidade profissional. Nessa situação, a mudança de identidade processual que ocorre de estudante para profissional seria benéfica para a realização pessoal.

Mas nem sempre a situação considerada é tão óbvia. Muitas vezes o que ocorre é a manipulação de informações para revelar identidades favoráveis à alguma situação, sejam elas financeiras, sociais, culturais ou familiares.

Segundo Goffman,¹¹ quando uma pessoa possui alguma característica^b que a torna diferente da grande maioria e que pode gerar resistência na interação com a sociedade, ela tende a manipular algumas informações que revelam essas características, exibindo, ocultando ou até mesmo mentindo, a depender de quem, quando, como e onde ocorre a interação.

Este autor ainda complementa que no caso de uma pessoa com transtorno mental, ao encarar o preconceito contra si mesmo, acaba aceitando involuntariamente o preconceito contra o tipo de pessoa que pode revelar ser aos outros, e ao aceitar esse preconceito acaba se envergonhando de seu próprio modo de ser, tenta ocultar a informação que poderá causar-lhe mais constrangimento.¹¹

O que se costuma esconder na realidade é o que Goffman¹¹ denomina de “informação social”, uma espécie de informação sobre as características mais ou menos permanentes de um indivíduo que são corporificadas e transmitidas pela própria pessoa através de expressões corporais. Essa informação social também pode ser transmitida através de símbolos que acabam confirmando a percepção que se teve sobre algo ou alguém. Um exemplo disso é uma pessoa comumente agitada que começa a fazer uso de medicação psicotrópica, e que você a encontra em um elevador. Simplesmente ao conversar com ela, rapidamente você percebe uma lentificação na fala e no pensamento. Essa informação social corporificada transmitiu para você a mensagem de que a pessoa não está bem, de que o nível de ansiedade em que anteriormente estava exposta poderia a ter levado ao adoecimento e que agora está em tratamento. O símbolo do atestado médico nessa situação só confirmaria a informação anteriormente percebida por você no rápido encontro no elevador.

^b Erving Goffman, sociólogo dedicado aos estudos das instituições, enfatizou muito a questão da identidade deteriorada e as consequências que o estigma traz para a identidade. Ele denominava as características desagradáveis que tornavam as pessoas diferentes, apontadas e excluídas pela sociedade de “defeitos”.

No entanto, essas informações podem ser aceitas ou não, causar aproximações ou repulsas que dependerão de concepções pré-existentes dos receptores da mensagem, bem como da modificação desses conceitos trazidos por eles a partir da convivência com essas pessoas. A convivência e intimidade poderão interferir diretamente na visibilidade e conceito que uma pessoa tem sobre a identidade pessoal da outra.¹¹

Sendo assim, informações sociais, símbolos, visibilidade e convivência estão intrinsecamente relacionadas à constituição da Identidade Pessoal. O termo Identidade Pessoal revela uma infinidade de idéias. Uma delas é a noção de indivíduo único, que possui uma única imagem, uma única forma corporal, uma única impressão digital, um único número de Registro Geral, um único número de Cadastro de Pessoa Física etc. No entanto, Goffman¹¹ reforça que apesar desses meios de identificação serem eficazes em tornar os indivíduos diferentes, também são itens que os tornam essencialmente similares.

Outra idéia é de que, “embora muitos fatos particulares sobre um indivíduo sejam também verdadeiros para outros, o conjunto completo de fatos conhecidos sobre uma pessoa não se encontra combinado em nenhuma outra pessoa no mundo”,^{11:66} isto é, a biografia de uma pessoa o torna único. E esse conjunto de informações está vinculado ao nome e conduta da pessoa.

Também se encontra vinculado à noção de identidade pessoal, a ideia de que cada pessoa é diferente uma da outra por sua essência. Para Erikson (citado também por Goffman), construir a identidade implica em definir quem a pessoa é, quais são seus valores e quais são as direções na vida que se deseja seguir. O autor refere-se à identidade como uma concepção que se tem de si mesmo, composta de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo está solidamente comprometido.¹⁶

Essa última noção de identidade pessoal relacionada à essência e existência do ser parece apontar para o que Erikson denomina de identidade do Ego e Goffman de Identidade do Eu, o que acaba gerando algumas dúvidas que carecem de alguns esclarecimentos. Então, tentaremos esclarecer a concepção através de algumas diferenças trazidas por Erikson sobre identidade pessoal e identidade do ego:

O sentimento consciente de se possuir uma identidade pessoal baseia-se em duas observações simultâneas: a percepção da uniformidade e continuidade da existência pessoal no tempo e no espaço; e a percepção do fato de que os outros reconhecem essa uniformidade e continuidade da pessoa. Aquilo que chamei de identidade do ego, porém, diz mais respeito ao mero fato da existência; é por assim dizer, a qualidade do ego dessa existência. Assim a identidade do ego, em seu aspecto subjetivo, é a consciência do fato de que existe uniformidade e continuidade nos

métodos de sintetização do ego, o estilo da individualidade de uma pessoa, e de que esse estilo coincide com a uniformidade e continuidade do significado que a pessoa tem para os outros significantes na comunidade imediata.^{17:49}

Ou seja, à identidade pessoal cabe a percepção e reconhecimento de outras pessoas para consigo, e a identidade do ego ou identidade do Eu, concebidas da mesma forma, seria o reconhecimento de si enquanto pessoa igual em alguns aspectos e diferente em tantos outros de outras pessoas que vive em uma sociedade constantemente modificável.¹¹

Semelhante a Erikson, outros autores trazem que a formação da identidade do ego recebe a influência de fatores intrapessoais, compreendida pela capacidade inata do indivíduo formar sua personalidade, de fatores interpessoais adquiridos pela identificação com outras pessoas e de fatores culturais absorvidos através dos valores sociais a que uma pessoa está exposta. “Este sentimento de ter uma identidade pessoal dá-se de duas formas: a primeira é perceber-se como sendo o mesmo e contínuo no tempo e no espaço; e a segunda é perceber que os outros reconhecem essa semelhança e continuidade”.^{17:107}

Estudos afirmam que quanto mais desenvolvido o sentimento de identidade (aqui entendida por Identidade do ego ou do Eu), mais o indivíduo valoriza o modo em que é parecido ou diferente dos demais e mais claramente reconhece suas limitações e habilidades, ou seja, aprende a se autoconhecer.¹⁶ O processo do autoconhecimento é construído através de diferentes tipos de relação e comunicação que se tem com os outros: “na relação dialogante com o Outro e pela influência que determinadas audiências, internas ou externas, exercem sobre a forma como cada ser humano se posiciona num determinado contexto e perante uma determinada pessoa”.^{18:15}

Porém a essência do ser não se molda isoladamente e individualmente, muito pelo contrário, somente toma forma quando imerso em um determinado contexto social e histórico. Segundo Marková (apud D’alte)¹⁸, os participantes numa relação dialógica trazem para o diálogo suas experiências e tradições passadas, bem como as suas expectativas para o futuro, podendo esses elementos interferirem e influenciarem na interpretação que se possa ter do diálogo, concebendo ou não aquelas informações, ancoradas em contextos culturais como suas. Portanto,

O self (identidade) deixa de ser visto como uma entidade monolítica para se tornar num self constituído por uma multiplicidade de posições. Na concepção de Hermans e colaboradores (1992), o Eu pode mover-se de uma posição para outra, como num espaço, e conforme as mudanças no tempo e na situação particular. Assim, o Eu pode variar por entre diferentes posições e até mesmo entre posições opostas. Além disso, trata-se de um Eu relacionalmente baseado, já que estas posições criam-se em

torno das experiências intersubjectivas do estar com outro(s) ou contra outro(s) (Salgado & Hermans, 2005). Portanto, podemos ver que o domínio pessoal está inevitavelmente ligado ao domínio sociocultural, na medida em que ambos se criam e definem mutuamente.^{18:19}

Nessa citação, percebe-se que o autor considera identidade do eu ou self como identidade pessoal, fato que não ocorre somente com esse autor. Muitos pesquisadores não diferenciam a Identidade Pessoal da Identidade do Eu, já que consideram semelhantes e complementares por ambas tratarem da identidade de uma pessoa.

Porém, alguns autores como Goffman fazem questão de didaticamente distingui-los. Para ele, a concepção de Identidade Pessoal:

está relacionada com a pressuposição de que ele [o indivíduo] pode ser diferenciado de todos os outros e que, em torno desses meios de diferenciação, podem-se apegar e entrelaçar, como açúcar cristalizado, criando uma história contínua e única de fatos sociais que se torna, então, a substância pegajosa à qual vêm-se agregar outros fatos biográficos. O que é difícil de perceber é que a identidade pessoal pode desempenhar, e desempenha, um papel estruturado, rotineiro e padronizado na organização social justamente devido a sua unicidade.^{11:67}

Ou seja, a identidade pessoal é constituída pela história de vida de cada pessoa. Como cada história é diferente uma da outra e é construída a todo instante, ela pode revelar mudanças durante o percurso, mas sempre terá relações com o acúmulo de experiências daquela pessoa ao vivenciar um conjunto de fatos que jamais haverá de acontecer com outro de forma idêntica.

Mas também percebemos que Goffman na citação acima afirma que a identidade pessoal pode exercer um papel estruturado, pois durante a história de vida alguns signos, símbolos ou características referentes aos papéis incorporados em cada situação são gerados e reafirmados, como uma espécie de “marca” apontando e identificando quem é aquela pessoa no meio social. Observamos nitidamente a aplicabilidade desse conceito quando pessoas que já adoeceram mentalmente foram afastadas de seus empregos para tratamento recebendo um código da Classificação Internacional de Doenças, e que após o tratamento o código recebido as impediram de retornar às atividades laborais.

Quantas vezes limitamos a identidade de uma pessoa a doença que ela possui? Quantas vezes nos referimos ao diabético tal? Ao paciente leito tal? Ao usuário do CAPS que mora em tal local e com tais pessoas? É interessante como identificamos as pessoas na maioria das vezes por características positivas ou negativas que as marcam ou que marcaram suas histórias, ou até mesmo pelas relações que possuem com o mundo.

Segundo Goffman,¹¹ para construir uma identificação pessoal de um indivíduo é evidente a utilização de aspectos inerentes à sua identidade social. O fato de ser capaz de identificar pessoalmente um indivíduo nos dá um recurso de memória capaz de organizar e consolidar as informações referentes à sua identidade social. Então, é uma identidade totalmente entrelaçada a outra, mas que traz alguns pontos que as tornam diferentes. A identidade pessoal só pode ser definida por aqueles que conhecem o indivíduo, para aqueles que não o conhecem cabe somente à identificação social.

Por isso que uma pessoa, muitas vezes incomodada com a reação de outras pessoas em saberem de seu passado, acaba se submetendo ao fenômeno do encobrimento^c, o que pode muitas vezes ser considerado como instrumento de proteção contra discriminação. Entretanto quando utilizam deste instrumento, o sentimento de deslealdade permeia o pensamento destas pessoas levando-as ou a revelar o fato que se tenta esconder da pessoa com quem se tem uma relação mais íntima, ou a sentir-se culpada por não revelar a verdade, ou modificar as informações verídicas, mentindo e incitando uma vida dupla.^{11:85}

Por outro lado, quando não se revelam e alguém mesmo assim descobre, as pessoas extremamente incomodadas com o estigma que poderão ser submetidas, acabam cedendo a chantagens de terceiros para que estes não revelem o que tentam esconder.^{11:88} Percebemos, então, que as técnicas adaptativas, como o encobrimento, para construir uma identidade pessoal ambígua à Identidade do Eu pode gerar muita angústia, retraimento social, e medo de interagir face-a-face com outras pessoas. Segundo Goffman:

o fenômeno do encobrimento sempre levantou questões referentes ao estado psíquico da pessoa que se encobre. Em primeiro lugar, supõe-se que ela deve necessariamente pagar um alto preço psicológico, um nível muito alto de ansiedade, por viver uma vida que pode entrar em colapso a qualquer momento.^{11:98}

Mas a aprendizagem adquirida através do encobrimento é sugerida por Goffman como a fase da socialização e consequente amadurecimento, pois depois de ocultar alguns fatos a pessoa começa a revelá-los de forma voluntária, e isso passa a não causar tanto desconforto como no início do encobrimento.

Outra situação que está intimamente relacionada com a Identidade Pessoal é o acobertamento. O acobertamento acontece quando uma pessoa tem uma característica visível e não faz questão que ela apareça muito, ou seja, a pessoa tenta reduzir a tensão para si e para

^c Goffman utiliza o termo “encobrimento” para designar quando uma pessoa esconde uma informação sobre si a outra pessoa.

os outros do impacto sobre aquele fato ou informação, e tenta manter a interação mais espontânea possível.^{11:113}

Quando uma pessoa deficiente visual, por exemplo, usa um óculos escuro para causar menor impacto nas pessoas que interage consigo, que mesmo sabendo de sua deficiência não se sintam desconfortáveis ao observar diretamente o movimento incoordenado do globo ocular. Essa atitude da pessoa que tenta acobertar a informação, assim o faz na tentativa não de esconder uma informação, mas de amenizar a tensão gerada pelo estigma e parecer mais espontâneo o uso do óculos escuro.

Goffman também revela alguns fatores que podem dificultar a percepção de si e interferir diretamente na construção da identidade do Eu, como a ambivalência, considerando que a pessoa tem a tendência de estratificar seus companheiros e unir-se àqueles aos quais mais se identifica. Essa união muitas vezes depende do grau de visibilidade e de imposição de estigmas, as pessoas poderão se unir a outras pessoas que apresentam as mesmas características e comportamentos ou a pessoas totalmente diferentes de si, mas que admiram e possuem vontade de serem iguais a elas.

No entanto, quando essa união passa a ser com pessoas totalmente diferentes de si, uma pessoa que sofre estigmatização poderá reforçar ainda mais o estigma para com outros que trazem características mais evidentes que as suas, ou seja, mesmo uma pessoa possuindo características de um determinado grupo estigmatizado poderá ter atitudes estigmatizadoras com seus pares quando estiverem no meio de pessoas ditas sem determinado estigma.¹¹

Esse incomodo sentido por pessoas que possuem um estigma e que observam posturas extravagantes de seus pares geram uma espécie de sentimento de vergonha. Porém torna-se uma questão ambígua sentir vergonha do outro que possui características semelhantes as suas. Segundo Goffman, nesses casos, a pessoa nem consegue aceitar seu grupo nem consegue abandoná-lo, convivendo constantemente em conflito interior.

Para entender isso melhor, compreender os alinhamentos Intragrupais e Exogrúpais são elementares. Goffman se refere ao alinhamento intragrupal, o comportamento que se deve ter dentro do grupo ao qual naturalmente pertence.^{11:123-6} É aquele grupo formado por pessoas situadas em posições semelhantes que tanto influencia como são influenciadas por seus iguais na estrutura social.

As pessoas pertencentes a um grupo ocupam posições de porta-vozes que acabam permitindo a cada um construir sua identidade na relação que ele tem com seus iguais. “Se ele volta-se para seu grupo, é leal e autêntico; se se afasta dele, é covarde e insensato.”¹¹ Então, as

interações que ocorrem no interior dos grupos irão contribuir diretamente na construção da Identidade do Eu, ou seja, ao sentir-se pertencente a um determinado grupo, a pessoa acaba reproduzindo ações e comportamentos que considera adequados e éticos para a boa convivência no grupo.

Quanto às interações que ocorrem fora desses pequenos grupos e passam a ocorrer numa sociedade mais ampla composta por diversos outros grupos, inclusive os de opiniões contrárias ao grupo a que se pertence, recomenda-se os alinhamentos exogrúpicos.

E para isso é necessário que a pessoa “se veja como um ser humano completo como qualquer outro, alguém que é excluído daquilo que, em última análise, é apenas uma área da vida social”.^{11:126} É importante que a pessoa perceba que muitas áreas de sua vida podem ser mantidas sem qualquer alteração, e isto é fundamental, pois caso contrário o “eu” pode sofrer mutilações.

A característica pessoal que leva ao estigma não é nada em si mesmo. Portanto a pessoa não deveria se envergonhar por possuir essa característica ou por percebê-la em outras pessoas, nem ao menos se comprometer em tentar ocultá-la. O que deveria ser feito, por meio de um esforço árduo e de um autotreinamento persistente, é preencher os padrões comuns tão completamente quanto possível.¹¹ Esse esforço e habilidade aprendida pelas pessoas estigmatizadas em lidar com situações desagradáveis podem colaborar na mudança de idéias embutidas em pessoas que não são estigmatizadas pela sociedade.

Os normais [pessoas que não possuem determinado estigma] não tem na realidade, nenhuma intenção maldosa; quando o fazem é porque não conhecem bem a situação. Deveriam, portanto, ser ajudados, com tato a agir delicadamente. Observações indelicadas de menosprezo e de desdém não devem ser respondidas na mesma moeda. O indivíduo estigmatizado deve não prestar atenção a elas ou, então, fazer um esforço no sentido de uma reeducação complacente do normal, mostrando-lhe, ponto por ponto, suavemente, com delicadeza, que, a despeito das aparências, é, no fundo, um ser humano completo.^{11:127}

A pessoa com transtorno mental, por exemplo, ao perceber que sofre algum estigma, deve através de suas atitudes e comportamentos mostrar que é capaz de desenvolver ações, de ser produtivo e de viver socialmente, facilitando assim mudanças de percepções de muitas pessoas, principalmente daquelas que convivem afetuosamente.

Mas, observamos que não é tão simples modificar percepções culturalmente arraigadas, para as pessoas que trazem características que a excluem de determinados grupos sociais. Pode ser confuso compreender sua posição na sociedade e construir positivamente, congruentemente sua identidade do Eu. Goffman revela que ao mesmo tempo que a sociedade

lhe diz que ele é membro de um grupo mais amplo e que é um ser humano normal, ela também diz que até certo ponto ele é “diferente” e que seria absurdo negar essa diferença. Reconhecer essa diferença é fundamental, mas não deveria ser estigmatizadora.^{11:134}

Sendo assim, essas reflexões nos leva a pensar que contruir uma identidade do Eu, livre de conflitos é praticamente impossível, tendo em vista que a Identidade pessoal e social são constituídas pelas interações sociais e a Identidade do Eu pela experiência dessas interações.

Já a Identidade Social, segundo Goffman, é a caracterização de uma pessoa feita pela sociedade, ou seja, é o que “os outros” conseguem perceber de nós, sem ao menos nos conhecer. São os primeiros aspectos que permitem uma pessoa prever as características e atributos de outra pessoa, lembrando que as características atribuídas podem não corresponder à realidade, favorecendo a construção de uma identidade social virtual, ou podem comprovar as características atribuídas a uma pessoa, transformando a identidade social virtual em identidade social real.¹¹

Com isso, iremos observar, nos próximos capítulos, como essas identidades se apresentam nas pessoas que experienciam o sofrimento mental. Inicialmente, no entanto, a identidade da pesquisa precisou ser construída e revelada. A seguir o caminho percorrido.

3. CAMINHO PERCORRIDO: CONSTRUINDO A IDENTIDADE DA PESQUISA

Considerando atentamente a natureza do objeto de estudo, sua complexidade e o interesse em compreendê-la a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos, optamos pela pesquisa social e o conjunto de recursos metodológicos que lhe estão associados. A justificativa para tal escolha é que a pesquisa social, além de buscar compreender a “simultaneidade das diferentes culturas e dos diferentes tempos num mesmo espaço, como algo real e que enriquece a humanidade”,^{19:40} possibilita trabalhar a “identidade entre sujeito e objetivo da investigação”,^{19:41} estimulando o investigador a se identificar com o investigado por fazer parte, também, do meio social o qual investiga, sentindo-se envolvido e comprometido com a pesquisa.

Desse modo, “os pesquisadores são, dialeticamente, autores e frutos de seu tempo histórico”.^{19:41} Nessa visão de pesquisa, o pesquisador tem claro que o contexto dinâmico de vida individual e coletivo em que está mergulhado influencia a forma de interpretar a realidade investigada por ele, mas são essas diversas formas de interpretar um fenômeno que a pesquisa tem a característica do “acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação”.^{19:47}

3.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO E ABORDAGEM

Pelas razões acima expostas, esta pesquisa não tem a pretensão de ser a única compreensão, mas uma compreensão aprofundada que leve os leitores a refletirem sobre suas atitudes e comportamentos durante as interações sociais que ocorrem diariamente e que guardam relação com o fenômeno aqui estudado. E para atender a esse caráter de pesquisa, optamos pela **abordagem qualitativa**.

A abordagem qualitativa referendada por Bauer e Gaskel é aquela que lida com as interpretações da realidade social.²⁰ Esta abordagem é em si mesma um campo de investigação interligada e complexa de termos, conceitos e suposições, é uma atividade que localiza o observador no mundo e que envolve a coleta variada de materiais através de estudos de caso, experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevista, artefatos, textos e produções culturais, textos observacionais, históricos, interativos e visuais que acabam por descrever momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos.²¹

A pesquisa qualitativa busca compreender o significado das relações humanas em que as ações são influenciadas pelas emoções vivenciadas.²² E, quando realizada na área da saúde, é a pesquisa que “busca compreensão em profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos e indivíduos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas, as políticas, os programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde”.^{19:75}

Na perspectiva de investigar a identidade de pessoas que são acompanhadas por um Centro de Atenção Psicossocial, a pesquisa baseou-se em **teorias compreensivas**, tendo em vista a presença inerente dos seguintes elementos dessas teorias, pois:

(a) Seu foco é a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; (b) o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais; (c) a relação entre o investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face e a empatia entre ambos; (d) os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; (e) os textos provenientes de análises compreensivas apresentam a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista dos vários atores ante um projeto social sempre em construção e em projeção para o futuro e (f) suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das microrrealidades e comparações.^{19:100}

Considerando todos esses aspectos e por tratar-se de uma pesquisa que busca o sentido da experiência humana, compreendendo a permanência dos fatos, escutando o que as pessoas têm a dizer sobre elas, a estratégia utilizada foi a da **história oral de vida tópica**, que dá ênfase à determinada etapa ou setor da vida pessoal.

Essas estratégias que utilizam narrativas de vida, apesar de serem mais adequadas ao objeto deste estudo, “nunca serão uma verdade sobre os fatos vividos, e sim uma versão possível que lhes atribuem os que vivenciaram os fatos”.^{19:154} Para Minayo, a história de vida

verbalizada pelos participantes constitui uma tentativa de revelar o ambiente intangível dos acontecimentos que fazem parte da experiência de determinado grupo social. Visa a descobrir o ponto de vista e as motivações dos participantes voluntários ou involuntários na História, portanto, protagonistas dos fatos sociais embora, geralmente descartados da historiografia oficial que privilegia a dinâmica do poder e dos poderosos.^{19:156}

Ou seja, é a história contada por aqueles que vivenciaram a história, que sentiram as emoções de modo bastante singularizado, e não uma história contada por um grupo de pessoas que possuem o interesse de manter o controle de informações que sejam favoráveis a fins políticos.

Nesse sentido, dar voz aos sujeitos participantes do estudo, através da história oral de vida tópica, tem proporcionado a transformação de um conteúdo antes reservado e individual para um conteúdo que retrata dimensões coletivas, reafirmando modos de ser particulares. “A descrição de cada caso particular, ao mesmo tempo ilustra, de maneira concreta, a estrutura social global e transmite por meio de uma individualidade distinta, o caráter às vezes único e representativo de cada caso”.^{19:157}

Tendo em vista se propor a ser um estudo **do tipo descritivo**, em que procuramos analisar os fenômenos fazendo uma descrição detalhada da forma como se apresentaram os fenômenos; e **do tipo exploratório**, em que buscamos uma explicação sobre determinado fato, este tipo de pesquisa constitui a primeira etapa de uma investigação mais ampla.²³

3.2 QUESTÕES ÉTICAS

Sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa que considera a experiência humana do adoecimento psíquico, **questões éticas** foram amplamente consideradas, incluindo a viabilidade de execução do estudo. Então, submetemos a pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas (CEP/UFAL) para apreciação, sob o protocolo de número 006511/2011-47, com a finalidade de esclarecermos todos os passos da pesquisa sem desconsiderar nenhum princípio ético, o que resultou num parecer (anexo 1) favorável à realização desta pesquisa. Também foi consentida a autorização da coordenação do Programa Municipal de Saúde Mental de Maceió Alagoas para a coleta de dados.

Quanto aos sujeitos, todos foram convidados inicialmente a participarem do estudo de forma voluntária, sendo esclarecidos em relação aos objetivos e passos da pesquisa, instruindo-os quanto aos riscos e benefícios de sua participação. Quando se emocionavam ao exporem suas lembranças, fizemos intervenções terapêuticas a fim de amenizar o sofrimento psíquico durante a entrevista. Também garantimos o anonimato dos entrevistados e do cenário da pesquisa, a fim de manter preservado qualquer meio de identificação ou de possíveis constrangimentos.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Quatro pessoas integraram o universo de sujeitos desta pesquisa. Pessoas que tiveram suas histórias marcadas por perdas, medos, angústias e preocupações, capazes de gerar intenso sofrimento, vivenciados na infância ou na fase adulta, mas que foram determinantes no processo de adoecimento mental. Pessoas que buscam apoio e ajuda para amenizar suas dores em um Centro de Atenção Psicossocial, na tentativa de encontrar caminhos para superação dos dramas ocorridos em suas vidas.

No capítulo 4 deste trabalho, as falas desses sujeitos são detalhadamente apresentadas, momento em que a identidade construída e revelada por cada um deles é analisada.

3.4 O CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário determinado foi um CAPS, serviço aberto e territorial, substitutivo do manicômio e do hospital psiquiátrico, com atendimento multiprofissional localizado no estado de Alagoas, Brasil. O CAPS em estudo é referência para pessoas com transtornos mentais graves e severos acima de dezoito anos, possui uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, farmacêutico, auxiliar de enfermagem, agente administrativo, auxiliar de serviços gerais, motorista e porteiro.

Desenvolve atividades individuais através de consultas e visita domiciliar, atividades grupais como oficinas, grupos terapêuticos, reuniões de família, passeios, festas comemorativas. Possui conselho gestor com usuários politizados e atuantes. Funciona diariamente de segunda a sexta-feira. Alguns profissionais buscam articular o serviço com outros setores como educação e esporte, incentivando a participação dos usuários em cursos profissionalizantes e de geração de renda.

Sua estrutura física é semelhante a uma residência. Possui um transporte próprio para facilitar o deslocamento de alguns usuários para o serviço e para a realização de atividades externas. Recebe usuários por demanda espontânea, mas também referenciados pela atenção básica, pelo CAPS infanto-juvenil, pelos ambulatorios e hospitais psiquiátricos do município.

3.5 A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

As informações foram produzidas a partir da entrevista individual, da observação direta e do diário de campo durante três meses de coleta, através de idas semanais ao CAPS em estudo.

Diante desses aspectos, a pesquisa utilizou a **técnica da entrevista individual** com participantes, pois a medida que a entrevista ocorria, permitia-se a verificação e formulação de hipóteses durante o trabalho de campo, criando-se uma teoria fortemente ancorada na realidade social. A entrevista foi “uma conversa a dois, realizada por iniciativa da entrevistadora destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa”.^{19:261}

Optamos pela realização da **entrevista aberta ou em profundidade** caracterizada pelo informante convidado poder expressar livremente o que pensa sobre um determinado assunto. Essa forma de entrevista busca dar mais profundidade às reflexões advindas das narrativas de vida. Para, então, obter essa profundidade de informações, em dois sujeitos do estudo houve a necessidade de aprofundarmos a coleta de dados, reagendando outra entrevista.

Na entrevista aberta, a ordem dos assuntos não obedece a uma sequência rígida e, sim, é determinada pelas próprias preocupações e relevâncias do entrevistado sobre o assunto em questão. Quanto ao entrevistador, este fica livre de formulações prefixadas para introduzir perguntas quando houver a necessidade de aprofundar algum conteúdo que emergiu durante a conversa e será de extrema significância para elucidação do objeto.¹⁹

Outras justificativas para escolha desse método de entrevista para a referida pesquisa baseiam-se nas seguintes afirmativas:

(a) quanto mais importante é o material produzido na entrevista, mais ele enriquece a análise que busca atingir níveis profundos; (b) a ordem afetiva e de experiência é mais determinante dos comportamentos e da fala do que o lado racional e intelectualizado; (c) quanto menos estruturada é a entrevista, mais permite emergir e ressaltar os níveis sócio-efetivo-existenciais.^{19:266}

Portanto, como a pesquisa propôs aprofundar conteúdos que só poderiam ser acessados se os sujeitos estivessem à vontade, essa foi a melhor estratégia, que permitiu a expressão de emoções vivenciadas pelos entrevistados. As entrevistas foram filmadas com câmeras de vídeo.

Entretanto, para auxiliar a entrevista aberta, utilizamos um **roteiro invisível** (anexo 2) que contribuiu na descrição sucinta, breve, mas ao mesmo tempo abrangente, que orientou os rumos da fala do entrevistado. Segundo Minayo,¹⁹ esse tipo de roteiro é considerado um instrumento aparentemente mais simples de ser elaborado que guia uma conversa com finalidade, porém exige:

Preparação suficiente do pesquisador, permitindo-lhe durante a entrevista, levantar questões que ajudem o entrevistado a abranger níveis cada vez mais profundos em sua exposição. Nesse caso o instrumento fica guardado na memória do investigador, testando sua capacidade de ver, concatenar fatos, mas, sobretudo, de ouvir e conduzir o entrevistado para que explicita, da forma mais abrangente e profunda possível, seu ponto de vista.^{19:190}

Além da informação produzida pela entrevista individual e de forma complementar, foi utilizado o recurso da observação direta durante as entrevistas.

A observação direta, conhecida como observação estruturada ou sistemática, pressupõe planejamento para auxiliar a coleta de dados. É uma das técnicas de investigação que possibilita registrar detalhes para classificar relações complexas, como as relações entre pessoas cuidadas e pessoas que cuidam, ou seja, “a observação e descrição em detalhes permitem um estudo comparativo das partes mais sutis com as quais são construídos os eventos totais”.²⁴ As anotações da observação direta foram feitas no ato da transcrição das filmagens, à medida que analisávamos os vídeos das entrevistas realizadas, no qual registramos gestos, emoções, entonação da voz e expressão do olhar.

O outro instrumento utilizado para o registro de informações foi o **diário de campo**. O diário de campo “nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista”.^{19:295}

Esse instrumento facilitou o hábito de observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos e situações ocorridas em um dia. Foi constituído de “impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados”.^{19:295}

Esses registros foram datados, especificando local, hora e organizados em três etapas: a primeira consiste na **descrição**, a qual transmitiu com exatidão a exposição dos fenômenos; a segunda, na **interpretação do observado**, momento no qual foi importante explicitar,

conceituar, observar e estabelecer relações entre os fatos e as consequências; e a terceira, no **registro das conclusões preliminares, das dúvidas, imprevistos, desafios** tanto para um profissional específico e/ou para a equipe, quanto para a instituição e os sujeitos envolvidos no processo.²⁵ Em diversos momentos, essas etapas estavam tão imbricadas que visivelmente não foi possível separá-las.

Os relatos foram breves, “pois não se podem introduzir elementos, como também a interpretação reflexiva acaba se confundindo com o fato concreto podendo deturpá-lo”.^{25:100}

Para Triviños (1987), o diário de campo é uma forma de complementação das informações sobre o cenário onde a pesquisa se desenvolve e onde estão envolvidos os sujeitos, a partir do registro de todas as informações que não sejam aquelas coletadas em contatos e entrevistas formais, em aplicação de questionários, formulários e na realização de grupos focais. Para o autor, as anotações realizadas no diário de campo, sejam elas referentes à pesquisa ou a processos de intervenção, podem ser entendidas como todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, compreenderiam descrições de fenômenos sociais, explicações levantadas sobre os mesmos e a compreensão da totalidade da situação em estudo ou em um atendimento.^{25:100}

Utilizamos a sugestão de Triviños²⁶ diferenciando as informações descritivas das informações analítico-reflexivas através de diferenciadas cores, com o intuito de nos auxiliar na visualização do conjunto de informações registradas. O esquema de cores nos auxiliou a equilibrar a quantidade de informações referente as duas dimensões, evitando assim nos determos mais em informações descritivas do que nas analítico-reflexivas e vice-versa. Utilizamos o vermelho para informações descritivas, azul para as reflexivas e a preta para as conclusões preliminares.

Portanto, a análise das observações foi feita de imediato, tendo em vista que na pesquisa qualitativa não se separa as etapas do processo, pois as ‘reflexões do observador’ consistem na busca de significados para explicações dos fenômenos.²⁶

3.6 APROXIMAÇÕES DO PESQUISADOR AO CAMPO DO ESTUDO PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Inicialmente, entramos em contato por telefone com uma das profissionais do serviço e agendamos um dia para irmos ao CAPS apresentar a proposta do estudo tanto aos profissionais quanto aos usuários do serviço.

Ao chegar no CAPS, fomos bem recebidas. O ambiente se mostrou acolhedor fazendo com que nos sentíssemos à vontade. Apresentamos a proposta do trabalho a duas profissionais, uma psicóloga e uma assistente social, as quais, em seguida, nos convidaram para participar do grupo terapêutico facilitado por elas, para que apresentássemos o projeto de investigação ao grupo de usuários do serviço, podendo observar e convidar os usuários em condições de contribuir com a pesquisa.

Durante a reunião com o grupo, fomos apresentadas aos participantes e os mesmos também se apresentaram. A profissional que conduziu o grupo utilizou-se da escuta qualificada, trabalhando com o grupo o seguinte tema: assim como o ambiente físico precisa ser reformado o nosso interior também precisa de constantes transformações e de uma “roupagem nova”. A temática trabalhada objetivou a retomada das atividades grupais no CAPS, tendo em vista que há algumas semanas o serviço encontrava-se com suas atividades suspensas devido a uma reforma em sua estrutura física.

Percebemos que durante a atividade os usuários se sentiam à vontade, expondo conteúdos internos e demonstrando confiança no grupo. Nesse mesmo grupo, explicamos como seria a pesquisa e a participação dos sujeitos, bem como expressamos a nossa alegria de estar iniciando a pesquisa naquele CAPS. Ao término, conversamos com alguns usuários que gostariam de participar do estudo, agendando algumas entrevistas com os que mostraram maior colaboração durante a atividade e que avaliamos não ter dificuldades cognitivas. As entrevistas posteriores foram combinadas individualmente com os usuários, de acordo com sua disponibilidade e à medida que fôssemos frequentando o CAPS.

Nesse contexto, realizamos sete entrevistas a partir da disponibilidade dessas pessoas e após uma breve avaliação clínica individual dos seus estados de saúde. A partir da quarta entrevista verificamos que os dados começavam a atender os critérios de saturação. Sendo assim, entre os sujeitos entrevistados, selecionamos os quatro depoimentos que trouxeram aspectos de maior relevância para o estudo.

Quanto à avaliação clínica, esta foi realizada pelas próprias pesquisadoras enfermeiras, tendo em vista a formação, experiência profissional na área e habilidade técnica para tal exame, em que foram observadas as funções psíquicas de sensopercepção, pensamento, memória e capacidade de comunicação verbal.

Todos os entrevistados foram bastante receptivos, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (T.C.L.E.) após a explicação da pesquisa, e nenhum deles

retiraram seu depoimento até o término do estudo. Com o intuito de preservar a autonomia, permitimos que os sujeitos escolhessem como gostariam de ser identificados na pesquisa.

3.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS

Ainda assim, o material produzido pelos registros das entrevistas foi tratado pela técnica de **análise de conteúdo**, sendo utilizadas as informações resultantes da observação direta e do diário de campo como complemento da análise. Esta análise permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, levando em consideração para testificar o rigor científico: o trabalho com amostras reunidas de maneira sistemática, a validade dos procedimentos de coleta e dos resultados, o trabalho com codificadores que permitam verificação de fidelidade, a ênfase na análise da frequência como critério de objetividade e cientificidade, e a possibilidade de medir a produtividade da análise.^{19:303-6}

A análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão para descoberta servindo de prova para determinadas hipóteses ou pressupostos. Não se trata de um instrumento, mas de um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.^{27:44} Porém a sua utilização exigiu o cumprimento das seguintes regras:

Homogêneas: poder-se-ia dizer que não se mistura alhos com bugalhos; exaustivas: esgotar a totalidade do texto; exclusivas: um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes; objetivas: codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais; adequadas ou pertinentes: isto é, adaptadas ao conteúdo e ao objetivo.^{27:38}

A análise de conteúdo parte primeiramente da leitura das falas, depoimentos e documentos, aprofundando continuamente a leitura do material coletado buscando cada vez mais ultrapassar os sentidos manifestos. Mas como existem várias modalidades de análise de conteúdo, para esta pesquisa a modalidade utilizada mais adequada ao objeto de estudo foi a **análise temática**, a análise dos significados.^{19, 27}

Face à adoção dessa forma de análise neste trabalho, torna-se fundamental o entendimento de como se dá essa modalidade de análise. Minayo refere que o tema está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto e que essa modalidade de análise comporta um conjunto de relações que podem ser graficamente apresentadas através de uma palavra, uma frase ou um resumo.¹⁹ O tema torna-se, então, a unidade de significação que se

liberta de um texto analisado.²⁷ Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que estão presentes na comunicação.

Para a operacionalização desse método, três etapas foram seguidas. A primeira delas foi a pré-análise, em que ocorreu o preparo do material, sendo editadas integralmente todas as entrevistas filmadas, incluindo hesitações, risos, choros, silêncios e estímulos do entrevistador deixando na margem da folha um espaço para possíveis anotações. Em seguida, foi realizada uma leitura flutuante. Nesse momento, deixamos nos impregnar intensamente pelo conteúdo descrito. Mas, não basta ler para compreender normalmente, é necessário usar como auxílio perguntas do tipo:

O que está esta pessoa a dizer realmente? Como é isso dito? Que poderia ela ter dito diferente? O que não diz ela? Que diz sem o dizer? Como é que as palavras, as frases e as sequências se encadeiam entre si? Qual é a lógica discursiva do conjunto? Será que posso resumir a temática de base e a lógica interna da entrevista? [...] esta pessoa manifesta em tal sítio tal tema, onde é que já o vi noutra entrevista? Ou que outra pessoa encontrei num contexto equivalente? Será que posso nomear a especificidade de uma determinada entrevista, dar-lhe um título, por exemplo? ^{27:94}

Após essa leitura flutuante, ainda na fase de pré-análise, foram formuladas e reformuladas hipóteses e objetivos, ou seja, foi “a possibilidade de correção dos rumos interpretativos” da pesquisa.^{19:317} Nessa fase, determinamos as unidades de registros, as unidades de contexto – entendida como a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro –, os recortes das entrevistas, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que orientaram a análise propriamente dita.^{19, 27}

A etapa seguinte foi a fase de exploração do material. Tratamos o material, codificando-o. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto após recortados, agregados e enumerados em unidades de registro que permitiram a compreensão do conteúdo. Nesta pesquisa, as unidades de registros foram organizadas em um quadro, no qual essas unidades foram deslocadas para dar uma sequência de surgimento das informações, na tentativa de sistematizá-las, facilitando assim a operação classificatória.

Essa operação teve como objetivo alcançar o núcleo de compreensão do texto, e foi nesse momento que encontramos as categorias, expressões ou palavras significativas nas transcrições das entrevistas. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto [...], é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário (isolar os elementos) e a classificação repartir os elementos” para organizá-los.^{27:145}

Partindo de tal premissa, direcionamos a descoberta das categorias a partir da exaustiva leitura do material. Diante da tamanha abrangência da temática identidade, foi necessário a cada sujeito lido consultarmos os objetivos da pesquisa, para não correremos o risco de nos distanciarmos dos mesmos.

Após essas leituras simultâneas, começamos a perceber que todo o conteúdo embutido no material descrevia sobre quatro pontos que o sujeito do estudo relatava: ora sobre a percepção que possuía de si próprio, ora sobre a percepção que possuía das pessoas ao seu redor, ora sobre a percepção que os outros possuíam sobre ele e ora sobre a percepção que possuía sobre o acompanhamento do serviço CAPS. Sendo assim, na tentativa de aproximar as falas dos sujeitos em coerência ao objetivo do estudo, identificamos quatro categorias apresentadas a seguir:

1. Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?
2. Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?
3. Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?
4. A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?

Definidas as categorias, iniciamos a redação do texto. Encontramos, porém, outro obstáculo: a quantidade de informações impossibilitava o trabalho entrelaçando os conteúdos relatados pelos quatro sujeitos, além de percebermos também que estávamos suprimindo algumas informações singulares de cada entrevistado.

Diante dessas considerações, optamos por apresentar os resultados preservando a unicidade das histórias de vida de cada sujeito: Lê, Patrícia, Verônica e Jane. Além disso, à medida que informações eram apresentadas na redação final da dissertação, logo em seguida eram interpretadas sob a luz do referencial teórico de Erving Goffman e complementadas, quando necessário, por outros autores.

Foram acrescentados às informações das entrevistas os registros gerados pela observação direta e pelo diário de campo. Ao término da apresentação e discussão dos resultados, construímos um diálogo síntese entre os conteúdos de maior evidência destacados por cada sujeito tentando articulá-los.

A seguir os resultados.

4. REFLEXOS DO ADOECIMENTO MENTAL SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, descreveremos como a identidade dos sujeitos participantes se revela tendo como partida a compreensão breve e inicial de suas histórias de vida, de seus sofrimentos, buscando entender os motivos que podem ter contribuído no processo de adoecimento, ao mesmo tempo em que aprofundamos a temática discutindo quais as percepções adotadas por essas pessoas relativas à sua identidade sob o referencial de Goffman, e que influência um serviço comunitário como o CAPS pode exercer sobre a identidade de pessoas em sofrimento mental.

Cada história de vida é única e nos remete a uma série de interpretações emocionantes. Goffman afirma que a biografia é algo inerente à pessoa, diariamente construída, ou seja, acrescentamos todos os dias informações e fatos vivenciados que passam a fazer parte da história de nossas vidas. Podemos possuir alguns fatos semelhantes à história de outras pessoas, mas nunca o conjunto dos mesmos fatos em pessoas diferentes.

Sendo assim, acompanhamos as emoções demonstradas pelos sujeitos ao relatarem suas histórias, apresentando os resultados e a análise a partir da história de cada sujeito e da compreensão particular dos mesmos, observando que, apesar de algumas situações de vida apresentarem semelhanças nos diferentes sujeitos, jamais essas histórias se revelam como únicas em seu conjunto, ou seja, jamais aparecerão em mais de um sujeito da mesma forma que aconteceu em outro. Vamos começar por Lê.

4.1 LÊ

A primeira entrevistada na pesquisa foi Lê, uma mulher de 50 anos, evangélica, que tem uma filha e duas netas e vem sendo acompanhada pelo CAPS há aproximadamente um ano. Hoje não trabalha, sobrevive com a ajuda financeira da mãe e da filha e do benefício Bolsa Família, mas já foi camareira e trabalhou numa fábrica de tecelagem. Mora sozinha em casa própria que conseguiu construir quando trabalhava. Tem atualmente um namorado com o qual compartilha algumas de suas angústias e aflições. Lê conta sobre a história do seu adoecimento mostrando-se à vontade durante a entrevista, mantendo sempre a coerência no discurso e emoção em alguns momentos:

[...] Desde criança era nervosa e deprimida, tinha medo de tudo, passava mal nos cantos, chegava à igreja e se comessem a gritar eu corria. Piorou depois que separei do pai de minha filha. Tive um problema de tireoide. Meu corpo começou a adormecer, as coisas caíam de minha mão, me queimava. Fiquei deprimida, isolada, sem noção das coisas. Não ficava só, não saía só. Era um medo, que eu nem pegava ônibus. Isso começou eu tinha 35 anos. Como eu trabalhava numa fábrica de tecelagem, no horário da noite eu não conseguia dormir, escutando o barulho das máquinas na minha mente. Depois fui morar com um rapaz que no começo me entendia, mas descobri que ele estava com outra e me separei, foi horrível! Quase morro. Outra coisa que eu tenho trauma é a morte do meu pai, porque ele faleceu e eu não consegui vê-lo, só vim saber quinze dias depois, foi o pior momento de minha vida. Eu engravidei novinha, minha mãe não me aceitou, e meu pai me aceitou, tive a minha filha e passei mais de ano dentro de casa. Depois o pai de minha filha me trocou por outra, e eu invadi a casa da outra com uma tesoura para matá-la. A questão do meu adoecimento não foi só a questão da separação do meu marido [...]. (Lê)

Lê refere que desde criança já sofria com algumas mudanças em seu comportamento, considerando-se uma criança de humor deprimido e com pouca tolerância, vindo a piorar na fase adulta após a separação conjugal e o aparecimento de alterações hormonais. Teve algumas perdas de pessoas significativas, além da perda do emprego, culminando no surgimento de alguns comportamentos adoecidos.

É interessante que Lê atribui seu adoecimento mental a diversas situações que ocorreram em sua vida, e não a uma única como afirma na última frase de seu depoimento. O sofrimento está presente desde a sua infância e veio a se agravar nos anos seguintes. Em sua história, perdas estão presentes, como a perda da habilidade nos afazeres domésticos, perda do emprego, perda do marido, perda do pai, perda do controle e perda da sociabilidade.

As perdas que enfrentamos desde o nascimento até o fim da vida são situações que podem ou não estarem relacionadas à morte, tais como perdas de entes queridos, perdas de vínculos e separações, perdas das possibilidades impedidas pela barreira do preconceito, as quais atingem várias esferas da vida comprometendo as relações afetivas, sociais, espirituais e profissionais. Essas perdas atingem diretamente a construção da identidade dos sujeitos, modificando a forma de encarar a vida.²⁸

4.1.1 Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?

Lê durante sua infância se via como uma “pessoa nervosa, deprimida e que tinha medo de tudo”. Talvez esta visão sobre si tenha se estabelecido porque em algumas situações reagia de maneira não esperada aos padrões exigidos pela sociedade, “saía correndo se gritassem na igreja”, “passava mal”, entre outras situações. Denominar-se como “pessoa nervosa” ainda

quando criança traz à tona uma forma autoestigmatizadora de se vê. O que nos leva a acreditar que não foi somente o diagnóstico de transtorno mental recebido no CAPS que a faz reconhecer seu estado mental adoecido, mas também consequências absorvidas pelas diversas exposições ao sofrimento e certamente a dificuldade nas relações interpessoais em que esteve vulnerável a vida toda. As crises durante os anos apenas pioraram seu estado de humor, contribuindo cada vez mais para a diminuição de seu autoconceito. Vejamos como Lê se autodefinia quando começou a frequentar o CAPS:

Eu cheguei ao CAPS tão magra, acabada e destruída [...]. (Lê)

Parece que essas definições retratavam uma identidade que fora deteriorada durante anos, refletida numa autoestima diminuída e na falta de esperanças para uma vida melhor. Porém percebemos que Lê tem reformulado esses conceitos em relação a si, buscando construir uma identidade diferente daquela reproduzida durante muito tempo. Quando perguntamos como se percebe, agora, após o acompanhamento do CAPS, ela nos responde com muito entusiasmo e sorrisos:

[...] Agora eu já me olho e vejo umas gordurinha. Acho-me muito bem! [...] Antes eu não andava com bolsa, eu não gostava, eu tinha pavor de colocar uma bolsa. Hoje eu já ando. (Lê)

Esses “pequenos grandes ganhos” já apontam para a recuperação da autoestima de Lê. É notável a valorização de si, contribuindo positivamente para a construção/reconstrução de sua identidade a partir da relação positiva com o corpo.

Autores afirmam que há duas dimensões da autoestima: a autoestima pessoal, que diz respeito à avaliação positiva ou negativa que o sujeito realiza de si mesmo, constituindo-se em aspecto central do eu, desempenhando papel fundamental no processo de construção da identidade, congregando autoavaliações sobre os atributos e habilidades individuais; e a autoestima social, que é a avaliação dos atributos característicos do grupo ao qual o sujeito pertence e com os quais se identifica.²⁸ No caso de Lê, o vestir-se ligado à autoestima pessoal tem todo um caráter de visualização no meio social. Andar ou não andar com boa aparência, com bolsas ao invés de sacolas plásticas, por exemplo, pode indicar uma categoria de prestígio e identificação social.

Porém, mesmo com a elevação da autoestima, Lê relata que o adoecimento a impossibilitou de trabalhar e cuidar de sua neta, acarretando perdas de habilidades sociais e afetivas:

Eu não tenho mais paciência de trabalhar, já trabalhei muito, mas hoje não consigo nem pegar ônibus direito, tem dia que estou bem, tem outros que não [...]. Gosto de minha neta, mas não tenho paciência. Eu não posso ficar sozinha. (Lê)

As mudanças que o adoecimento produziu na vida de Lê a levou ao comprometimento de seu estado de paciência, dificuldade de locomoção, instabilidade no bem estar, gerando insegurança na tomada de decisões. Somado a essas percepções, Lê ainda se vê com dificuldades de encontrar um emprego como observamos na fala abaixo:

Quando eu era nova a firma ainda me empregava, mas agora quem vai me querer com os meus problemas? Querem não, não adianta você chegar numa firma e se empregar porque vão pedir a documentação e vão descobrir, e eles vão empregar? Vão não. (Lê)

Esse sentimento de impotência, de incapacidade carregada pelo próprio julgamento de que “ninguém vai dar emprego a uma pessoa com problemas” que acontece em Lê, por exemplo, pode ser compreendido quando o estigma só passa a ser percebido por Lê tardiamente, em uma fase avançada de sua vida. Segundo Goffman,¹¹ o que acontece é que as pessoas quando vêm perceber que possui algum estigma, já ouviram tudo sobre o que se consideram “normais” e “estigmatizados” muito antes de serem obrigadas a se considerarem diferentes, e diante disso há maior probabilidade dessas pessoas terem dificuldades em identificarem-se e, conseqüentemente, maiores facilidades de autocensurarem-se.

Essa autocensura acontece porque a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos “normais”, adquirindo crenças da sociedade em relação ao que é possuir um estigma, entendendo que possuí-lo é sinônimo de consequências, que no caso de Lê se traduz no fato de ter um diagnóstico de doença mental e não ser capaz de conseguir um novo emprego.^{11:41}

Além da autocensura, observamos a presença de “documentos, ou laudos, ou carteirinhas que identificam pessoas especiais” como uma espécie de símbolos que atestam as pessoas que adoecem mentalmente. Esses símbolos, de acordo com Goffman,¹¹ já explicados no capítulo 2, são informações sociais da mesma forma que uma aliança no dedo da mão esquerda de uma pessoa diz que é casada, um laudo médico com uma codificação de

diagnóstico estabelecido pela CID (Classificação Internacional de Doenças) traz informações sobre seu comportamento ao portar determinada doença.

Entretanto, a informação social transmitida por esses símbolos não trazem somente prejuízos e estigma. Os mesmos símbolos, a depender da situação, podem trazer alguns benefícios. Observemos dois relatos de Lê em que estão nítidas essas questões:

Fui parar no pronto socorro de uma queda, passei mais de quinze dias sem respirar direito, o médico do pronto-socorro não me atendia. Ai quando eu mostrei a documentação que eu fazia tratamento psiquiátrico, foi que me atenderam [...] (Lê)
Fui na casa lotérica e fiquei na fila do especial. Tinha algumas senhoras, e elas foram atendidas e quando chegou minha vez, a menina do caixa perguntou por que eu estava nessa fila. Fui e mostrei a carteirinha. Ela me pediu desculpas e disse: pensei que você não tinha nenhum problema e estava na fila dos especiais. É, mas eu tenho problema, agora mesmo eu estou fazendo tratamento. Mas tem pessoas que não acreditam na gente, acha que a pessoa está mentindo, que não quer enfrentar a fila. Eu tendo meus direitos, eu não vou enfrentar uma fila enorme, tendo condições de enfrentar uma menor. (Lê)

Lê possui a compreensão de seu estado de saúde e que status passa a possuir a partir do momento que faz uso de seus direitos. E esses direitos estão relacionados à visibilidade de informações sociais. E apesar dessas informações transmitidas pelos símbolos poderem ou não ser permanentes, podem ser manipuladas segundo Goffman. E a forma como o fazem terá de considerar a maneira como essas pessoas enfrentam as contingências de serem vistas por outras pessoas.

No caso de Lê ela não se preocupa em dar visibilidade a essa informação, mas para que outras pessoas saibam é necessário que a conheçam. Nesse sentido, a pessoa que atendeu Lê precisou que ela relatasse o que tinha para que ao conhecê-la aceitasse a informação e lhe permitisse o uso dos seus direitos.

Outro fato surge nesse relato: do mesmo modo como a atendente da casa lotérica não percebeu o transtorno mental que Lê possuía, isso nos remete à reflexão de há estágios e manifestações sutis dos sinais da doença que passam despercebidos pela sociedade. Porém, quando se torna visível, muitos estigmas pode acompanhá-la. Entretanto, mesmo sob essas considerações, Lê relata que não se sente desmerecida em verbalizar seu status de pessoa em sofrimento mental:

Eu não tenho vergonha de dizer que faço tratamento e nem escondo que venho para o CAPS, porque eu estou me sentindo bem [...] (Lê)

Por outro lado, o fato de revelar a informação não exclui a possibilidade de autoestigma ou estigma individual, que acontece quando as pessoas estão passando pelo

adoecimento mental e internalizam o estigma prevalente na sociedade passando a acreditar e agir como se o estigma fosse o fenômeno real e legítimo.¹¹ Em outras palavras, alguns passam a acreditar que são menos valorizados do que outros na sociedade, desvalorizando-se e sentindo-se incapazes de contribuir com a sociedade. Essa situação se reflete na baixa autoestima, dependendo muitas vezes da avaliação de outras pessoas para alcançar e manter seu senso de autoeficácia elevado.^{29, 30, 31} É o que veremos no depoimento abaixo, quando Lê pensa em desistir do seu namoro por demonstrar autoestigma:

Nesses dias tava meio fria com meu namorado e tava conversando: - Eu achava melhor que você arrumasse outra pessoa, porque você chega aqui eu estou doente, chega aqui, eu estou deitada, quando não é uma coisa é outra, aí eu me sinto chateada, mal com isso. E ele disse: - Pare com isso, é melhor está com você do que tá com uma mulher que bebe, fuma, e gosta de curtir. E você não faz nada disso. - Mas não era assim que eu queria. Ele: não, mas tá bom assim. Eu já disse a você que parasse com isso, que tire isso de sua cabeça, que eu gosto de você do jeito que você é. (Lê)

O posicionamento de Lê quanto à necessidade de revelar ao outro suas condições confirma a sugestão de Goffman. Para este autor, o indivíduo estigmatizado que se encontra em companhia mista pode achar útil revelar quais suas incapacidades, oferecendo aos normais um status temporário de informados.¹¹

Quanto à última frase dita pelo namorado de Lê, “gosto de você do jeito que você é” nos remete a outra questão a ser discutida: como este OUTRO me vê?

4.1.2 Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?

De acordo com Goffman, identidade social e pessoal é formada a partir da percepção de como os outros nos percebem. São as interações com o meio que construirá essas identidades. No caso das pessoas que não conhecem diretamente Lê, ela descreve como pessoas que passam na frente do CAPS fazendo um gesto de espanto e curiosidade:

Quando o povo passa, passam olhando tudo assim [...] Que nem está espantado, como que as pessoas aqui são tudo doidas. Acho que pensam isso. (Lê)

Lê reforça a questão da identidade social imbuída de muitos estigmas, reproduzida pelas pessoas que não se conhecem. Carregada por um inconsciente coletivo, compreende que a existência de uma imagem enquanto pessoa é anterior à existência da própria pessoa,³² fazendo com que reflexos histórico-culturais de que a loucura é perigosa se reverberassem de geração a gerações no imaginário social.

Porém, essas imagens podem favorecer a construção de identidade social virtual ou social real. A descrição de Lê de como a sociedade a percebe pode constituir numa identidade social virtual que não condiz com a realidade, ou seja, essa identidade social só será configurada em real quando tivermos como provar a sua veracidade, o que não é o caso.¹¹ Mas independente de ser virtual é sentida, logo existe e traz reflexos para a vida de Lê.

Algumas percepções da sociedade podem ser comprovadas com a realidade e termos uma identidade social real, pois o adoecimento mental também é um adoecimento fisiológico e sua manifestação se dá no corpo e no comportamento como se percebe no relato abaixo:

Eles [a sociedade] vêem sim a diferença entre mim e eles, porque tem hora que eu me sinto modificada, minha mente [...] o meu olhar fica estranho, a minha menina percebe isso. (Lê)

Essa identificação que a sociedade faz das pessoas com características diferentes e pode levá-las ao estigma. Segundo Goffman, o termo estigma, já discutido no capítulo 1 e 2, é utilizado em referência a um atributo profundamente depreciativo, e “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem”,^{11:13} como percebemos na fala de Lê:

[...] as pessoas é que se sentem mal por estar perto da gente que tem problema. Porque minha sobrinha, por exemplo, uma vez cheguei na casa dela e em vez dela pedir a benção, ela deu foi aquela risada, tipo uma mangação. Mas eu noto que ela pensa assim: - Ela não é muito boa da cabeça então não vou dar muita atenção. (Lê)

Por isso o estigma passa a ser um conjunto de atitudes negativas, crenças, pensamentos e comportamentos que influenciam a pessoa, ou o público em geral, ao medo, a rejeição e a discriminação. Ele se manifesta na linguagem, no desrespeito nas relações interpessoais e nos comportamentos,³¹ como foi visto no depoimento de Lê. Dessa forma, percebemos que o manicômio não é o único aparato de isolamento e violência, podendo se revelar em gestos, olhares e comportamentos, assim como se revelou através da sobrinha de Lê.

Segundo Giovanella e Amarante,

O aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grandes partes, informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação.^{33:114}

Assim, alguns construtos são úteis na compreensão da dinâmica que configura e reforça o estigma em saúde mental. Um deles é o preconceito, entendido como uma resposta cognitiva e afetiva antecedente à discriminação, que tem dimensões comportamentais e denota pensamentos e sentimentos frequentemente baseados em estereótipos e informações infundadas que os membros de um grupo têm sobre os indivíduos de outro grupo.^{29, 31}

Outro constructo é a própria discriminação, compreendida quando membros do grupo dominante expressam certos estereótipos negativos e muitas vezes falsos sobre grupos minoritários e, em seguida, agem de maneira inadequada para com esses grupos, tomando decisões e comportando-se de maneira que podem ser observáveis, mensuráveis, reportáveis e susceptíveis às penalizações legais.

O terceiro construto é a formulação de estereótipo, que apesar de não ser necessariamente pernicioso, é conhecimento aprendido e potencialmente perigoso, quando carregado de crenças errôneas.^{29, 31}

Tendo em vista essa compreensão dos constructos, acompanhemos como Lê sofre com os preconceitos visíveis na sociedade:

Teve a festa do dia da luta antimanicomial há pouco tempo e estava com 15 anos que eu não saia para lugar nenhum, nem praia, nem piscina, nem lugar nenhum de festa, só para médico. Fiquei tão emocionada de ver aquele movimento, que eu passei mal na piscina, coisa que eu nunca imaginei passar. Aí a menina disse: - Sabe o que é isso é a gente que não sai, não passeia, não anda, até porque a família acha que é doente. Aí a família diz: - Chama não porque fulano é doente! Até minhas próprias vizinhas que tem condições de ir para a beira do rio passear, dizem: - não vou te chamar não mulher, que tu é doente! Isso para a gente é uma dor. Porque, a gente tem problema, mas nem todo mundo tenta entender o lado da pessoa, aí acha que porque é doente não convidam e se não chamam, eu também não vou me oferecer. (Lê)

Lê expressa muita emoção e dor quando vivencia o estigma da família, dos vizinhos e amigos. Essa dor que sente diante da discriminação e a atitude de autoproteção diante das pessoas reforçam o isolamento e o sentimento de menos valia. Parece que o fato de não chamar Lê para passear pode se referir a uma forma de proteção exercida por suas vizinhas, mas que acaba levando-a ao afastamento do convívio social ou ao que Goffman explica de que quando um sujeito adquire um estigma, as pessoas que se relacionavam anteriormente podem sentir mais dificuldades em aceitá-lo atualmente, porque tinham uma concepção do que ele foi. Isso ainda pode ser mais agravante quando essa “proteção” ou dificuldade em lidar com as modificações do sujeito se estende ao núcleo familiar, e a identidade social passa

a interferir na identidade pessoal construída por seus familiares.¹¹ Vejamos abaixo o que Lê expressa:

Até agora minha filha nunca foi uma filha de me chamar para uma festinha que ela vai com o marido e as filhas, porque eu sinto que ela tem vergonha de mim. Ela acha que eu não me comporto bem nos cantos, mas eu me comporto direitinho. (Lê)

O comportamento da filha de Lê lembra o "estigma de cortesia",³¹ em que o familiar sofre o estigma proveniente da Identidade Social. A filha de Lê parece se preocupar com o que os outros vão achar de sua mãe e, na tentativa de protegê-la, acaba alimentando ainda mais o processo discriminatório:

Minha filha diz: - Mainha não diga às pessoas que a senhora frequenta o CAPS, que o povo vai dizer que a senhora tem problema mental! Mas eu vou fazer o quê? Eu tenho que aceitar. Quando ela fala isso eu me sinto chateada. Um dia ela disse: - Ninguém merece ter uma mãe que nem a senhora! Eu disse por quê? Ela disse: porque quando chega nos cantos a senhora fica estressada, quando demora muito fica se levantando, saindo, impaciente. Eu não gosto de ficar esperando. E ela diz que eu tenho que ficar tranquila para o povo não perceber que tenho problema psiquiátrico. (Lê)

Para Lê ouvir a filha dizer “ninguém merece ter uma mãe como a senhora”, tem um significado muito forte, que pode ser interpretado como vergonha ou como sobrepeso para alguém que é responsável juridicamente por outra pessoa. E isso ainda se torna mais enfático para Lê porque quem o disse tem uma relação afetiva muito importante por ser sua filha. O valor dessas palavras a deixa muito desconfortável, diante da dificuldade que possui de adotar comportamentos socialmente aceitos e exigidos por sua filha.

No entanto, mesmo estando susceptível ao “estigma de cortesia”, percebe-se que, enquanto alguns membros da família tentam evitar o estigma, outros não parece estarem preocupados com seu impacto. Isso se dá pelo fato do estigma manifestar-se ou não. Caso ele ocorra, ainda pode acontecer somente no âmbito social e não na estrutura individual das pessoas que cercam tais sujeitos. É o caso do atual namorado de Lê que não parece preocupar-se com a opinião da sociedade:

Encontrei um namorado que sai comigo. Porque essa pessoa que conviveu comigo 5 anos não saía comigo para lugar nenhum, eu era só em casa. Até para o médico quando eu ia, e ele me levava, ele me deixava lá e só voltava quando a consulta acabava. Quer dizer ele não tinha aquele amor por mim de ficar comigo nos cantos. Já esse demonstra que não tem vergonha de mim. Ele demonstra muita dedicação para comigo. E isso me faz feliz! (Lê)

No entanto, o preconceito e o medo ainda é bastante presente nas pessoas diante da Identidade Social atribuída às pessoas que possuem algum transtorno mental:

Uma vez me deu uma crise e eu estava no ônibus, e comecei a passar mal e tinha uma senhora do meu lado e saiu foi de perto, ficou me olhando, e ninguém chegou perto de mim para perguntar o que eu queria, ou o que eu estava sentindo. E eu fiquei assim no ônibus, até chegar em casa. Sempre tenho essas crises, não é direto. É por isso que eu tenho esse trauma de sair sozinha, porque não é todo mundo que chega para ajudar. (Lê)

Nem sempre as pessoas estão informadas e orientadas o suficiente para fornecer-lhes ajuda. Fora o medo e o sair de perto, como a senhora do ônibus, a reação em outros momentos, é o desprezo ou desvalorização do problema, como pode ser sentida no depoimento abaixo:

[...] eles pensam que eu não tenho problema, que é fogo, que não é doença. Porque agora eu sou uma pessoa que me cuido, e antes eu não me cuidava. E hoje eu me ajeito, me perfumei, ajeito as unhas, aí quem me vê hoje, acha que era fogo. (Lê)

Pensa-se na pessoa com adoecimento mental de forma estereotipada, quando não há presença dos sinais, então se conclui que não existe doença. Com isto, evidencia o fato de que, do mesmo modo que o outro contribui para a construção da nossa identidade, nós também contribuimos, a partir do momento que interagimos com o outro e percebemos a influência de suas ações nesse processo. É isso que discutiremos na categoria a seguir.

4.1.3 Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?

A forma como percebemos as pessoas que apresentam transtorno mental e as que não apresentam influencia diretamente na construção da Identidade Pessoal do outro e da nossa Identidade do Eu, bem como no modo de manifestá-la. No entanto, Lê nos revela que tem situações que não consegue perceber características que diferenciam as pessoas que possuem o transtorno das outras que não o possuem:

Outro dia eu estava no ambulatório, esperando minha vez, e vi um homem tão bonito, tão bem arrumado, sentado na mesma fila que eu estava. Ai chegou uma moça e perguntou: - Ah está aqui também? E ele respondeu: - É eu estou fazendo tratamento, fiz tanto tratamento nos outros que agora sou eu que preciso de tratamento. Então eu perguntei: - Moço e o senhor era o quê, que cuidava dos outros? Aí ele disse: - Eu sou médico, eu cuidei tanto dos outros, que hoje os outros cuidam de mim. Mas menina eu olhando para ele, não dava para acreditar que ele tinha ficado com problema. (Lê)

Lê jamais saberia que uma pessoa tão bem arrumada como o homem que viu no ambulatório poderia estar adoecido e fazendo também tratamento, e se espantou em saber que era médico.

Essa dificuldade em perceber os traços do médico ocorreu porque Lê internalizou os estereótipos concebidos para a doença mental, e também porque não conhecia a sua biografia, ou seja, o reconhecimento da identidade pessoal ainda não havia sido iniciado. Porém, a partir do momento que conhece um pouco a biografia do médico, Lê começa a ter oportunidade para reformular o que internalizou sobre a pessoa com doença mental e passando a construir uma identidade pessoal para ele diante das informações que escutou, entretanto, a identidade social já estava construída pelo que estava visível, ou seja, para Lê aquele homem bonito e bem vestido jamais estaria doente. Goffman afirma essa interpretação ao descrever que quando um indivíduo está entre pessoas para as quais ele é um estranho completo, mas significativo em termos de sua identidade social aparente, há uma grande possibilidade de que essas pessoas comecem a elaborar uma identificação pessoal para ele.¹¹

É interessante que Lê ao construir a Identidade pessoal do sujeito que estava à espera de ser atendido, antecipadamente já possuía uma construção da identidade social de como seria as características de um médico, que deveria ser sadio e que não poderia ocupar a posição de um paciente. Para Goffman, “o reconhecimento de identidades sociais é uma conhecida função de porteiro que muitos servidores cumprem. É menos conhecido o fato de que o reconhecimento de identidades pessoais é uma função formal em algumas organizações”.^{11:78}

Isto se refere à maneira como a identidade social introduz uma percepção para a construção da identidade pessoal. Porém, em outro momento da entrevista, Lê se posiciona quanto a sua percepção em relação às pessoas que não apresentam transtorno mental:

Eu os acho normais. Eles olham pra gente com um jeito estranho. Só fala se for conhecido mesmo, se não for não fala. É um jeito de orgulhoso, de andar diferente. Assim a gente nota que tem um jeito diferente do da pessoa. Uma pessoa orgulhosa é uma pessoa que não dá valor para ninguém, e não é bom a pessoa ser assim. Mas a maioria a gente encontra assim. (Lê)

Lê relaciona as atitudes das pessoas ao seu adoecimento, pois no cotidiano há pessoas que não cumprimentam as outras. E neste caso observamos o quanto sua auto estigmatizada é atuante e tem força dentro dela. Lê percebe diferenças na Identidade social das pessoas consideradas “normais”. Diz que olham para as pessoas com transtorno mental de forma “estranha”. Isso nos faz compreender que a percepção de Lê é de que essas pessoas a acham diferente e, por possuir tais características que a diferencia, passam a excluí-la. Os “normais”, segundo Lê, acabam sentindo-se superiores e orgulhosos por não possuírem os traços de

exclusão. Segundo Goffman,¹¹ os “normais” acabam construindo uma teoria para explicar a inferioridade das pessoas estigmatizadas de modo a reforçar a ideia do perigo que elas podem apresentar, reforçando seu status de normalidade e o de anormalidade das pessoas com transtornos mentais, o que pode ocorrer entre os membros da própria família.

A percepção de algumas diferenças no comportamento entre familiares pode gerar desconforto, causar discriminação que seja responsável pela exclusão social. É o que percebemos no relato entre lágrimas de Lê, quando fala da distância de sua filha. A literatura revela que alguns comportamentos que nós trazemos acabam denunciando informações íntimas que favorecem a construção de uma identidade social avessa aos padrões exigidos pela sociedade e nem sempre a família sabe lidar com essas situações, muitas vezes a atitude que tomam passa a ser a mesma que a filha de Lê, simplesmente de evitar o convívio:

Faz três meses que minha filha não vai à minha casa, ela manda a alimentação, às vezes eu vou almoçar na casa de minha mãe, mas vai fazer três meses que ela não vai na minha casa. Não é preconceito? Porque ela tem tempo, mesmo com os afazeres ela tem que tirar na semana, pelo menos duas vezes para ir à minha casa. Custa nada levar a menina para a avó vê! Não faz isso. Eu sinto que ela tem preconceito de mim. Agora eu não falo, eu fico guardando para mim. (Lê)

Esta ausência pode ser proveniente da rejeição da filha, ou de dificuldades outras que a impede de ir em sua companhia. A filha tem uma vida própria para gerenciar. Mas, se a ausência for mesmo por rejeição, esta atitude pode ser resultante da identidade socialmente construída de uma pessoa que adoce mentalmente. “A figura que o indivíduo apresenta na vida diária perante aqueles com quem ele tem relações habituais será, provavelmente reduzida e estragada por demandas virtuais criadas por sua imagem pública”,^{11:82} ou seja, o familiar acaba modificando a imagem que possui de seus membros que são estigmatizados, passando a estigmatizá-los ainda mais, mesmo sem perceber.

Segundo Goffman, os normais não tem “nenhuma intenção maldosa; quando o fazem é porque não conhecem bem a situação. Deveriam, portanto, ser ajudados, com tato, a agir delicadamente. Observações indelicadas de menosprezo e de desdém não devem ser respondidas na mesma moeda”.^{11:127} Sendo a conduta observada em Lê, o esforço para fazer exatamente isso.

Lê guarda o sofrimento da ausência de sua filha sem comentar com a filha o desconforto sentido, sem ao menos dialogar sobre seus sentimentos. Talvez essa resignação possa se estender para uma aceitação natural de sua condição de estigmatizada. Goffman se refere a aceitar com naturalidade a si mesmo e aos outros, muitas vezes unindo-se aos

normais, chegando a sugerir que ao sentir-se desprezada, este sentimento pode ser algo imaginário. Pode ser que intrinsecamente Lê duvide da ausência que relata sentir, pois apesar de percebermos em várias falas sentimentos de desconforto sobre a relação que mantem com a filha, também percebemos comportamentos de sua filha que reflete cuidado para com a mãe, como nos depoimentos a seguir:

Minha filha demonstra que não quer me acompanhar no meu tratamento, aqui tem reuniões de família e ela só veio um dia, nesse tempo que estou fazendo o tratamento. Ela não trabalha, então não custava nada no dia da reunião ela dizer, eu cuido do almoço cedo, saio daqui de uma hora, assisto a reunião, e volto com minha. Mas não, ela não pensa nisso. (Lê)

Eu tive um negócio para resolver com minha filha no décimo andar de um edifício e eu subi as escadas todinhas correndo. Minha filha subiu as escadas morrendo comigo, mas eu não consegui subi no elevador. (Lê)

Eu não acho que minha família me ajuda. A minha casa está na justiça, então o assessor me disse essa semana que logo, logo será a última perícia. Eu fui e falei com minha filha. E ela disse: só eu. (Lê)

Três noites eu durmo com minha neta. (Lê)

Nessas últimas frases, percebemos que Lê enxerga sua filha e sua neta também como apoios em seu adoecimento, apesar de relatar a ausência e as reclamações da filha. Este apoio é importante porque a doença mental é uma das causas de doenças mais incapacitantes, principalmente pela dificuldade de preservar a autonomia quando se está em crise, por muitos sintomas causar insegurança e medo.³⁴ Então, o apoio, independente deste ser proveniente da família, do namorado ou dos amigos torna-se bastante significativo.

Essa pessoa que eu comecei a namorar conversa bastante comigo. Ontem mesmo passei mal e liguei para ele. E ele passou o dia me dando atenção. (Lê)

O fato de estarmos rodeadas de pessoas nos faz questionar como Lê mantém relações com as pessoas. Quando perguntamos qual a sua preferência em estar com pessoas que apresentam transtornos mentais ou não, Lê nos respondeu:

Eu me sinto melhor com as pessoas que tem transtorno, porque elas me entendem melhor. (Lê)

O sentir-se melhor com as pessoas que possuem transtorno parece estar relacionado a ter liberdade de poder expressar e ser o que realmente é. “Em alguns casos, essa liberdade de ação é consequência da escolha da companhia de pessoas que tem estigmas iguais ou semelhantes”.^{11:93} Os alinhamentos intragrupais ou a tendência a estratificar-se com os seus

pares, parece dar-lhe mais segurança e compreensão. Quem vivencia experiências semelhantes tem mais elementos para entender a experiência do outro.

No entanto, é interessante que, mesmo verbalizando o oposto, Lê nas entrelinhas acaba incorporando a ideia de Goffman de que se ela voltar-se para o seu grupo^d estaria sendo leal e autêntica; e se se afastasse dele estaria sendo covarde e insensata. Esse sentimento de lealdade pode ser observado na fala abaixo, quando perguntamos se ela teria vergonha de cumprimentar algum colega que faz tratamento psiquiátrico:

Acho que não terei vergonha de falar não. Está com algumas semanas que eu encontrei uma usuária do CAPS e nos falamos. (Lê)

Em relação aos alinhamentos exogrúpicos, ou seja, aos alinhamentos com os diferentes ao seu grupo, Lê refere-se a se sentir da mesma forma que ao estar com as pessoas que possuem transtorno mental. Segundo ela,

Com pessoas que não sofrem esses tipos de transtornos, eu me sinto do mesmo jeito [...]. Meu namorado é normal. Tem uma saúde de ferro, mas é por isso mesmo que me dá medo [...], ele não tem preconceito. (Lê)

Entretanto, percebemos que apesar de Lê se relacionar com uma pessoa considerada “normal”, sem transtornos mentais, preocupa-a o fato de ser considerada diferente, não aceitando a possibilidade de o namorado gostar dela sem que tenha os mesmos atributos que os seus. No entanto, como apresentado a seguir, estar no CAPS possibilitou algumas modificações em sua identidade.

4.1.4 A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?

Lê revela muitas mudanças no seu modo de ser a partir do momento que iniciou o tratamento no CAPS:

Depois desse tratamento aqui no CAPS eu estou me sentindo outra pessoa. Já sinto vontade de me ajeitar, eu já fecho a porta e boto a chave ali porque se alguém me chamar e eu não abrir a porta, eu me sinto mal. Porque antes chegava uma pessoa e eu ficava calada, não respondia. Não dava atenção nenhuma e não queria ver ninguém perto de mim. Agora eu já vejo, escuto e me sinto mais forte. (Lê)

^d Goffman refere-se aos membros de um grupo, àqueles que possuem atributos semelhantes. O seu grupo real, então, é o agregado de pessoas que provavelmente terão de sofrer as mesmas privações porque têm o mesmo estigma. Seu “grupo” real, na verdade, é a categoria que pode servir para seu descrédito.

Parece que as experiências no CAPS tem provocado mudanças na sua identidade, passando de uma pessoa com baixa autoestima, que não se arrumava e se isolava, para uma pessoa que gosta de se arrumar e interagir com as pessoas, elevando assim cada vez mais a sua autoestima.

Operar visando a transformação requer o “resgate da história, dos vínculos, das relações, a conquista dos direitos perdidos ou nunca garantidos; e, sobretudo, a recomposição da globalidade das necessidades”.^{36:25} Essa transformação tem sido claramente percebida no relato de Lê ao comparar seu atendimento atual realizado em um CAPS, para o atendimento que teve há alguns anos em um ambulatório de um hospital psiquiátrico. É notável que, mesmo o ambulatório não sendo um serviço fechado e que promove isolamento, como é o caso do hospital psiquiátrico, observamos nas falas de Lê que seu funcionamento ainda se mantém na lógica de um modelo biologicista, medicamentoso, fragmentado e centrado na figura do profissional médico. Lê faz uma relação entre a experiência no ambulatório e a no CAPS, neste último sente o seu progresso com o tratamento oferecido.

Eu digo para minha mãe tudo na vida, mas eu não quero sair do CAPS. Porque foi lá que eu tive uma ajuda, porque no ambulatório do hospital psiquiátrico eu não tive, só ia lá para pegar a medicação. Lá eles não perguntavam como eu estava agindo, se eu estava bem, se eu dormia bem. Só dizia assim eu vou passar essa medicação porque você não tá dormindo bem! E não é o que a gente quer. A gente quer conversar! Eu chegava lá toda assanhada parecia uma maluca mesmo, não tinha nem vontade de chegar e me arrumar. E agora eu já tenho. Agora eu sinto até vergonha de chegar num espelho e meu cabelo está todo desarrumado. (Lê)

A fala de Lê “[...] a gente quer conversar!” ratifica “a necessidade de enfrentar ao mesmo tempo todas as faces do problema, responsabilizando-se globalmente pela pessoa em sofrimento”.^{36:26} Isso acaba gerando discussões sobre os processos que impedem o homem de viver e de expressar suas necessidades no mundo reprimido e violento, cheio de misérias, normas, exclusão e marginalização.

Para Saraceno,³⁷ o profissional e o trabalho terapêutico que executa redundam numa ação mais complexa. Este profissionalismo se explica menos em termos de competências técnicas especialistas e codificadas e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção, que envolvam a valorização da dimensão afetiva, o enriquecimento das possibilidades de trocas sociais e terapêuticas, sem um pré-estabelecimento rígido de regras e a responsabilização^e e

^e Citado por Amarante (2003, p. 59), o conceito de **responsabilização** foi elaborado a partir da experiência de Trieste. Diz respeito ao encarregar-se do problema. Segundo esse mesmo autor, a palavra vem do original **presa**

acolhimento da demanda como uma totalidade indivisível, sem mais dividir “agudos de crônicos” ou qualquer parâmetro que continue centrado na doença. Essa complexidade do trabalho terapêutico se tornará uma forte garantia para que os serviços substitutivos, não se tornem apenas alternativos, mas que passem a ser uma real possibilidade.

Porém, apesar do CAPS tentar pôr em prática essas reflexões feitas por Saraceno, ainda está em processo de amadurecimento a sua construção. No entanto, Lê percebeu nitidamente as diferenças do tratamento ambulatorial para o CAPS em relação ao acompanhamento dos profissionais. Ela diz que gosta do CAPS porque este serviço leva em consideração o que ela é, escuta seus problemas, eleva a sua autoestima e reforça mudanças em sua Identidade. Ela também se refere a uma equipe composta por vários profissionais que a acompanham, diferentemente do tratamento que possuía no ambulatório. E percebemos que sempre que fala dos profissionais do CAPS, expressa com um sorriso no rosto tamanho carinho:

Os médicos daqui, as psicólogas, as mulheres, são pessoas muito boas, eu gostei demais dessas meninas, adorei mesmo. [...] Não me tratam como uma pessoa que tem problemas. Nunca fui obrigada a fazer uma atividade que não queria. (Lê)

Lê traz um elemento em sua fala de que o CAPS a trata como pessoa, e não a confunde com sua doença; também revela que não é obrigada a fazer nada que não queira, e isso reforça o funcionamento de um modelo baseado no protagonismo do sujeito e nos princípios do acolhimento. O não obrigar a fazer coisas é algo bastante positivo para manter a autonomia do sujeito, e com isso não interferir na sua identidade.

Mas, o respeito que é posto à liberdade e vontade de participar de uma atividade parece não ser mantido em relação ao acesso a informações, principalmente quando são referentes ao diagnóstico que possui. Vejamos o que Lê expressa, quando perguntamos se os profissionais do CAPS já a disseram qual seu diagnóstico:

Não me explicaram o que tenho, mas eu tenho uns papeis aqui [e mostra a bolsa], disseram que eu tenho síndrome do pânico, tenho transtorno e depressão. (Lê)

Segundo Lê, não há explicação, e sim a declaração médica com a classificação diagnóstica, atitude que ainda guarda muito da prática em hospitais psiquiátricos que, segundo Goffman, nos manicômios a informação era ocultada, manipulada e vetada aos internos, o que

in carigo em italiano; Jacques Delgado em 1991 traduziu para *tomada de responsabilidade* e Reis em 1998 para *disponibilidade*.

dava a “equipe dirigente uma base específica de distância e controle com relação aos internados”.^{1:20}

A não explicação do diagnóstico não parece estar ligada à manipulação das informações, mas, o CAPS ainda carece ampliar seu cuidado integral para a necessidade de explica-lo, ou traduzi-lo para uma linguagem acessível a compreensão de Lê. Quando não se esclarece adequadamente o diagnóstico recebido, o direito à informação passa a ser negligenciado. Nesse novo modelo de atenção à saúde, o sujeito possui o direito de saber o que tem, a não ser que o próprio sujeito não queira, o que não foi o caso de Lê. Ela estava ciente que possuía um código e compreendia que aquele papel continha informações fundamentais quanto ao seu estado e, conseqüentemente, sobre a sua identidade atual, mas não sabia ao certo o seu significado.

O fato de informar através de um código não deixa claro para o sujeito o que ele possui, o que solicita dos profissionais a responsabilidade em revelá-lo em momento certo e dentro de uma abordagem adequada ao seu entendimento. Para Silva e Zago,³⁸ apesar de unânime o entendimento de que todo ser humano tem o direito de ser informado sobre suas condições de saúde e doença bem como de suas possibilidades terapêuticas, a revelação ou não do diagnóstico tem sido grande desconforto vivido pela equipe de saúde.

Antes de 1970, quase 90% dos médicos norte-americanos preferiam não revelar a verdade no diagnóstico, entretanto, na última década, a opinião a respeito do assunto mudou sensivelmente e hoje a grande maioria já o faz, apesar de ainda existir uma forte resistência cultural por parte de alguns grupos profissionais e familiares para a comunicação do diagnóstico. Estudos indicam que a maioria dos profissionais da equipe de saúde sente-se incomodada e relativamente despreparada para este momento, destacando a importância do desenvolvimento de treinamento para essa comunicação.^{38:477}

Portanto, acreditamos que do mesmo modo que os autores acima descrevem a dificuldade em revelar o câncer para as pessoas que os acompanham, há também a mesma dificuldade para revelar o diagnóstico de transtorno mental para aqueles que possivelmente sofrerão fortes estigmas sociais. Compreendemos que o fato de não comunicar a Lê o que ela tem pode ser causado pelo despreparo do profissional em revelá-lo e/ou deficiência de comunicação entre os membros da equipe e, às vezes também vergonha do sujeito de perguntar, pois durante a pesquisa verificamos nos registros do diário de campo que os profissionais quando questionados geralmente explicam os acontecimentos. Porém, se o usuário tem vergonha de perguntar, é por que o canal de comunicação entre ele e os profissionais pode não estar aberto, o que pode evidenciar nítidas relações de poder.

Outro fato observado e questionado por Lê, que pode ser considerado como falta de respeito ao sujeito, é a precarização dos insumos destinados ao CAPS, o que pode contribuir para a construção de uma Identidade desvalorizada, tendo em vista o descompromisso assumido perante os sujeitos ali acompanhados, revelando estigma dos gestores para com a atenção psicossocial. É inconcebível faltar a medicação para as pessoas em tratamento quimioterápico, portadores do vírus do HIV, por que não o é para a saúde mental?

Ontem mesmo passei mal porque tava faltando o remédio. (Lê)

A forma como é concebida a saúde e doença mental traduz-se no seu investimento pelos governantes e gestores. Para muitos deles, trabalhar com a mente não necessita de recursos tecnológicos nem insumos materiais e humanos. É preciso compreender que o tratamento se dá realmente pelas relações de vínculos construídas no CAPS, entretanto a medicação e as diversas terapêuticas compõem o *menu* de opções.

Por esses motivos, apesar da introdução de uma lógica psicossocial, algumas situações ainda impedem os avanços que o modelo propõe.³⁵ Há pouca disponibilização de investimentos em serviços de atenção diária como os do CAPS. Para que a reforma psiquiátrica ocorra de fato, também é preciso que haja a mudança de mentalidade da gestão, além das alterações necessárias nas políticas sobre doença mental e promoção a saúde mental. A aplicação dos recursos do governo federal tem sido precária no estado de Alagoas. A falta de remédio no CAPS, resultante da falta de investimentos, a qual consequentemente altera o padrão de humor de Lê, traz modificações profundas no modo como Lê se apresenta e se sente na sociedade, e consequentemente em sua identidade.

Lê, entretanto, continua a ser acompanhada pelo CAPS. Seus depoimentos foram rodeados de emoções transmitindo muita dor em relação ao estigma sentido principalmente por sua família. Relata, também, muitas adaptações positivas após ter iniciado o acompanhamento pelo CAPS, entre elas a diminuição de alguns sintomas, aumento da autoestima e do seu ciclo de amizades.

A seguir conheceremos mais um dos sujeitos do estudo e que reflexos o adoecimento tem em relação à construção de sua Identidade.

4.2 PATRÍCIA

Outro sujeito do estudo trata-se de **Patrícia**, mulher de 40 anos, solteira, católica, participante do coral da igreja em que frequenta, faz aula de música, terminou o ensino médio e tem vontade de cursar uma faculdade. Teve uma experiência de internação em hospital psiquiátrico e vem frequentando o CAPS há cinco anos. Ela, da mesma forma que Lê, refere-se a situações que aconteceram na infância e na adolescência como convulsões, depressão, medo do marido, da irmã e a descoberta da paternidade, fatos estes que marcaram sua história. Assim ela conta:

Minha mãe disse que aos 9 meses eu tive convulsões, mas só vim ter problemas com 19 anos em que tive uma depressão. Estava apaixonada por um rapaz, chorava muito, e não consegui terminar os estudos. Em 1990 fui a um neurologista, porque ficava acordada durante a noite, e estranhando as pessoas da família, ligando e desligando a televisão, chorando muito. Em 1991 voltei ao normal, e só vim ter outro problema assim em 2005, quando minha irmã caçula engravidou e ficou morando com o marido lá em casa, eu achei aquilo horrível, ficava com medo do marido dela e pensava: se ele a engravidou poderia fazer isso comigo também. Em 2007 eu estava violenta, e fui novamente ao neurologista que passou uns remédios que estourou meu rosto todo. Eu tinha um rosto lindo e o rosto ficou totalmente desfigurado parecia uma queimadura. Em 2009 eu não estava bem ocorrendo a minha primeira internação. Não tenho pai, tenho padrasto. Só vim saber disso com 17 anos, porque uma vizinha me contou. Minha infância foi muito dura, minha mãe não me compreendia, ela era muito ignorante, não tinha estudo, e qualquer coisa me batia de tabica. Em 2010 comecei a vim para o CAPS. Eu vinha me consultando desde 2007 no CAPS, mas em 2010 comecei a passar o dia. (Patrícia)

Observamos que Patrícia refere mudanças em seu comportamento desde o ano de 1990, no entanto, só houve procura de um serviço de saúde especializado em 2009 quando a crise agravou-se necessitando de uma intervenção hospitalar. Isso poderia ter sido evitado se houvesse um tratamento precoce. Neste sentido percebemos que o sofrimento mental se arrasta sem intervenção até a crise, e com isto há a necessidade urgente de mudar este paradigma de “só tratar quando há gravidade dos sintomas”. Quanto mais precoce intervir, maior a contribuição com a atenuação do estigma.

Patrícia foi a única entrevistada que possuía histórico de internação em hospital psiquiátrico, pois tem sido baixo o índice de internações entre os sujeitos acompanhados pelo CAPS em estudo. Uma pesquisa realizada em 2010 apontou que de 168 usuários do CAPS, naquele ano estudado, 30 apresentavam histórico de internações em hospitais psiquiátricos antes ou durante a admissão no CAPS.³⁹

Observamos que o fato de Patrícia ter vivenciado experiências de isolamento e “mortificação do eu” em um hospital psiquiátrico durante o adoecimento pode explicar significativas construções na Identidade como descritas a seguir.

4.2.1 Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?

Nos relatos de Patrícia, percebemos a mudança de comportamento desde a sua adolescência, porém sempre teve dificuldades de se perceber como uma pessoa que possuía vontades e que precisava interagir com os outros. Assim como Lê, o sujeito da análise anterior, Patrícia também sofrera desde a infância restrições severas e violência doméstica, a fim de ensiná-la o padrão adequado de vida em sociedade:

Eu não me via mesmo, eu sempre fui de assistir televisão, de ver muita novela, então para mim eu só estudava, ia à igreja, minha mãe nos criou sem ir à casa de ninguém, não tínhamos comunicação com vizinhos. Então, qualquer coisinha minha mãe não tinha paciência e tudo era na tabica, levava surra, ela não sabia conversar com carinho, já ia batendo. (Patrícia)

Percebemos o esforço da mãe de Patrícia para manter a visão de criança comportada. Para a sua mãe, era preciso bater na criança quando necessário para trazê-la ao comportamento obediente mais adequado à aprovação da sociedade. E talvez esta postura culturalmente aprendida tenha haver com a crença de que a mãe precisa corrigir e por limites através do “bater”. Somado a isso, parece que essa situação de incorporar a identidade de uma criança “boa”, obediente, que aceita os conselhos da mãe, pode ter favorecido uma relação de eterna dependência com sua mãe, transferindo a ela o poder de decisão de suas escolhas.

Eu vou muito pela opinião de minha mãe, se ela não quer, eu deixo para lá. (Patrícia)

A dificuldade de Patrícia em manter uma postura autônoma nos remete ao fato de que a autonomia é um elemento diretamente relacionado à construção da Identidade. Nesse caso, observamos a construção de uma identidade dependente do posicionamento do outro e algumas vezes desconhecida de si mesma.

No entanto, a preservação da autonomia apesar de estimular a autoconfiança, ponto positivo na construção da identidade do eu, também responsabiliza e culpabiliza a pessoa todas as vezes que um planejamento não é efetuado e uma meta não é alcançada.⁴⁰ Porque para Patrícia, assumir a postura de não chorar no velório de sua avó, talvez tenha sido uma tentativa autoconfiante de resgatar a sua autonomia e manter-se no controle.

Patrícia simplesmente não conseguiu chorar no velório da avó, e essa atitude não tem nada de inadequado, pois ela foi somente coerente com o que sentia naquele momento.

Entretanto, para a sociedade, morte e choro tem conexões diretas, principalmente se a morte for de uma pessoa com vínculos familiares muito próximos. Vejamos abaixo:

Minha mãe dizia que quando se morre algum ente querido você tem que chorar, e na verdade eu não consegui, eu não ia forçar minha natureza. Eu estava no velório de um jeito que nem tinha vontade de me levantar aí minha mãe disse bem assim: - ela está com vontade de levar umas tapas! Aí eu disse essa foi comigo, daí me levantei e fui olhar o caixão, mas porque ela falou para eu ir, como quem diz faça a sua parte. Aquilo para mim estava tão absurdo e normal ao mesmo tempo em que não consegui chorar. E os meus irmãos, minhas primas, minha mãe, todas chorando, e eu parecia que nem era da família, eu até comentei: não chorei porque estava à base de calmante, só chorei depois de alguns meses. (Patrícia)

Na tentativa de esclarecermos o significado do calmante para Patrícia, perguntamos se o comportamento que teve resultante dos efeitos da medicação no velório da avó foi positivo e se a ajudou ou se o ter tomado gerou-lhe algum sentimento de culpa ou de ressentimento. Patrícia nos respondeu o seguinte:

Foi sustentável, me sustentou, na verdade Deus primeiramente, e esse calmante que me acompanhou no momento. Mas depois, fui tentando ficar o mais calma possível, só pra ver se ia chorar tirando o calmante. (Patrícia)

Talvez Patrícia, ao analisar o comportamento de sua família, tenha se sentido diferente por não expressar a mesma emoção que seus familiares, no entanto, não podemos afirmar que o incomodo sentido tenha haver com a inibição das emoções feita através da medicação, não podendo também, por outro lado, descartar essa possibilidade. Caso a possibilidade tenha fundamento, Patrícia pode ter decidido tomar a medicação para aliviar o sofrimento da perda e manter-se sob controle.

O fato de tomar a medicação pode ter sido a maneira que Patrícia encontrou para manter-se no controle, de não alterar seu padrão de comportamento em meio a sociedade, ou seja, de controlar seu comportamento para que em hipótese alguma seja diferente dos padrões aceitáveis estabelecidos pela cultura local.

Essa autorresponsabilização do sujeito, está relacionada à cultura de um sistema que pressiona o sujeito a estar constantemente sob controle, a tomar decisões racionais e a identificar os riscos que podem levá-lo ao desequilíbrio.⁴¹ As pessoas estão construindo ativamente suas próprias narrativas de vida dentro de uma abordagem reflexiva que envolve automonitoramento, autoaperfeiçoamento e na construção de uma "trajetória do eu" individualizada.

Para ela, usar a razão para tomar a medicação pode ter sido, mesmo que inconscientemente, a única opção de não entrar em crise e não apresentar comportamentos

inadequados para a cultura da sociedade que vive. Porém, tomar um tranquilizante e não chorar no velório de sua avó causou-lhe conflitos internos e externos do mesmo modo. Para Patrícia, essa atitude fez com que os outros considerassem que não estava sentindo a perda da sua avó, susceptível à construção de uma identidade social de “pessoa insensível que não gostava o suficiente de sua avó”.

Todos esses posicionamentos provocaram mudanças na percepção das identidades, seja pessoal, social ou do eu. Essa simples ação tanto modificou a percepção de Patrícia diante do fato (identidade do eu), a da mãe que a conhece e a julga (identidade pessoal), e a da sociedade que não conhece Patrícia, mas que sabe que é uma das netas (identidade social).

A autorresponsabilização do sujeito o obriga a formular estratégias de vida que maximizam suas chances de viver com qualidade, exigindo que saiba distinguir a hora de ter uma postura prudente em relação a si mesmo e aos outros. Essa postura reforça o paradigma de que o sujeito é quem deve monitorar, regular e controlar sua própria saúde como parte de um projeto mais amplo de racionalização e gestão do estilo de vida.⁴¹

No entanto, esse paradigma da autorresponsabilização termina contribuindo para um *déficit* de identidade, pois ao mesmo tempo em que as pessoas têm a necessidade socialmente reforçada de estar sempre no controle, estão continuamente vivendo o risco de perder esse controle. O mundo exige que mantenhamos o controle a todo instante, porém ele próprio nos põem em risco o tempo todo, precisamos estar presentes num jantar de trabalho para sermos bem sucedidos, mas ao mesmo tempo, estamos vulneráveis a violência urbana ao sair de um restaurante à noite e sermos vítimas de um assalto. Sendo assim, os riscos nos lançam a fazermos algumas escolhas, que nem sempre são as melhores opções para aquele determinado momento.

Algo parecido pode ter ocorrido com Patrícia, pois, sabendo dos riscos que poderia levá-la a uma crise, preferiu tomar o medicamento na tentativa de manter o controle, mesmo sabendo que poderia suprimir a emoção do momento, já que não se emocionar na morte de um familiar próximo parece ter um amplo significado social.

De acordo com esse mesmo paradigma, os riscos passam a ser vistos como questão central na construção da identidade de sujeitos, e aqueles que não conseguem lidar com o “risco” ou que são desprovidos de autonomia suficiente para fazer suas escolhas, são tidos como fracassados, incompetentes e culpados, mas, por outro lado, a autonomia frente as escolhas também pode levar ao risco de uma crise iminente.

Diante dessas reflexões, percebemos que a autonomia de Patrícia por muitas vezes fora suprimida pela internação psiquiátrica e que a experiência não traz boas recordações:

Minha mãe disse que iríamos ao hospital, porque eu não estava bem. Isso foi a minha primeira internação [...]. Nos meados do internamento eu disse não estou mais aguentando, foi horrível, ser internada foi à morte. Passei 29 dias. (Patrícia)

Devido ao seu estado de saúde nesse momento, talvez Patrícia não estivesse apta a decidir sobre o direcionamento de sua vida, necessitando da intervenção de sua mãe sobre sua vontade. No entanto, Patrícia relata uma internação marcada por punições e perdas de identidades quando não cumpria as regras da rotina hospitalar:

Lá no hospital chorei muito. A primeira refeição eu não quis e porque eu não quis, uma enfermeira mandou me conter. Eu fiquei com umas cordinhas nos pulsos, nos pés e no peitoral duas ou três horas, e para mim aquilo foi horrível. Eu não sabia como era o procedimento, nunca vi ninguém da minha família ser internada, nem em filme eu tinha visto. Eu achava que eles iam me estuprar, eu dizia me solte, me tire daqui. (Patrícia)

Segundo Goffman,¹ nesse tipo de instituição como o hospital psiquiátrico, ocorre uma espécie de ruptura das barreiras que comumente separam os momentos que devem acontecer cada atividade ou comportamento na nossa rotina, como já foi mencionado no capítulo 1 desta dissertação. Quando Patrícia se recusou a fazer a refeição, naquele momento foram tolhidas sua vontade e autonomia para que se adequasse a uma norma hospitalar já existente – a de se alimentar em horário pré-estabelecido, ou seja, todos os internos eram submetidos a mesma rotina, sendo punidos se desobedecem. Por outro lado, ser forçada a aceitar a refeição, porque a instituição a obrigava, violaria, da mesma forma, seu próprio Eu.

A recusa de Patrícia em cumprir as normas do local fez com que ela sofresse uma punição, muito provavelmente para que aprendesse a disciplina imposta no hospital. Essa punição foi restringir ainda mais a “liberdade controlada” que possuía de ir e vir dentro daquele ambiente fechado, o hospital.

Quando nos referimos à “liberdade controlada”, é porque era exatamente isso o que acontecia nesse tipo de instituição, uma constante vigilância. Segundo Goffman,¹¹ o modelo de assistência que se reproduz nesses locais é o controle moral. Todos os internos são supervisionados, não no sentido de orientação ou inspeção periódica, mas por vigilância, para fazer com que todos cumpram o claramente exigido, de modo que a infração de uma pessoa tende a salientar a obediência visível e constantemente examinada de outros internos.

A figura da enfermeira mencionada por Patrícia passa a exercer o papel de autoridade, independente se faz parte do grande grupo ou do pequeno grupo de dirigentes. O fato,

segundo Goffman,¹¹ é que dependendo da concepção de cada pessoa, esses dirigentes ou supervisores diretos muitas vezes visualizam os internados como pessoas hostis, amargas e não merecedoras de confiança. Isso acaba favorecendo uma visão limitada de que o supervisor seja a figura correta e superior àqueles que estão sob seu controle.

Patrícia sentiu-se amedrontada, tentando se adaptar às normas daquele lugar, adquirindo costumes diferentes dos seus habituais, passando por um processo de “mortificação do eu” para absorção de outra cultura, de outros hábitos de outra forma de se perceber.

Esses profissionais, como os responsáveis pelo acompanhamento de Patrícia no hospital, na Itália são considerados inocentes úteis. Segundo Rottelli, são “pessoas que não conseguem saber o que fazem, a quem servem, acreditam que fazem boas coisas, embora nunca saibam que são pagas exatamente para fazer aquilo que fazem”.^{42:151}

A falta de informação também é vista como método de controle. Patrícia não sabia o que estava acontecendo com ela, e nenhuma explicação fora dada para que diminuísse o medo de ser estuprada, já que estava em um ambiente estranho, com pessoas estranhas e sem poder fazer nada por estar contida. Além do que, em nenhum momento, teve espaço para expressar seus medos, angústias e aflições.

Somado a isso, à medida que Patrícia se adaptava às novas condições, mudando sua postura e cultura doméstica, para hábitos e costumes mais adequados à rotina hospitalar, passava a receber algumas “bonificações” pelo bom comportamento:

O rapaz de lá era mais legal comigo e disse que daqui a pouco me soltava. Nessa hora chegou a moça do lanche, como se nessas horas a pessoa pensasse em comer. Depois o rapaz me soltou e eu fui para outra sala onde as pessoas são soltas e tem umas caminhas altas, que eu não conseguia dormir porque fiquei com medo de cair, teve um dia que coloquei até o colchão no chão. (Patrícia)

Percebemos, então, que Patrícia teve que se adaptar às condições preexistentes da instituição, sem serem consideradas, sob nenhuma hipótese, quaisquer particularidades. Tinha que ser a cama que estivesse disponível, a alimentação na hora estipulada. Mesmo quando encontrava supervisores mais humanizados, aqui os auxiliares e técnicos de enfermagem, ainda assim se mantinha a figura de autoridade.

Observemos no relato abaixo, como Patrícia se via impotente naquele espaço e como associava a enfermeira à figura de autoridade:

Durante meu internamento, uma menina me deu uma cotovelada e correu, se eu tivesse dito a enfermeira ela tinha sido contida. (Patrícia)

A aquisição de uma cultura institucionalizada a qual Patrícia foi submetida a estimulou a aprender que se não houver um bom comportamento às normas, punições eram prescritas. Na fala acima, quando Patrícia expressa “se eu tivesse dito”, reforça a identidade social que possui de uma pessoa que não está se comportando adequadamente e que para ela é preciso conter para não perturbar. Nesse sentido, há o aprendizado de que é permitida e justificável a supressão da autonomia (conter os movimentos) se for para manter um ambiente seguro e mais adaptável.

Nas instituições fechadas como um hospital psiquiátrico, segundo Goffman, já mencionado em capítulos anteriores desta dissertação, estamos diante de algo mais limitado do que assimilação de uma nova cultura.¹ O que pode ter ocorrido com Patrícia foi o afastamento de alguns comportamentos seus para dar espaço a outros comportamentos, criando-se e mantendo-se uma espécie de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional como uma força estratégica no controle do homem.

Goffman faz uma reflexão que na internação psiquiátrica as pessoas podem se descobrirem numa “atadura” muito especial.¹ Para sair do hospital ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar atribuído, apoiando o papel profissional dos que parecem impor essa condição, passando para uma espécie de servidão moral autoalienadora, em que a qualquer momento podem ser esmagadas pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos.

O fato de Patrícia ter passado por algumas situações de humilhação, degradação e medo durante a internação, tendo seu eu sistematicamente mortificado, isso faz com que ela passe por algumas mudanças em sua “carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorreram nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos a ela”.^{1:24} Vejamos como Patrícia passa a se comportar frente aos outros internos depois de vivenciar algumas situações no hospital:

Outras pacientes ficavam correndo atrás da pessoa para bater ou pedindo cigarro. Se der liberdade você apanha. Para dormir era um caso sério, era um olho aberto e outro fechado, elas vinham olhar a bolsa atrás de cigarro, o quarto não tinha porta, era tudo aberto. Elas entravam para brincar de se esconder nos armários, ficavam rindo, cantando, isso tudo de madrugada, ficavam nua pelos corredores, de xixi, era horrível, e os enfermeiros homens passando, pra mim foi horrível, foi a morte. (Patrícia)

Para Rotelli, a internação realizada dentro dos paradigmas tradicionais de tratamento psiquiátrico tem como única finalidade a privação, “subtração das trocas, estabelecer relações

de mera dependência pessoal”. Subtrai das pessoas o direito ao mundo, ao privar a pessoa da sua própria identidade, ao exercer a violência em seu momento de profunda dor, ao reduzir as suas possibilidades de convivência, sociabilidade e produtividade.⁴²

Para Patrícia, foram violações de privacidade, de segurança, de respeito, de pudor, tal como sentir-se envergonhada e humilhada por ter sua intimidade revelada através de posturas adoecidas de outros internos que apresenta funções psíquicas alteradas. Experiência relatada e pela qual não pretende mais ter que passar,

Não voltei mais lá [no hospital] para visitar ninguém, eu não queria nem passar na porta, não é uma lembrança boa, e não é o que eu desejo para ninguém. Porque você não está na sua casa. Está ali obrigada, e tem que conviver com pessoas que estão com problemas piores que o seu. (Patrícia)

Outra situação diz respeito ao fato de Patrícia se perceber como uma interna “melhor que outras”, diferente das outras internas. Goffman relata que nos Hospitais psiquiátricos há o hábito de misturar grupos etários, étnicos e raciais, e isso faz com que alguns internados se sintam contaminados pelo contato com companheiros indesejáveis.^{1:35}

Observamos que para Patrícia, conviver no hospital com pessoas consideradas por ela mais graves era mutilar sua identidade mais uma vez, menosprezar seu estado e denegrir sua imagem, comparando-a a pessoas mais graves e incapacitadas que ela, constituindo-se, dessa forma, uma espécie de trauma que fora cultivado na memória de Patrícia durante o período em que esteve internada. Assim, as lembranças de restrições vividas dentro e fora da internação a faziam resistir à ideia de frequentar um CAPS, pois achava que ia acontecer o mesmo que acontecera no hospital.

Quando eu cheguei ao CAPS, em 2010, vim abalada do internamento porque eu tive que ficar fora de casa, e minha vida toda fora dentro de casa, eu não ia nem na casa do vizinho. E depois vim passar o dia no CAPS, para mim não era bom, mas fui me adaptando, fazendo amizade [...]. (Patrícia)

Com essa fala, percebemos que Patrícia teve que aprender um outro modelo de atenção à saúde, ao qual também precisou se adaptar. No entanto, as adaptações foram acontecendo aos poucos e não, abruptamente, como ocorrera durante a internação hospitalar. As adaptações que estão propícias a acontecer num serviço aberto apresentam outro caráter, já que o sujeito não perde o convívio total com a sociedade, pois “na vida civil, a sequência de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital como nas repetidas rotinas diárias assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro”.

Porém, nas instituições fechadas como os hospitais psiquiátricos, ocorre exatamente o oposto, pois a permanência do sujeito isolado do convívio social “automaticamente perturba a sequência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos. Por isso ocorre o despojamento do papel”.^{1:24}

As consequências do isolamento são nítidas na mortificação do sujeito. Por isso que a forma de construção da identidade nesses ambientes fechados é totalmente diferenciada da proposta de funcionamento dos serviços abertos, em que os sujeitos frequentam, mas não permanecem, retornando para suas casas ou famílias. Para Patrícia, diferenças entre ambos os serviços e na sua forma de ser foram se processando. Ao chegar no CAPS, conta:

Eu cheguei toda posuda mesmo, era toda metida. Mas fui me adaptando. (Patrícia)

Patrícia aprendera no Hospital Psiquiátrico a se considerar menos debilitada e mais consciente que os demais usuários. Talvez por isso, ao chegar no CAPS, tenha-o comparado ao que acontece no serviço hospitalar, reproduzindo aos usuários do CAPS a mesma imagem que construíra para os usuários do hospital. Depois de sua admissão no CAPS, começou a perceber mudanças em si, identificando que a visão que tinha de si antes de chegar ao CAPS favorecia ainda mais o adoecimento, e que adotar uma postura de reconhecimento de si e da sua doença sem medo de passar pela mortificação do Eu foi possível pela forma como os profissionais a acolheram, favorecendo seu autoconhecimento e aceitação da ajuda.

Quando eu vi a atenção que o profissional dava a esse tipo de doença, eu pensei “eu estava vivendo um drama, não estava nem sabendo procurar ajuda”, aí fui vendo que realmente minha mãe tinha uma parcela de razão, quando ela dizia que eu não estava bem, e estava precisando me tratar. Realmente, da minha agressividade eu já aprendi mais. (Patrícia)

Patrícia está aprendendo um pouco mais de si a cada dia. Revela que se sente uma “pessoa revoltada, mas trabalhada” devido ao sofrimento e as marcas deixadas por ele:

Hoje eu me sinto uma pessoa revoltada, mas trabalhada. Sou revoltada porque eu não tenho pai, fui criada por padrasto, e não conheço meu pai. Já tive vontade de conhecê-lo, mas hoje não quero mais conhecê-lo, depois que aconteceu isso no meu rosto de ter tido erupções por causa da reação medicamentosa e ter ficado com cicatrizes. E também, depois do internamento, não ter conseguido fazer uma faculdade, acho que não vale mais a pena, depois dessa idade, e depois dessa doença querer conhecê-lo. Para quê? Não vai me ajudar em nada, pelo contrário se eu o conhecer vai ser horrível, passou a vontade de conhecê-lo. Eu conheci um rapaz e queria me casar, e precisaria do meu pai para me levar ao altar, mas esse rapaz já se casou, então, não preciso mais de pai. E para quê? Para ele dizer que tem uma filha que já foi interna, que tem um rosto desfigurado, que tem problema, que nunca fez uma faculdade, para ele me julgar assim? Para ser tachada? Eu não quero mais isso,

não interessa a sua opinião. Então hoje, sou revoltada por esse lado, mas estou sendo trabalhada para melhorar. (Patrícia)

Muitas situações nessa fala de Patrícia merecem destaque na construção de sua identidade. A começar pela ausência do pai biológico e o sentimento de ter sido criada pelo padrasto. A literatura explica que a presença paterna é fundamental para o desenvolvimento da criança, porque o pai tanto representa um sustentáculo afetivo para a mãe interagir com o filho, como representa um divisor na relação simbiótica mãe-filho, ou seja, a criança necessita do pai para desprender-se da mãe.⁴³ E nitidamente percebemos essas relações em Patrícia diante da ausência paterna e consequentemente da permanente relação simbiótica com sua mãe, traduzida numa relação de eterna dependência chegando a suprimir suas vontades ao internalizar as vontades de sua mãe, já explicitadas anteriormente.

A presença de ambos os pais no desenvolvimento do filho facilita seus processos de identificação.⁴³ Entretanto, quando um falta, ocorre sobrecarga no papel do outro, e essa superpresença de um (da mãe no caso de Patrícia) gera prejuízos que vão desde a anulação da personalidade até o desenvolvimento de problemas de comportamento.

Os autores ainda complementam que os filhos têm a necessidade de saber por que seus pais partiram e de escutar isso da boca deles. Talvez essa tenha sido a necessidade antes sentida de Patrícia em querer conhecer seu pai. Quanto ao pai substituto, o padrasto de Patrícia, não se sabe qual o arquétipo de padrasto Patrícia possui, além de que aceitar um pai substituto sempre gera algumas ambivalências de sentimentos.

Somado a isso, não querer conhecer seu pai permeia pela ambivalência de sentimentos (querer e não querer) que parecem demonstrar a vergonha que ela tem de si própria e o medo de não ser aceita e não ser amada pelo genitor ausente. Estudos afirmam que também pode ocorrer um sentimento de culpa por achar que provocou a separação dos pais, simplesmente por ter nascido.⁴³ A criança pode pensar também que foi deixada porque é má, e isso pode gerar desde tristeza e melancolia até agressividade e violência, o que pode dar sentido à história de Patrícia.

Já em relação ao autoestigma responsável, também, pelo rompimento de muitos planos e expectativas de Patrícia, Goffman revela que, quando alguém mantém em segredo um estigma poderá descobrir que as relações íntimas com outras pessoas levarão ou a admitir a sua situação perante a pessoa íntima, ou a se sentir culpada por não fazê-la. E isso parece que é o que acontece com Patrícia, ao preferir não conhecer mais o pai para não ter que revelar tais informações.¹¹

Mas, Patrícia parece não ter consciência plena de que possui o autoestigma. Pelo contrário, ao ser indagada se tem vergonha de dizer que é acompanhada pelo CAPS, responde:

Não sinto vergonha de jeito nenhum, muito pelo contrário, se alguém me perguntar você já foi interna? Eu digo que já, eu falo a verdade porque faz parte da minha vida. Eu não aceito que fui interna, porque foi traumatizante, eu fui interna mais por malcriação do que por doença mental. Porque eu já tirei um elétron da cabeça e não saiu nada. (Patrícia)

Patrícia nega o seu adoecimento mental como justificativa para seu internamento, alegando ter sido interna por causa da “malcriação”, e isso ratifica a dificuldade que tem em assumir os reais motivos da internação. O fato de revelar que já foi interna em hospital psiquiátrico não a impede de sentir-se envergonhada dessa condição e ter medo dos rótulos que a sociedade irá lhe impor. Trata-se de um paradoxo em que, segundo Goffman, “o indivíduo estigmatizado se define como não diferente de qualquer outro ser humano, embora ele e as pessoas próximas o definam como alguém marginalizado”.^{11:119}

Sentir-se marginalizada é evidente na fala de Patrícia, mesmo que o adoecimento tenha-lhe trazido alguns ganhos, estes não lhes foram maiores que as perdas. Perda da aparência, perda dos estudos e perda de um emprego:

Em 2010 eu consegui aposentadoria, vinha fazendo as perícias e sempre sendo negada. Mas sempre mostrando que eu tinha sofrido esse distúrbio, que com os remédios meu rosto tinha ficado horrível, eu não estava conseguindo trabalho, a escola me deixava abalada. E quem iria dar emprego com uma aparência feia dessas? Não gostei de ser aposentada, esse dinheiro eu ajoelho e agradeço, mas não sei nem gastar, porque não suei para conseguir. É um dinheiro que vem do governo, mas não é bem vindo, eu gasto, mas gasto travada, porque eu não trabalhei para ganhar. (Patrícia)

O autoestigma e autocensura está presente, ela não considera digno o incentivo financeiro que recebe do governo, por não ter trabalhado para consegui-lo.. Sua identidade passa a ser violada e conseqüentemente modificada, diante da aceitação de uma postura diferente daquela que acredita, pois, de acordo com sua interpretação, para receber qualquer bonificação as pessoas precisam trabalhar. Ela quer ter mérito pelos seus ganhos. Aceitar essa condição de receber “dinheiro” sem que houvesse esforço para consegui-lo obriga-lhe a assumir outra identidade: a identidade de alguém a quem só restou uma única opção para ter acesso a alguns recursos, a de assumir um novo status, o *status* de doente mental.

Patrícia mesmo utilizando mecanismos de defesas inconscientes para diminuir seu sofrimento em assumir uma nova condição, relata algumas atitudes socialmente inadequadas percebidas por sua parte saudável e íntegra:

Quando eu não tomava medicamento e não ficava em mim, eu ficava sem vergonha mesmo, subia escada, descia, na hora da missa sentava naquelas cadeirinhas perto do padre. Depois eu pensava não acredito que eu fiz isso quando eu estou normal não faço esse tipo de coisa. Eu ia à missa, e quando chegava em casa minha mãe perguntava como foi, e eu respondia que tinha ido bem, mas depois as amigas da minha mãe diziam que eu estava correndo, subindo, descendo, fazendo uns gestos para o povo. (Patrícia)

A despeito de tais episódios, Patrícia diz ser uma pessoa comunicativa, capaz de se qualificar e conseguir um emprego. Revela ter vontade de cursar uma faculdade:

Sou muito comunicativa. Se eu fizer informática, pode ser que eu consiga um emprego, eu já fiz o básico, mas o básico não tem valor nenhum. Eu tenho vontade de fazer uma faculdade, mas para isto é preciso se preparar, prestar um vestibular que para mim é um bicho de sete cabeças, já tentei o vestibular cheguei pertinho, mas não consegui passar. (Patrícia)

Nesse relato, percebemos que Patrícia apesar de ter a vontade de fazer faculdade, percebe limitações para realizá-la. Hoje, identifica-se como uma pessoa que possui vontades e desejos, algo que na sua adolescência não conseguia. Mas, assim como a sua percepção está diretamente ligada à construção de sua identidade, como os outros a vê também interfere nesse processo.

4.2.2 Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?

Para Patrícia, a percepção que as pessoas possuem dela hoje resultou da percepção que ela começou a ter dela própria e dos valores que passou a identificar no outro. Quando perguntamos como ela achava que as pessoas a viam, imediatamente nos respondeu:

Quando eu me enxerguei como pessoa, dentro dos meus valores foi que eu consegui ver o outro, entender o que é o próximo, hoje eu sei o meu valor e sei o valor do próximo. Então eu já vejo as pessoas, e já sei que as pessoas me veem. Eu acho que elas me veem com respeito, eu procuro respeitar e ser respeitada. Tem umas pessoas que eu tenho amizade, e outras eu tenho um carinho mais especial, e acho que elas têm respeito, amizade e carinho, afeto por mim. (Patrícia)

Parece imbricada essa questão do respeito mútuo. Patrícia sente-se respeitada e amada, mas deixa claro que a forma como o outro a visualiza depende da forma como se impõe e respeita esse outro. Porém, para Goffman, o sujeito “que é conhecido por outros pode ter ou

não reconhecimento desse fato; as pessoas que o conhecem, podem saber ou não que o indivíduo conhece ou ignora tal fato”.^{11:77} No caso de Patrícia, compreendemos que ela reconhece que os outros a vê, no entanto, esse reconhecimento é para as pessoas amigas que têm contato com ela e que a conhece.

Para aqueles que ela acredita que não a conhece, ou seja, para aqueles que não são seus amigos, se estes a percebem ou não, nunca terá absoluta certeza.¹¹ Patrícia expressa exatamente essa dúvida se os outros conseguem visualizar sua identidade, mas relata que comportamentos diferentes dos esperados pela sociedade podem revelar características que contribuem para que as pessoas a vejam diferente. Vejamos:

Algumas pessoas sabem que eu faço tratamento no CAPS, acho que minha catequista, minha madrinha, uma advogada, a maestrina do coral [...], acho que ela sabe, porque ela me via mudando do lugar, subindo escada [...], acho que o padre, que eu era mais assídua e deixei de ir. Participava do catecismo e deixei, participava do coral, e acabou. Ai algumas pessoas mais chegadas sabem, outras do bairro não. (Patrícia)

O “acho que sabem” que Patrícia tanto revela no depoimento acima confirma a dúvida que possui se as pessoas sabem o que aconteceu com ela no percurso de sua doença. No transcorrer da entrevista, Patrícia afirma que o fato das pessoas perceberem ou não seus atributos não afeta sua autoestima:

Na rua eu conheço muita gente, mas minha participação na comunidade é de casa para a igreja, e escola quando eu estava estudando. Então, o que eles pensam ou deixam de pensar não me interessa, a vida é minha. Se eu fiquei doente e me internei, se elas olham ou deixam de olhar; não me afeta. Já com o pessoal que eu convivo na igreja, o grupo das senhoras, já me incomoda um pouquinho, porque elas olham o cabelo, o tipo de roupa [...]. (Patrícia)

Paradoxalmente, Patrícia, ao mesmo tempo em que afirma não se afetar com o que os outros falam, ressent-se do preconceito das pessoas para com ela. “É inevitável que sinta alguma ambivalência em relação ao seu próprio Eu”.^{11:117} Segundo Patrícia,

Depois que meu rosto ficou assim, eu sinto preconceito das pessoas, quando eu subo para o ônibus, que eu sento, a pessoa que tiver no meu lado sai, se eu chegar numa recepção para uma entrevista de trabalho ou consulta e tiver uma pessoa do meu lado, vê meu rosto, já sai de perto. Isso é por causa do rosto, eu tenho certeza. Eu vejo esse preconceito no ônibus, nos lugares que eu chego, e nas amizades, e as pessoas que conheço de vista, tem umas que evitam me olhar, e outros olham até com cara feia, como se tivesse vendo um bicho. A família tem sido muito legal comigo, eu não sinto preconceito nenhum da família, muito pelo contrário me ajudaram muito. (Patrícia)

Talvez admitir que as pessoas lhe tenham preconceito pelo desfiguramento do rosto seja mais tolerável, do que pelo adoecimento mental. Patrícia realmente possui cicatrizes em

seu rosto, porém as marcas são percebidas de forma muito sutil. Mas, ela expressa veementemente que seu rosto é cheio de cicatrizes horríveis. Diante disso, compreendemos que o estigma revelado nesse trecho da entrevista não resulta dos sintomas que possam emergir do transtorno mental, e sim das consequências que o adoecimento mental provocou em sua aparência – a transformação de sua identidade a partir das cicatrizes físicas que adquiriu. Também revela que lhe causa incômodo quando algum colega de tratamento a cumprimenta de forma expansiva chamando a atenção de todos que estão no ambiente:

As pessoas ficarem observando me incomoda. E às vezes você está super calma, normal, como tem que ser lá fora, na ordem, e chega uma pessoa totalmente avessa e acha que está no CAPS, que o ônibus é o CAPS, e chega falando alto, senta de perna aberta, não se segura direito no ônibus e cai por cima de alguém, vem com pacote e derruba em cima da pessoa, ou quer te vender alguma coisa. (Patrícia)

Percebemos que nessa situação Patrícia identifica o colega como alguém mais comprometido mentalmente do que ela, e acaba estratificando-o conforme o grau de visibilidade e imposição de seus estigmas. Para Goffman, a pessoa “pode tomar em relação àqueles que são mais evidentemente estigmatizados do que ela as atitudes que os normais tomam em relação a ela própria”,^{11:117-8} repetindo e retroalimentando o preconceito para com seus pares chegando a se envergonhar ao imaginar que os “não-estigmatizados” poderão compará-los ao comportamento inadequado que seus pares apresentaram.

Segundo Goffman,

Quer mantenha uma aliança com seus iguais ou não, o indivíduo estigmatizado pode mostrar uma ambivalência de identidade quando vê de perto que eles comportam-se de um modo estereotipado, exibindo de maneira extravagante ou desprezível os atributos negativos que lhes são imputados. Essa visão pode afastá-lo, já que apesar de tudo, ele apoia as normas da sociedade mais ampla, mas a sua identificação social e psicológica com estes transgressores o mantém unido ao que repele, transformando a repulsa em vergonha e, posteriormente convertendo a própria vergonha em algo que se sente envergonhado. Em resumo, ele não pode nem aceitar o seu grupo nem abandoná-lo.^{11:118}

Isso é o que percebemos em Patrícia, pois ela se sente incomodada expressando uma preocupação denominada por Goffman de “preocupação com a purificação intragupal” usada não só para “normificar” o seu próprio grupo, mas para limpar totalmente a conduta de outras pessoas do grupo.

Para Goffman, todo “ex-doente mental deve encarar a situação de ter que cumprimentar, fora do hospital, alguém que conheceu lá dentro, dando margem a uma terceira pessoa perguntar ‘Quem era ele?’”,^{11:78} tendo que revelar automaticamente informações sobre si ou dar pistas sobre quem ele foi. Patrícia parece agir dessa forma na tentativa de manipular

informações sobre si que não gostaria de revelar aos outros. Podemos confirmar essa reflexão com o seguinte depoimento:

É confortável quando eu chego ao ponto de ônibus e ninguém sabe que eu faço tratamento e a pessoa vem falar comigo, perguntar se já passou o ônibus. Eu logo penso que ela não deve saber, senão não viria perguntar. (Patrícia)

Esconder algumas informações pode ser consequência também do estigma social ou medo de que as informações sobre si ao serem reveladas alcance a rejeição que o estigma desencadeia. Quando o estigma torna-se social, ou chamado público, os estereótipos podem influenciar negativamente a vida da pessoa em sofrimento mental através dos pensamentos errôneos da população, chegando a prejudicar-lhe na obtenção, por exemplo, de um emprego, diminuindo a oportunidade de tornar-se um cidadão produtivo.

Patrícia já sente as consequências do estigma social quando, diante de sua enfermidade, a aquisição de um emprego se torna difícil, e o estigma da família é reforçado:

Se eu pudesse, eu fechava essa aposentadoria e ia trabalhar, mas minha mãe ia dizer você vai ganhar mais de um salário aonde? Você sabe fazer o quê? Você se formou em quê? Você fez faculdade de quê? Você prestou concurso? Você acha que vai conseguir um emprego que ganhe mais de um salário? E isso é verdade! (Patrícia)

A fala da mãe narrada por Patrícia não seria o que Patrícia também pensa e projeta na mãe? Nesse caso, tanto Patrícia como sua mãe parecem concordar com a pouca possibilidade de conseguir um emprego depois do adoecimento mental. Mas o estigma não está só em ter uma doença. Refere-se, também, a não ter alcançado posições de prestígio (identificada por Patrícia, como exemplo, a conclusão de um curso de nível superior), por interromper a vida escolar durante o adoecimento. A família também sofre com isso, pois a eles, geralmente, é cobrado ter que suportar a dor da desordem do membro doente, a tolerar o estigma relacionado a ter causado a doença e a responsabilidade de ter de supervisionar e monitorar o cumprimento do plano de tratamento.

No caso de Patrícia, a mãe expressa esse sofrimento pedindo para que ela não relembre algumas situações que passou no hospital:

Depois que eu saí do hospital eu voltei para a casa da minha mãe. Eu falava muito o que tinha acontecido lá. Ela não queria saber e dizia deixa de falar desse povo, deixa esse povo pra lá. Mas eu ficava insistindo, na hora da janta, eu lembrava do café sem açúcar e ela dizia que não queria saber, não fique lembrando. (Patrícia)

Muitas vezes o familiar sente-se culpado por ter que tomar algumas decisões ao perceber que seus parentes estão precisando de ajuda, e a ajuda possível não se revela

adequada. Parece que a situação da mãe de Patrícia foi exatamente essa. Por se sentir culpada, ficar sabendo do que acontecera no ambiente hospitalar lhe trazia ainda mais incômodo.

A partir de agora cabe analisarmos como Patrícia estaria percebendo os que a cercam e como isso também contribui para a construção de sua identidade.

4.2.3 Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?

A maneira como Patrícia percebe as pessoas com transtorno mental varia de acordo com a experiência que teve no hospital e no CAPS, como também pelo grau de intimidade que possui com alguns. Para ela, há diferentes graus de adoecimento entre as pessoas internas em hospital psiquiátrico:

As pessoas internas: Esse pessoal está mais sofrido do que eu [...]. Pessoa mongoloide, gemendo, com o cabelão dessa altura, caídos. Na outra sala tinha gente melhor que até me encarava [...]. No refeitório tinha um paciente que ficava nu andando de uma mesa a outra, mas havia o respeito se ele excedesse, obviamente o recolhiam. Mas, ele era um doente mental, ele ficava nu a vontade rindo para as pessoas com a bandeja na mão, e não sabia o que tava fazendo, a gente fazia que não estava vendo. (Patrícia)

Parece que Patrícia enxergava as pessoas internas de duas formas: 1) como pessoas em estados mais graves que o seu, sem autonomia alguma, ou com uma aparência inadequada para seus valores; 2) como pessoas com um estado de saúde melhor, semelhante ao seu, com um pouco mais de autonomia e percepção quanto a si, as quais julgava capazes de manter uma interação social. Além disso, percebemos também que Patrícia mantinha certo distanciamento das pessoas que para ela estavam em estado mais graves que o seu.

Nesse relato, outro fato chamou-nos a atenção, Patrícia nos diz que “na outra sala tinha gente melhor”, isso nos faz refletir que nesse hospital em que teve a experiência, talvez tenha divisões entre os internos de acordo com o seu estado mental. Goffman já discutia em sua obra que há consequência da divisão de enfermarias na construção da Identidade, pois um sujeito permanecer em uma determinada enfermaria exprime seu nível geral de atuação social, de seu status como pessoa.¹ Segundo esse mesmo autor, os piores níveis de enfermaria eram destinados aos internos com lesão cerebral, os quais, muito limitados, assimilavam mais facilmente a rotina.

O “sistema de enfermarias é um exemplo da maneira pela qual os fatos físicos de um estabelecimento podem ser explicitamente empregados para modelar a concepção que uma pessoa tem de si mesma”.^{1:128} Pode ter sido o caso de Patrícia ao perceber diferenças entre as

pessoas que estavam lotadas em algumas enfermarias, conseguindo identificar as pessoas mais graves daquelas que considerava no mesmo patamar do seu estado mental e que pudessem interagir.

Essa percepção foi causa de alguns conflitos interpessoais na sua chegada ao CAPS. Patrícia havia aprendido todo um mecanismo de funcionamento no hospital e tinha construído uma identidade social das pessoas que fazem tratamento psiquiátrico baseado em sua experiência. Como não conhecia o CAPS, achou que a percepção construída também se aplicaria ao novo espaço de tratamento.

Quando eu cheguei [no CAPS] tinha um certo preconceito com as pessoas que tinham problemas piores. Uma menina quase batia em mim no primeiro mês. Ela dizia que lá todo mundo se ajudava, que eu não podia xingar ninguém. Só porque um rapaz me disse que era epilético e eu disse a outra que espalhou para todo o CAPS, e o rapaz não gostou. Outra vez eu comentei que quem usava toquinha era quem tinha piolho, porque quando eu saí do hospital psiquiátrico estava com um piolhão danado. Aí eu fiquei com medo quando vi a mulher com toquinha. Daí, disseram que eu estava falando de um e de outro, comentando que o nível daqui era baixo, disseram a doutora, e ela me chamou para conversar, mas eu não falei por mal. Eu não posso abrir a boca que o povo pensa que eu estou julgando. (Patrícia)

Apesar dos hábitos adquiridos durante a internação favoreceram a concepção preconceituosa, Patrícia começou a perceber que diferentemente do Hospital, em que precisava ficar atenta para não perder alguns objetos, como relatados na categoria anterior, no CAPS as pessoas demonstravam mais confiança, e ajudavam umas as outras.

Patrícia precisou de acompanhamento para sua nova experiência de tratamento no CAPS, talvez as dificuldades de relacionamento tivessem sido minimizadas se fosse considerado que, ela já havia construído uma identidade social e pessoal em instituição hospitalar, na qual exigia-se mais atenção à sua adaptação no novo modelo. Os CAPS precisam se atentar para isto.

Outra percepção que tivera no hospital e que se modificou no CAPS foi a questão da higiene. No CAPS, não há aglomerados de pessoas como ocorrem nas enfermarias de hospitais psiquiátricos, não há compartilhamento de objetos pessoais, há um olhar mais singular e um controle maior na transmissão de doenças parasitárias, o que acaba dificultando a proliferação de parasitos capilares.

Patrícia, ao construir uma Identidade social para toda pessoa que usasse touca em um hospital psiquiátrico a fim de evitar transmissão de parasitoses, foi vítima de um sistema que desconstruiu uma imagem substituindo-a por outra, ou seja, antes de entrar no hospital não tinha essa percepção, só veio adquiri-la depois que passou por essa experiência.

No CAPS, do mesmo modo que modificara a sua percepção das pessoas que usavam toucas, Patrícia também começou a perceber as pessoas de uma forma diferente:

Cada caso é um caso, no CAPS vejo pessoas normais que têm problema, e vejo pessoas com problemas piores, que não têm a família, pessoas também como eu que não têm pai, outras que tiveram a família assassinada [...], pessoas sofridas, e têm aqueles que já são de nascença, que precisa do acompanhamento, que são casos irreversíveis, que não têm cura realmente, mas têm como trabalhar; e tem outras pessoas que além da doença mental têm o lado físico, como as pessoas deficientes [...], aqui têm pessoas que fica caladona, outros que era calado e começam a falar, outras assim como eu que fala demais e começam a ficar calados, e pessoas falantes o tempo inteiro [...]. Cada história das mais variáveis possíveis. (Patrícia)

Patrícia identifica pessoas com diferentes níveis de gravidade da doença, mas já está nítida uma mudança na definição “dos casos”, visualiza as pessoas com transtornos mentais como pessoas que possuem problemas, e que muitos desses problemas têm relações com perdas. Passa a perceber que todos podem ser tratados independente da complexidade do seu problema e do nível de comunicação. E que além do adoecimento mental têm alguns que trazem o adoecimento físico.

Para Saraceno, essa mudança nada mais é que o resultado da desinstitucionalização que possibilita a troca de afetos como “um tecido de uma ‘rede de negociações’, ou seja, as redes de negociação, na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos fracos de uma sociedade”.^{44:122} A lógica de funcionamento do CAPS, um serviço aberto que deveria ser diferenciado da lógica do modelo hospitalar,

Põe no centro das questões não a autonomia, mas a participação, de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e interesses.^{44:113}

Segundo Saraceno, a autonomia é o mito responsável por selecionar os aptos e não aptos e aumentar ainda mais a exclusão. Diferenciar enfermarias, como ditas anteriormente, é confirmar essa seleção pautada no mito da autonomia, reforçando para Patrícia que era impossível a comunicação com aqueles menos aptos, os quais, no hospital, não eram incluídos em qualquer atividade.

Após a permanência de Patrícia no CAPS, ela começou a presenciar que mesmo aqueles sujeitos mais debilitados poderiam estar inclusos nas atividades que ela realizava, e mesmo que inconscientemente iniciou um processo de desconstrução de uma Identidade

Social estabelecida no hospital, inclusive a imagem que tinha dessas pessoas em relação à higiene corporal. Faz questão de reforçar que:

O pessoal do CAPS anda limpinho, apesar de que tinha um usuário que andava descalço, suado, com camisa aberta, de bermudinha e uma vez eu o encontrei no ônibus. Ele pulou a catraca e veio como fosse me abraçar e disse como vai? E eu respondi envergonhada vou bem! [...] Ai o pessoal aqui fala que tem doente que não se cuida. Outros falam que ele era assim, porque era de rua. (Patrícia)

Apesar da descrição acima, Patrícia tenta justificar que esse comportamento não é o habitual entre as pessoas que frequentam o CAPS, que o rapaz citado tem esse comportamento por ser morador de rua e não ter o costume do banho diário.

Porém, mesmo com essa mudança de percepção da Identidade da pessoa que sofre, Patrícia se baseia em critérios de periculosidade para se relacionar, o que reflete alguns estigmas sociais já superados ou ao aprendizado que tivera enquanto interna em hospital psiquiátrico.

[...] Gosto de saber o grau de periculosidade, porque se for me atacar eu já não fico perto. (Patrícia)

A partir do momento que a pessoa com transtorno mental é vista como uma pessoa possivelmente perigosa e que possa ser uma ameaça a integridade física, o sujeito poderá alimentar o medo bloqueando a possibilidade de comunicação com outros. Mas Patrícia prefere avaliar cada pessoa que se aproxima dela, para ver se pode confiar e sentir-se mais segura. No entanto, a conversa que Patrícia expõe como necessária não passa a ser somente com fins de avaliação, ela também fala da troca, o quanto é importante a troca de experiências e a possibilidade de uma comunicação terapêutica, de uma relação de ajuda e de uma escuta qualificada.

Tem pessoas que não chega perto de você, que não dá a menor, mas têm outras que já conversam e expõem o problema, outros que fazem mistério que só fala para o doutor. Então, é doente e adocem mais ainda, porque não considera o colega do lado um ombro amigo, não que o que eu fale sirva para melhorá-lo, só de ouvir, porque eu não tenho formação para ajudá-lo, mas para minha segurança eu só estou segura se um novato chegar e contar um pouquinho de sua história para eu conviver com ele. (Patrícia)

Dessa forma, Patrícia começa a perceber que as outras pessoas que também estão vivenciando o adoecimento podem contribuir no seu tratamento, que tanto ela como os outros podem apoiar as pessoas que estão passando por crises emocionais. E são nas relações de apoio que o sofrimento pode ser aliviado.

E fui vendo pessoas que tinham os mesmos problemas que eu. Fui melhorando [...], porque eu estava sofrendo sozinha. (Patrícia)

Esse apoio tanto pode ser recebido como ofertado e configura-se como elemento indispensável na recuperação, pois propõe um modelo multidimensional de apoio definido por quatro dimensões: a de suporte informacional, em que proporciona através do aconselhamento ou de orientação as possíveis soluções para um problema; a de apoio tangível, em que são fornecidos os recursos necessários para determinada situação estressante; a de reforço da estima, em que é estimulada a autoestima, reforçando o potencial do indivíduo através da retroalimentação positiva sobre suas habilidades e capacidades; e de apoio emocional, em que uma pessoa ao proporcionar conforto e segurança durante o período de estresse a outra, faz com que esta outra se sinta cuidada e veja como a pessoa se preocupa com ela, o apoio da família representa uma fonte de apoio emocional e instrumental.^{45, 46, 47}

Além de perceber colegas como rede de apoio para sua melhoria, ela também percebia que o apoio ofertado pelo CAPS também passara a ser útil para todos que estavam frequentando o serviço.

Patrícia começou a se dar conta de que após o período de crise as pessoas iam melhorando e chegavam a ter rotinas de vida produtivas e sem diferenças das assumidas por pessoas que não possuem transtornos mentais. Observemos como Patrícia nota as transformações do acompanhamento CAPS na Identidade:

As pessoas vão trabalhando [no CAPS], aqueles que vão melhorando e querem voltar ao trabalho, vão recebendo alta e vão embora. Inclusive quando eu saio eu encontro pessoas que se trataram aqui e hoje é segurança de loteria, de supermercado, outros que quando eu passo estão no ponto de ônibus, ou estão no ônibus mesmo, ou sozinhos, que às vezes vinha acompanhado quando faziam o tratamento. Daí você nota melhora e evolução deles. (Patrícia)

Para Patrícia, um sinal evidente de melhora é trabalhar pois estar trabalhando recuperaria a dignidade e diminuiria o estigma sofrido. Porém esse tipo de trabalho acontece fora de um ambiente protegido, diferente do que ocorre nos hospitais psiquiátricos, ambiente protegido, em que os sujeitos são postos “a trabalhar para passar o tempo, para ganhar o direito a um cigarro a mais ou a meio copo de vinho, para substituir o trabalho dos funcionários, para dar prazer a irmã, para reencontrar a disciplina perdida, para produzir objetos artísticos”.^{44:127}

No caso citado por Patrícia, o trabalho tem caráter de meio de sustento e de autorrealização, o mesmo sentido que a sociedade atribui ao trabalho. Para Saraceno, “o

trabalho aparece valorizado como um importante indicador do funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre os indivíduos e os lugares econômicos e sociais, mas sobretudo com faculdade intrapsíquica de adaptação”.^{44:128}

No entanto, mesmo percebendo que o trabalho traz características que fazem um sujeito em acompanhamento terapêutico não ser diferenciado de qualquer outro trabalhador, e tampouco a nenhuma outra pessoa que não possui transtorno mental diagnosticado, Patrícia ainda assim revela que ao se encontrar com uma pessoa conhecida do CAPS na rua, mesmo que essa pessoa esteja de alta, trabalhando e não aparente possuir transtorno mental, às vezes cumprimenta e às vezes não:

[...] Depende do dia, acho que faz parte da doença. Eu conversei tanto com esta pessoa, e estou vendo ela aqui e não quero papo. É questão do dia, às vezes você não está de bom humor, está em outro clima, faz que não vê e atravessa. (Patrícia)

Ela revela que cumprimentar depende do dia e do seu estado de humor e não necessariamente porque esteja com vergonha. Patrícia refere que nem sempre o fato de não fazê-lo é sinônimo de vergonha ou estigma. A doença também reforça alguns traços de isolamento, que algumas vezes contribui para a não interação social. Saraceno⁴⁴ afirma que as dificuldades de interação social constituem um dos maiores obstáculos ao sucesso desejado pelas intervenções de reabilitação.

A interação social é peça fundamental na construção da Identidade e, portanto, as articulações que favorecem a troca de experiências e o conhecimento são necessárias para que o sujeito estabeleça como quer ser reconhecido pelos outros. Ao perguntarmos a Patrícia com qual companhia prefere estar, ela responde:

Eu me sinto melhor com os que não sabem que eu tenho transtorno, porque não ficam imaginando. Fica mais de igual para igual, e quando você chega num local que a pessoa já sabe, como aqui no CAPS que você já chega quebrada, desmontada. (Patrícia)

Patrícia refere-se ao estar “quebrada” ou “desmontada” à maneira de chegar ao CAPS sem máscaras. Sendo quem ela é, transparente em suas fragilidades, podendo sofrer a qualquer momento julgamentos sobre a sua pessoa. Para Patrícia, parece que é mais confortável estar com pessoas que não sabem quem ela é por não submetê-la a julgamentos e não pôr em prova a confiabilidade de suas informações, do que estar sujeita à imaginação daqueles que a conhecem. Isso acontece, segundo Goffman, porque quando uma pessoa tenta

encobrir a informação, ela própria julga que se outros vierem a descobrir poderá sofrer um descrédito de sua identidade, pondo em dúvidas até a veracidade da informação.

Tendo em vista essa preferência que Patrícia revelou, buscamos compreender qual a sua visão em relação às pessoas que não possuem transtorno mental. E a sua resposta nos surpreendeu:

Eu não sei lhe responder, porque eu convivo no CAPS e as pessoas que vem fazer tratamento aqui chegam e a gente fica observando. Aí a gente pergunta: - Veio para a consulta? Você veio se tratar? E a pessoa responde que não, que veio só para a consulta, ou que veio trazer uma pessoa. E a pessoa está igual a ela no mesmo nível. Você nem percebe quem é que vem se tratar se é uma ou a outra. Quando eles dizem que vai trazer fulaninha, é que você percebe que é o acompanhante. Você só sabe se perguntar. Agora depois que eu passo pelo o portão do CAPS, você só percebe se for mongolóide. Mas se tiver várias pessoas com transtorno no ponto de ônibus, por exemplo, você não consegue identificar. Quando eu saio eu penso que todos de lá [fora do CAPS] são bons porque não estão aqui. (Patrícia)

Patrícia não identifica diferenças entre as pessoas que frequentam o CAPS. Ela refere que na maioria das vezes não consegue distinguir através da aparência quem possui transtorno mental e está em tratamento, daquelas pessoas que estão somente acompanhando a pessoa em sofrimento. Patrícia diz que só se percebe quem está em tratamento quando a informação é revelada pela própria pessoa ou o seu acompanhante mesmo que de forma indireta, ou seja, o fato de saber quem é o acompanhante indiretamente se identifica a pessoa em sofrimento, mesmo sem que haja a verbalização dessa informação.

Talvez seja esse o motivo da preferência de Patrícia em conversar com pessoas que não têm transtornos. Pois, do mesmo modo que indiretamente ao conversar com as pessoas ela consegue entender e interpretar a situação de quem sofre, as pessoas também podem interpretá-la como quiserem a partir do momento que descobrirem sua identidade pessoal, inclusive que faz tratamento no CAPS.

Já as pessoas que não frequentam o CAPS, para Patrícia, são pessoas que não possuem transtornos mentais ou que ao menos não fazem acompanhamento psiquiátrico. Nesse sentido, parece que há uma transformação na percepção cujo único serviço existente para os transtornos mentais passa a ser o CAPS. Então, acompanhemos a seguir que influências o funcionamento desse serviço revela sobre a identidade de Patrícia.

4.2.4 A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?

Patrícia revela muitas situações que nos fazem perceber que o CAPS apesar de ser um serviço substitutivo que vem se consolidando em nosso país, modificando realidades e favorecendo a construção de identidades baseadas no princípio da singularidade do sujeito, encontra-se em transição.

Minha mãe disse que no CAPS ninguém ficava interno, mas eu traumatizada com o hospital, no primeiro dia do CAPS fiquei chorando quando minha mãe foi embora. Aí foi que uma das profissionais disse que eu não ia dormir no CAPS que lá não tinha quarto, que eu só ia passar o dia e voltava para casa. Uma tortura foi ficar até as quatro, três dias na semana, mas fui começando a fazer amizade [...]. (Patrícia)

As lembranças da experiência de internação a impediu de contatar com a proposta do CAPS. Percebemos o medo de Patrícia de que a experiência passada no hospital pudesse se repetir, e isso a fazia duvidar do funcionamento do CAPS. Para Goffman,¹ uma das coisas mais amedrontadora que pode ocorrer ao eu na nossa sociedade é a pessoa aceitar que está perdendo o controle de si mesmo. Para Patrícia, aceitar ir ao CAPS e fazer o tratamento era afirmar essa inabilidade, ficando novamente à mercê dos cuidados de outras pessoas.

Além dessa transformação no Eu, a forma como foi convencida a fazer o tratamento, seja voluntariamente ou não, a fez relembrar das situações vividas que geralmente os internos constroem quando são deixados por suas famílias no hospital psiquiátrico, pois a cada visita o interno inconformado com a situação a qual está submetido pede para que o parente o tire dali, e este parente acaba por fazer de conta “que não o ouve” e isso dá a sensação de desprezo e abandono.^{1:120}

Provavelmente, a modalidade de tratamento (intensiva, semi-intensiva e não intensiva) e os dias e horários de permanência no CAPS não foram previamente pactuados com Patrícia, e sim, considerando seu estado, com quem a representava. Essa sensação é evidente quando Patrícia fica no CAPS chorando pela mãe. Ela só se conforma um pouco depois que uma profissional explica que não irá dormir naquele ambiente, momento em que ela começa a entender que não haverá ruptura de laços de convivência como ocorrera no hospital. No serviço CAPS, voltaria para casa a cada fim de tarde. No entanto, percebemos que até Patrícia comprovar a informação, muitas incertezas surgiram sobre a veracidade da informação, talvez pelo fato de sentir-se traída no hospital e temer que isso se repetisse no CAPS.

Segundo Goffman, muitas vezes o sujeito ouve dizer que receberá o tratamento médico adequado, que terá repouso, que vai ficar bom e ter alta dentro de alguns dias, mas que na realidade “descobre que as informações que lhes foram dadas sobre a vida no hospital era uma forma de fazer com que opusesse menos resistência do que a que apresentaria se

soubesse daquilo que depois descobre”.^{1:120-1} Talvez esse sentimento que surgiu tão fortemente no hospital fora reproduzido quando a mãe de Patrícia a deixou no CAPS.

Então, a partir de agora, precisamos conhecer a experiência que Patrícia teve ao ser internada num hospital psiquiátrico, tendo em vista alterações que possam ter ocorrido em sua identidade e que possam ter interferido nas relações com o CAPS e com as concepções sobre o adoecimento mental.

Para tanto, vamos expor os relatos de Patrícia relativos à experiência da internação num hospital psiquiátrico, experiência esta, segundo ela, classificada como horrível, a qual a fez resgatar a ruptura da convivência com seus familiares e a mudança de hábitos que precisou passar para permanecer no hospital:

No hospital é horrível, eu sofri muito, o café era sem açúcar, a sopa e o café era pegando fogo, a água não era do bebedouro, nem mineral, era água da torneira e ficava adulando no portão as cozinheiras para dar água, que quando estavam de boa vontade me davam. Quando não, eu pegava na torneira do banheiro. Lá não tem bebedouro nos corredores, não sei se colocaram agora, mas não tinham. Não tem filtro com água mineral. E não serve água nas refeições. O café sem açúcar era por causa dos diabéticos, porque eles não faziam essa triagem. Diziam que eram para os diabéticos, e englobavam todos, um certo pagava pelo doente. (Patrícia)

Para Patrícia, ter que tomar café sem açúcar, sopa quente, não tomar água foram situações com as quais precisou se adaptar, e principalmente a ter que se adaptar à humilhação de ter que pedir água quando sentia sede. No hospital, o interno está “despojado de suas defesas, satisfações e afirmações usuais e está sujeito a um conjunto relativamente completo de experiências de mortificação: restrição de movimento livre, vida comunitária, autoridade difusa de toda uma escala de pessoas”.^{1:126-7} Para Goffman, é aqui que compreendemos como é limitada a concepção de si mesma, quando o ambiente de apoio é subitamente retirado.

Ao estar no hospital, Patrícia foi obrigada a adaptar-se a uma cultura já existente e a normas predefinidas. Em nenhum momento houve respeito à sua singularidade, sendo submetida às mesmas normas impostas a todos sem nenhuma distinção. No CAPS também há rotinas e propostas bem definidas, toda instituição tem seus contornos de normas para seu funcionamento que precisam ser flexíveis e permanentes.

A esse respeito torna-se importante ressaltar que adaptar-se a uma nova cultura significa lidar com transições, mudar de identidade para se encaixar à nova cultura, fazer novos amigos a fim de recuperar o sentido de normalidade na nova cultura. O processo de adaptação pode ser visto em qualquer pessoa que muda de ambiente e provavelmente de cultura.

Isso revela que a adaptação pode ocorrer brutalmente, de forma explícita, ou implicitamente quando, por exemplo, pessoas são retiradas de seus lares e involuntariamente são postas em locais fechados e submetidos a regras as quais não estão acostumadas, gerando mudanças drásticas na identidade e fazendo com que os sujeitos, vítimas do processo, reproduzam com outras pessoas o que fizeram com eles, ou que os tornem temerosos e evitem situações que os façam lembrar do sofrimento.

Adaptações abruptas a uma nova cultura podem provocar delírios, alucinações, insônia, amnésia, violentas explosões emocionais e até tentativas de suicídio.⁴⁰ O ajustamento à nova cultura tem demonstrado risco elevado para sintomas depressivos.³⁰

Mas, Patrícia também revela pontos positivos no período em que esteve internada, fazendo uma reflexão sobre a estrutura presente no sistema hospitalar:

No hospital também tinha uma oficina do corpo, para trabalhar a dança, foi o que me fez desaparecer, tinha recreação na sala de leitura, comida na hora certa, consulta com a doutora [...]. Sai no grau, mas psicologicamente sai abalada porque foi a primeira vez que eu me internei. Mas em relação à dormida, comida e medicamento eu sai bem assistida. (Patrícia)

É interessante que as formas que o hospital encontra para controlar a doença, aqui relatadas por Patrícia, segundo Saraceno, é dar tempo ao tempo. Na espera que a doença passe sozinha, o doente pode ser entretido no hospital com atividades diversas que reproduzem a mesma lógica do controle e da contenção, colaborando com mais solidão, violência e miséria. Essa lógica de assistência hospitalocêntrica pode ser reproduzida em qualquer local, inclusive em ambulatorios, CAPS ou nas próprias famílias à medida que se tenta conter sintomas através do uso de medicamentos, de conversas ou de atividades recreativas com o intuito de controlar comportamentos inadequados aos padrões estabelecidos, e não de estimulá-los a reabilitação psicossocial.

Outro fato é a referência da boa estrutura geralmente financiada pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), que geram muitos recursos capazes de manter a alimentação, o medicamento e alguns insumos, totalmente o contrário do que acontece nos CAPS, que são subfinanciados, até a realização desta pesquisa, com os recursos gerados pela Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), muito inferior ao valor gerado pelas AIHs. É por isso que o CAPS precisa constituir processos criativos contínuos para seu financiamento. Os CAPS precisam ser incluídos na atenção primária, e com isto sua composição exige recursos.

Por exemplo, quando Patrícia refere que teve boa alimentação, medicamento, privacidade na hora de dormir e médico para o atendimento, ela também faz uma reflexão que no CAPS alguns pontos deixam a desejar. Vejamos:

Aqui no CAPS a água é tratada e não falta, eu não vou dizer que aqui a gente toma água da torneira, porque a gente não toma. A questão da refeição eles dão lanche na medida do possível. Eu vejo o pessoal reclamando que é um lanchinho fraco, que poderia ser melhor. Eu almoçava aqui antes, e a comida era boa, vem de um restaurante. Mas, eu não gostava do horário, às vezes atrasava muito, teve um dia que atrasou e chegou três horas da tarde. Teve gente que passou mal, teve gente que foi para casa. Mas eles já fizeram mais para trabalhar a paciência. Isso aconteceu várias vezes, mas teve um dia que veio chegar quase três horas, e ficaram meses chegando bem tarde. As meninas ficaram até brincando que iam desmaiar, porque estavam no limite. (Patrícia)

Apesar de Patrícia mencionar o reconhecimento que o serviço tem sobre as necessidades fisiológicas dos sujeitos em tomar água pondo bebedouros disponíveis aos usuários do serviço e de ter o fornecimento de uma boa alimentação, não o dispensa da responsabilidade de observar os horários que principalmente a alimentação é oferecida, pois um almoço servido às 15 horas ultrapassou em muito seu horário habitual. E isto fere a proposta do CAPS. Diante da situação, há a tentativa de manter o controle da revolta, solicitando paciência, em vez de expor o problema vivenciado por falta de estrutura e de um transporte específico para esse tipo de serviço, manipulando-se a informação real.

Nesse sentido, o serviço, possivelmente sem perceber, acaba provocando mais uma mudança na percepção da identidade dos usuários, tentando controlar a indignação ou raiva que eles possam sentir. Para Goffman, os “internados precisam ser levados à auto-orientação controlável, e para isso, a conduta desejável e a indesejável precisam ser definidas como decorrentes da vontade pessoal e do caráter do internado, e definidas como algo que pode controlar”.

Mas, Patrícia expressa que não só a auto-orientação era evidente, mas a orientação direta do profissional, que geralmente se considera “especialista no conhecimento da natureza humana, e por isso pode diagnosticar e receitar a partir desse conhecimento”.^{1:81} Vejamos seu relato:

Eu não cheguei a conversar com os profissionais que ficar até as quatro era uma morte, eu não gostava, me dava uma angústia, uma melancolia. Eu preferiria ficar só um horário, mas eu não comentava com os profissionais, eu comentava com os usuários. Mas tinha o almoço, e eu gostava do almoço, comida de quentinha era novidade, do que as comidas de casa, aquele barulhinho, o pessoal todo, aquela alegria quando chegava a comida. Reunia-se todo mundo, e para mim aquilo era novidade. Como lá em casa não tinha lazer, eu não saía, eu gostava de vim para aqui. Aí a doutora disse: - Olhe a gente vai diminuir seus dias! Passou um dia para

eu vir. Como o profissional que eu não gostava estava no mesmo dia do que eu gostava, preferi sair da quinta, agora eu venho só terça e sexta e não fico até as quatro, fico até as 11. Aqui quando não é oito é oitenta. Não gostei porque tirou o almoço, mas eu deixei para lá, não comentei que não gostei, nem exigi. Eu também achei bom porque na terça ficava mais em casa com minha avó. (Patrícia)

Patrícia mudou de horário e recebeu redução dos dias de tratamento sem que tivesse sido ouvida sua opinião, pois ela não queria a redução. Quando o serviço não promove essa abertura, acaba reproduzindo uma atenção à saúde sem nenhum diálogo entre profissionais e usuários muito frequente em instituições psiquiátricas.

Outra questão que também merece destaque foi o fato de Patrícia ter omitido aos profissionais sobre seus desejos e vontades em relação aos rumos do seu tratamento e as regras impostas pelo serviço que não a agradava. Essa atitude pode ou não ser compreendida como uma possível consequência da identidade adquirida no internamento em que não era permitida fazer escolhas, adaptando-se ao consolo do “bom almoço” que poderia recompensar seu sacrifício de permanecer num local contra sua vontade.¹

Compreenderemos Patrícia a partir do momento que entendermos a colocação de Franco Baságlio, quando retrata que mesmo fora de um ambiente hospitalar o ambiente patogênico é reproduzido na prática da organização do trabalho e nos modos de vida social.³⁶ Atualmente é o homem que vem a ser manipulado pelo ambiente externo, a ponto de não poder reconhecer a patogeneidade de toda a sua vida, e partindo dessa ocultação é que a medicina passa a se comprometer limitando-se a tratar a doença como puro fato biológico e confirmado. É por isso que para a “doutora”, intitulada por Patrícia, não considerando os fatores diversos e limitando-se ao ponto isolado de sua patologia, resolve diminuir os dias e horários sem ao menos saber se Patrícia estaria de acordo, mesmo sabendo que em alguns momentos ela mantém uma personalidade dependente.

Baságlio ainda complementa que nessa situação

A medicina age como amplificadora de mal-estar e sofrimento que deveriam ser enfrentados de forma diferente. A intervenção médica confirma assim um estado de doença que anula as potencialidades subjetivas e participativas, já reduzidas pela organização do trabalho e da vida social. É essa operação que consente continuar a gerir a doença de modo que essa não possa expressar, também algo além do simples fato bruto do sintoma e que, portanto, requer respostas que ultrapassam o campo puramente técnico para adentrar no campo da globalidade das necessidades do indivíduo.^{36:23-4}

Talvez esse seja o motivo que muitos médicos ainda concentram suas ações em consultórios focados em avaliar sintomas e a controlar as inadequações que eles provocam na

vida em sociedade através da prescrição de medicamentos. E muitas vezes acabam decidindo os rumos da vida das pessoas sem ao menos informá-las adequadamente da decisão. É o caso da informação do tipo de adoecimento. A esse respeito Patrícia nos relata:

Recebi esta aposentadoria com a história do código F20, mas nunca me disseram se era uma depressão, uma esquizofrenia. Eu fui procurar no dicionário o que era esquizofrenia e lá só tinha dizendo que era uma doença de jovem. E até hoje eu pergunto a minha mãe e ela diz que é o código F20. Vai na mesma onda do médico. Mas ela não chega para mim e diz você tem a doença X ou a doença Y. Já perguntei, mas na hora a médica desconversa, e diz você vai tomar medicamento X e Y, vai fazer o tratamento para depois a gente ver, mas não chega para dizer o que eu tenho. Diz assim, seu código é F20, é um código leve. Os outros profissionais não médicos também nunca tentaram me explicar. Se você me perguntar até hoje, pra mim é um mistério. Eu quero saber, mas eu tenho medo. Eu desconfio de uma depressão, uma esquizofrenia, mas certeza eu não tenho. (Patrícia)

A prática de não informar o que Patrícia tem se estende para os profissionais não médicos e mistura-se com o medo ou estigma que ela própria mantém em saber a verdade. No entanto, quando perguntamos durante a entrevista se ela gostaria de saber, ela nos respondeu afirmativamente que sim. Então lhe foi dado um livro didático sobre esquizofrenia e tirada suas dúvidas em outro momento.

Porém, precisamos ter cuidado para não reproduzirmos a prática profissional voltada ao modelo psiquiátrico, porque haverá uma grande tendência do psicólogo imitar o modelo médico e o assistente social dirigir-se a uma psicopatologização dos problemas, repondo, de diversos modos, as especializações separadas nas quais cada um passa a ser proprietário do próprio setor, não permitindo nenhuma troca de informações.^{36:35-6}

Do mesmo modo, esconder uma informação ou manter a pessoa em situações de exposição social sem privacidade, viola a sua identidade. Patrícia relata que estranhou muito no CAPS não haver local para dormir:

Uma coisa que estranhei aqui foi não ter o dormitório. No internamento não, você tem a sala de dança, os corredores, as escadarias para você subir e descer quando quiser, é tudo muito amplo, um hospital de porte grande, não tem nem comparação. Tem dormitório, você não precisa tá dormindo no chão, nos bancos, só se quiser dormir mesmo. Aqui [no CAPS] quando se quer dormir dorme-se no banco, quando consegue se equilibrar no banco, eu não consegui dormir no banco, já tirei um cochilo sentada, mas não pega bem as pessoas chegarem e você está lá. Eu vi uma menina pegar um colchonete e ir dormir lá atrás, mas dormir assim com um olho aberto e outro fechado, cheio de homens e mulheres, e você não sabe se algum é violento, então é muito desconfortável. Quando me puseram só até às 11 horas, eu achei até bom porque eu ia dormir em casa. (Patrícia)

Não será fazer do CAPS um hospital sem leitos, que não tem um lugar específico para dormir, submetendo-a a dormir em bancos ou até mesmo no chão em colchonetes que todos

usam? A imposição de estar permanentemente deitada é substituída por estar permanentemente de pé, em atividade. Aqui também, de forma aparentemente oposta, os modelos hospitalocêntrico e o psicossocial se assemelham. Nas duas percepções, tanto de usuários quanto de dirigentes, parece que há uma necessidade de adaptação ao novo sistema para a manutenção ou preservação do eu.

Porém, o reconhecimento dessa necessidade nem sempre acontece entre todos os trabalhadores do serviço, como percebemos durante nossas visitas ao serviço para a coleta de dados, pois existem profissionais que se esforçam para não reproduzir práticas de coibição e negligência, enquanto outros parecem se adaptar à situação ampliando o nível de tolerância.

Uma situação que incomoda os profissionais e os deixam sentir-se inferiores em alguns contextos, diz respeito à proibição imposta aos funcionários em relação a usufruírem dos insumos destinados aos usuários, em virtude do limitado recurso enviado para manutenção da estrutura do serviço. Observemos a indignação expressa por Patrícia:

No CAPS se o funcionário quiser comer tem que comprar. Inclusive eu os vejo saindo para a padaria comprar pãozinho com salame, refrigerante. Funcionário deveria ter direito a alimentação, trabalha o dia todo. A menina da recepção traz o chocolate dela e não participa com a gente. Do mesmo jeito que o usuário tem direito o funcionário deveria ter também. (Patrícia)

Imaginamos aqui como deve ser mortificante para um profissional não ser reconhecido como um ser humano que também tem necessidade de alimentação. Mas, por outro lado, para alguns esse fato, poderá gerar até uma hipótese de alívio em perceber que não faz parte do mundo das pessoas que sofrem do adoecimento mental.

No entanto, essa situação acaba enfatizando a discriminação, mantendo certo distanciamento nas relações humanas que poderiam ocorrer, por exemplo, durante as refeições, apesar de que no CAPS estudado não percebemos diferenças em relação ao tipo de alimento, podendo ocorrer a reprodução do distanciamento e não aproveitamento do vínculo.¹

Apesar da observação trazida por Patrícia, percebemos durante nossas visitas que alguns funcionários fazem refeição no próprio CAPS, e a alimentação é a mesma que é fornecida aos usuários, porém mesmo “tendo direito à alimentação”, acabam almoçando em outro ambiente, não participando das trocas terapêuticas favoráveis durante a refeição. O distanciamento é mantido, até mesmo quando a condição da proibição é eliminada, e a prática já está tão “normificada” que muitas vezes o profissional nem percebe.

Outro fato que percebemos foi em relação aos profissionais estabelecerem regras e não terem a percepção disso, contribuindo inconscientemente para o processo de mortificação do

eu dos sujeitos do CAPS, quando estabelece as atividades consideradas mais adequadas ou quando denominam qual profissional irá acompanhá-lo sem pactuar com o sujeito sua aceitação. Observemos a postura de Patrícia ao relatar algumas experiências:

Tem uma coisa aqui que eu não tolero muito, não é tanto a brincadeira, e sim eu ter que aceitar a brincadeira toda semana e eu não gostar do profissional. E só ter aquele profissional. Você vem para assistir, chega lá ele preparou a brincadeira e só tem ele. Você não vai está saindo todos os dias da atividade, porque você já vem para assistir [...]. Não te obrigam e obrigam ao mesmo tempo a participar, porque se você sai e só tem aquela opção, você não vai ficar sozinho, se tá todo mundo no grupo, você não quer dizer: - Eu não vou por causa de tu. Aí eu vou (sorrisos). Porque tem coisas que você não pode mudar. (Patrícia)

Na fala de Patrícia, é evidente que apesar de estar inserida em um serviço que defende a luta a favor da desinstitucionalização, a prática do serviço ainda encontra-se em transição. Indiretamente Patrícia é obrigada a participar de atividades definidas e normatizadas por falta de outras opções. Para Baságlio, a luta concreta contra o manicômio como instituição, contra a teoria científica que o sustenta e contra a organização social que requer sua existência está no processo de emancipação para o doente, para o operador e para a comunidade.³⁶ Ou seja, não temos como modificar um modelo hegemônico que perdura há anos, se não percebermos que a base desse processo está na luta contra a institucionalização, seja interna ao manicômio, seja entranhada na sociedade, acabam determinando normas e funções fixas que se sobrepõem aos interesses da pessoa em acompanhamento, violando seu protagonismo.

Por isso, a necessidade constante de revermos as pessoas que sofrem e a sociedade em que estão inseridas, buscando respeitar a diversidade, considerada não mais como elemento a ser afastado e expulso, mas considerando a pessoa diferente como um bem a ser inscrito como enriquecimento de nossa vida e de nossa cultura.^{36:30}

Os profissionais precisam compreender que o risco faz parte da vida e que é preciso devolver ao sujeito a responsabilidade de sua vida, mesmo que para isso corra o risco de que as escolhas feitas não sejam as mais bem sucedidas. É preciso deixar que Patrícia faça suas escolhas de quais os dias gostaria de frequentar o CAPS, ou ao menos que ajudemos a ela escolher, e que não o façamos por ela. Para Baságlio (2008), a aceitação do risco é o primeiro ato de reciprocidade no gradual processo de liberação do internado ou do usuário de qualquer serviço aberto. Inicialmente esse risco é o “risco da liberdade do doente que, processualmente, se transferiu para diversos níveis: o risco do limite, da norma, da perda de si e da própria identidade”.^{36:30-1}

No entanto, manter o controle só colabora com a repressão, inibindo o sujeito a ser quem ele é, contribuindo para a perda da identidade do eu e aquisição de outra identidade pessoal.

Apesar de observarmos a existência de algumas dessas posturas no CAPS, mesmo que inconscientes, também há o esforço em modificá-las, o que consideramos esses momentos como de transição do modelo tradicional psiquiátrico e hospitalocêntrico para um modelo psicossocial, humanizado e singular. Ao questionar se Patrícia em algum momento sentiu-se culpada em realizar essas atividades, ela nos respondeu:

Culpada não, por que eu procuro participar ao máximo [...]. Eu não sou de correr, mas tinha uma brincadeira que a gente corria para achar uns bilhetinhos, e foi bem legal mesmo. Minha mãe diz que é feio correr, mas nesse dia não dei ouvidos a ela, a gente ficou que nem criança correndo. Quando eu não estou com vontade, não tem pra onde eu fico na minha. Quando chegam alguns estagiários que eu não vou com a brincadeira, ou às vezes eu não entendi, as brincadeiras são difíceis, eu não vou. Ai eu digo vou ali tomar água, e fico lá fora. Tem brincadeira às vezes muito infantil e eu vejo que não me cabe, aí não vou nem sou obrigada a ir. (Patrícia)

A liberdade que tem de escolher se vai ou não participar reforça positivamente a afirmação de sua identidade. Porém, é preciso resgatar que apesar de Patrícia revelar que só participa da atividade se estiver com vontade, ela também nos diz, em depoimentos anteriores, que nem sempre se retira da atividade, mesmo quando não se agrada de quem a conduz ou do que é conduzido, porque não teria sentido vir ao CAPS para fazer aquela “única” atividade ofertada e não fazê-la, não estaria usufruindo dos benefícios terapêuticos propostos pela assistência. Por isso que nesse momento compreendemos a contradição de Patrícia de muitas vezes se submeter a participar de atividades mesmo sem querer por não ter nenhuma outra opção de atividade paralela naquele dia. Talvez essa falta de opções que atendam às particularidades do sujeito reforcem o modelo normatizado e estabelecido de uma assistência psicossocial que funciona, ainda que tenta sair da lógica manicomial.

Entretanto quando um usuário, assim como Patrícia, se recusa a realizar uma atividade, para os profissionais, família e estudantes cabem a aceitação do conflito. Baságlio compreende que ao aceitar um conflito existe a possibilidade de perceber as necessidades das pessoas e deslocar a contradição expressa pela doença para um nível cada vez mais diverso, ou seja, começam a compreender que o sujeito tem uma identidade que pode ser mantida e respeitada.³⁶

Na aceitação do outro e no conflito que produz, há sempre o risco da perda de si quando o papel profissional não defende mais, não protege, não encobre. Mas é essa

a saída do papel, embora o desempenhado, que consente passar de uma demanda à abertura de outra demanda qualitativamente diferente.^{36:31}

Diante dessa situação, o serviço também traz transformações evidentes, estimulando a expressão das vontades, e enfim, da Identidade. Patrícia, então, reforça que

No CAPS só me faltam pôr no braço. Eu disse lá em casa que aqui é bom demais. No começo eu estava mais fraquinha, mais frágil, porque eu cheguei como uma criança, na questão da sensibilidade, só vivia chorando, aí fui vendo a atenção delas e era ótimo. Aqui era cheio, tinha muita gente se tratando e muita gente para atender a gente. Tinha recepcionista, a faxineira que conversava com a gente e colocava a gente pra cima, mas que saiu também, tinha o psicólogo que dava palestra ia ao passeio, brincava com a gente, que também saiu. A gente brinca nas festas juninas, natal e tudo. É muito bom, tudo que eu quero. (Patrícia)

Notamos que Patrícia gosta de frequentar o CAPS e que a tratam muito bem. Porém pode ser que haja uma relação paternalizada e superprotetora evidenciada pela expressão “pôr no braço” e isso pode não ser a relação mais adequada ou pode, também, essa expressão estar no seu imaginário. Mas, a atenção, o desvelo, o diálogo e as brincadeiras percebidas tornou-se acalanto para Patrícia. No serviço, o vínculo é fortificado e a comunicação entre usuários e profissionais é permeada por relações terapêuticas. As atividades promovidas permitem a liberdade de expressão. Patrícia refere, ainda, que o número de profissionais foi diminuído, e que pessoas importantes têm sido remanejadas para outros serviços. Sendo assim, como o CAPS poderia estar funcionando adequadamente com tantas instabilidades?

Esse fato acaba prejudicando a manutenção do vínculo terapêutico, sendo talvez tanta mudança no quadro de funcionários justificada face à condição trabalhista de não serem devidamente efetivados. Há alguns anos não há concursos públicos na prefeitura para preencher essas vagas que acabam sendo preenchidas temporariamente por cargos comissionados propícios a muitos deslocamentos de setores, demissões e contratações. Essas condições influenciam na condução do tratamento e na construção da Identidade, pois quando se conhece uma pessoa a identidade que construímos para ela é diferente da identidade que construímos para as pessoas que não conhecemos.

Do mesmo modo, conhecer ou não as pessoas influenciam como percebemos e somos percebidos pelo outro em sociedade. Patrícia relata que precisou mudar o seu comportamento diante do acompanhamento recebido no CAPS:

Hoje eu converso menos, porque notei que não dava para ficar falando de minha vida para pessoas que eu nunca vi. Formavam o grupo e sempre tinham pessoas diferentes. Porque ao sair na rua, um que tinha recebido alta, perguntava: - E aquele problema lá? Aí eu pensei acho que estou contando minha vida demais. Então eu aprendi a falar menos, e não contar tudo que passa em casa. (Patrícia)

Ela expressa que se sentia incomodada por compartilhar sua vida num grupo de pessoas e estas não tinham nenhuma discricção em não revelar sua história em outros ambientes fora do CAPS. Talvez esse incômodo tenha sido alimentado por duas situações: uma, já descrita anteriormente, que é a questão do autoestigma; e a outra diz respeito à questão do serviço não manter por determinado período uma regularidade de participantes em seus grupos, nem tampouco a prepara-os para a manutenção do sigilo. O fato de permitir entradas e saídas constantes de pessoas nesses grupos terapêuticos podem fragilizar a coesão grupal pondo em risco a confiança adquirida no grupo e a quebra do sigilo.⁴⁸

A entrada e saída constante de pessoas em um único grupo, relatada por Patrícia, pode ser interpretada pela ausência de locais e profissionais suficientes para conduzir diferentes atividades grupais ofertadas ao mesmo tempo. Pois, enquanto um profissional facilitasse um grupo que estaria junto a mais tempo, outro profissional conduziria outro grupo formado por pessoas que comesçassem a frequentar o CAPS.

No entanto, Patrícia parece ter compreendido que as dificuldades encontradas no serviço faz parte da missão e filosofia da instituição. Vejamos:

Eu entendo que aqui é bem econômico, porque é só isso e pronto. Não tem para onde crescer. Porque é assim, a prefeitura pode até ampliar isso aqui e trazer conforto, mas aqui não é para ser grande e ter conforto, aqui é para ser básico, aqui não é para ter um banquete, é para ter só um lanche. Aqui é para ter o básico em tudo. É para ter o básico no estacionamento, é para ter o básico no lugar de sentar, é para ter o básico nas salinhas que são pequenas, o salão lá atrás também [...] eu entendo que o CAPS ele é pequeno e tem que ser básico. Quando eu cheguei aqui e vi aqui cheio, é como se eu sentisse que as pessoas estavam em minha casa. No início eu achei que estava até errado, esse monte de mulheres e homens, aqui não era para ter esse contingente de pessoas, aqui era para ter o mínimo de pessoas. (Patrícia)

Realmente, para a Política Nacional de Saúde Mental, o CAPS precisa lembrar a estrutura física de uma casa. Porém, em nenhum momento a portaria de implantação dos CAPS, de número 3088/11 e 854/12 refere que essa casa precisa ser pequena e limitada na quantidade de cômodos. O que ela reforça, juntamente com outras diretrizes, é que deverá ser uma estrutura que promova conforto e segurança, que não tenha superlotação e que mantenha condições para oferecer refeições saudáveis, descanso adequado e equipe multiprofissional qualificada. Do contrário, acaba sendo uma estratégia política de atenção em saúde sob contenção constante de gastos.

O que talvez Patrícia tenha novamente feito foi adaptar-se às condições existentes na instituição e, como não conhece nenhuma outra e nem a política de saúde mental, compreende

que o pouco que lhe é ofertado já seja o suficiente. Esse entendimento pode ser o responsável por transformar seu modo de pensar e de agir ao ter consciência da precariedade de recursos, que seria totalmente diferente do modo de pensar e agir caso não tivesse assimilado essa compreensão. Ou seja, a forma como percebe o CAPS pode interferir diretamente no processo de construção de sua identidade e do próprio CAPS.

Os reflexos do adoecimento mental continuam impactando a constante construção da identidade de Patrícia. Sua história de vida remete a relações de forte dependência materna, a presença de estigmas, ao medo do abandono e à manipulação de informações, que resgatam a todo instante a experiência vivenciada durante a internação num hospital psiquiátrico. E apesar da rápida passagem por esse local, as transformações identitárias foram intensas, refletindo-se ainda hoje em sua forma de ser e de estar no mundo.

A seguir acompanhemos mais uma história. Passemos, agora, a conhecer a identidade de Verônica.

4.3 VERÔNICA

Verônica é uma mulher de 43 anos que trabalha como vendedora numa loja do comércio. Teve dois filhos, sendo um deles assassinado há seis anos. A outra filha, apesar de manter contato rotineiramente, mora fora do Estado há aproximadamente três anos. Segundo ela, seu ex-marido, falecido há cinco anos, era alcoólatra, muito violento e a maltratava. Hoje mora com outro companheiro, tem apoio de sua mãe idosa que mora próximo dela. Começou a frequentar o CAPS desde o ano de 1997, porém com maior intensidade após a morte de seu filho. Na descrição que segue, observamos que o adoecimento mental de Verônica, ao contrário dos outros sujeitos até aqui apresentados, não tem tido correlações às experiências da sua infância e adolescência. Os relatos de sofrimento, mudanças de comportamento e procura de serviços de saúde mental especializados só surgem após as experiências de vida recorrentes do seu primeiro casamento:

Tem aproximadamente uns 15 anos que comecei a vir para o CAPS; tive depressão por causa do marido. Ele era alcoólatra, e batia em mim, mas como eu era jovem e gostava dele suportava. De repente quando eu voltava do trabalho, travei no meio do caminho, não consegui sair do local, e resolvi buscar uma ajuda psicológica. Procurei o CAPS em 97 e fiquei sendo acompanhada. Meu filho não era violento, mas como não podia enfrentar o pai e me defender, ele de repente rasgava os cadernos e quebrava as canetas. Teve um dia que os meninos estavam dormindo abraçados comigo, e ele bêbado disse ao meu filho que ele não era meu macho, e pegou o menino pelo pescoço. Nesse dia eu tive coragem e liguei para a polícia. Eu sofri bastante psicologicamente. O medo se transformou em raiva. Trouxe meu ex-

marido para o CAPS, e ele melhorou seis meses, depois continuou do mesmo jeito. Então, saí de casa e fui para a casa de minha mãe. Ele me ameaçou e eu tinha medo. Comecei a me amar mais, fui para a delegacia das mulheres, consegui alugar uma casa e peguei meus filhos. Depois arrumei um companheiro e fui morar com ele e meus filhos. Um dia meu ex-marido foi comprar pão e teve um tiroteio de polícia com bandido e uma bala perdida pegou nele, e ele morreu. (Verônica).

Percebemos que na história de Verônica seu adoecimento começa a partir do momento que passa a ser vítima dos maus tratos do seu primeiro marido. Verônica sofreu agressões físicas, humilhações e ameaças que só contribuíram para o estabelecimento de um medo intenso e patológico. Era o medo de perder o marido que gostava, o medo do marido retornar embriagado para casa, o medo de ser agredida mais uma vez, o medo dos filhos serem maltratados, o medo de morrer e os filhos ficarem desamparados, o medo de se separar e os filhos não terem a referência de uma família, o medo de deixar sua casa. Enfim, medo de todas as consequências que a dependência química e a violência doméstica cravam na identidade de um sujeito.

Hoje a temática sobre violência doméstica tem sido foco de discussões políticas, teóricas e investigativas, principalmente por provocar a violência conjugal, uma violência contra a mulher cometida pelo seu próprio parceiro no contexto de uma relação afetiva e sexual.

A literatura expressa que esse tipo de violência tem condensado formas de violência física, sexual, emocional ou psicológica que geram grandes alterações na construção de uma identidade, a exemplo disso é a manutenção de um relacionamento violento, muitas vezes por medo e insegurança diante das ameaças feita pelo parceiro,⁴⁹ como ocorrem com Verônica, que suprime suas vontades e desejos, tentando se adaptar às situações gerando muitas retaliações na sua identidade antes mesmo de receber qualquer espécie de diagnóstico ou intervenção de qualquer profissional da saúde. Já percebemos em Verônica, que mesmo sem ocorrer perdas decorrentes de mortes, tinha-se iniciado o processo do que Goffman define por “mortificação do eu”.

A violência doméstica é responsável por sequelas nocivas ao desenvolvimento do eu. É comum vítimas desse tipo de violência visitarem frequentemente ao médico, fazerem uso abusivo de medicamentos, apresentarem pensamentos suicidas, depressão, insônia, pesadelos, agitação, ansiedade, dificuldade de tomar decisões; além de que crianças em cuja família ocorre violência contra o parceiro têm probabilidade de duas a quatro vezes maior de serem vítimas de maus tratos, quando comparadas com crianças cujas famílias não vivenciam esse fenômeno.⁵⁰

Em Verônica, essa probabilidade chegou a concretizar-se. Seu filho também sofria de maus tratos diretos. Mesmo que não sofresse, ele estava presente em um ambiente hostil, pouco saudável para o seu desenvolvimento. Para crianças desse tipo, existe a probabilidade de vir a apresentar problemas severos de ajustamento ao conviver com mães em depressão e sintomas de trauma, e isso vem a confirmar que o ajustamento da criança é fortemente influenciado pelo funcionamento parental.⁵⁰ Acompanhemos logo a seguir a história construída pelo filho de Verônica, quando começa a desenvolver problemas de ajustamentos na convivência, indiciados primeiramente na escola, e com o passar dos anos no mundo da criminalidade:

Aconteceu um fato de o meu filho ser parecido com um menino que roubava bicicleta, e um senhor disse que ele tinha roubado a bicicleta do filho dele. Eu me sinto culpada com isso, porque eu fiz meu filho dizer quem foi. Então esse menino [que roubou a bicicleta] começou a perseguir meu filho, o espancou, tentou matá-lo. E foi criando um ódio no meu filho que um dia ele matou esse menino. Eu o escondi por dois dias, e depois o entreguei para a polícia. Ele não ficou preso porque tinha residência fixa, mas depois disso eu não tive mais sossego, ele foi para o Centro de Reeducação de Menores (CRM), passou seis meses, voltou a estudar, mas começaram as perseguições, a mãe do menino que meu filho matou começou a contratar pessoas para matar meu filho. Meu medo continuou, eu não conseguia ver uma moto chegar perto de mim, meu filho ficava mudando de endereço. Quando ele saiu do CRM, saiu conhecendo usuários de drogas, assassinos, estupradores, e começou a entrar em roubo de carro. Quando ele estava no presídio era aquela humilhação, tristeza e angústia; primeiro dava o nome, depois tudo que você levava era mexido para ver se tinha alguma coisa, depois tinha que tirar a roupa, isso tudo doía. Mas quando eu estava com meu filho eu esquecia tudo. Minha filha dizia: porque a vida da gente é assim mainha? Desde criança que a gente só sofre. Passa-se um ano e meu genro montou um bar e matou um homem. Prestaram queixa do meu genro e eles foram morar fora do estado e isso não deixa de ser mais uma perda. Estou com meu companheiro porque eu comecei a ficar com medo de dormir sozinha, comecei a escutar vozes, pois na hora que meu filho foi assassinado ele ficou chamando por mim. E quando eu escutava começava a chorar, ficar impaciente no trabalho, comecei a mudar meu comportamento. Quando eu ia atender os clientes ficava torcendo que fosse embora, se fosse pegar mercadoria em outra loja eu não ia, porque achava que ia desmaiar no meio do caminho, que alguém estava me seguindo, e acabava passando a venda para outro colega. Vim buscar ajuda outra vez porque comecei a escutar vozes, e como eu já tinha ficha aqui no CAPS fui acolhida novamente. (Verônica)

Quanto sofrimento na história de Verônica! O assassinato numa família modifica toda sua dinâmica. Antes da perda com a morte do filho, observamos várias perdas em sua identidade ocorridas pelas situações que passara durante os anos. A primeira delas foi a perda da tranquilidade, pois a necessidade de submeter-se a mudanças de endereço, fugindo dos lugares em que seu filho, ameaçado de morte, pudesse ser reconhecido. Como deve ter sido árduo para Verônica não assumir sua identidade e a dos seus filhos. Outra mutilação ocorrida

na identidade foi ter que aceitar o caminho escolhido pelo filho por fazer parte do mundo da criminalidade, caminho totalmente contrário aos seus ensinamentos e orientações referente à honestidade e justiça.

Mais uma mutilação do eu encontrada em Verônica foi a humilhação sentida durante a revista no presídio ao visitar seu filho. Nesse sentido, a identidade é totalmente violada. Aqui percebemos a perda da autonomia ao ter que aceitar, mesmo contra a sua vontade, ser apalpada, às vezes até sem o mínimo de respeito e nem privacidade, principalmente quando “tinha que tirar a roupa”. Analisamos também que durante sua entrada no presídio automaticamente estava sujeita a regressão de sua identidade singular para uma identidade coletiva sem direito a nenhuma particularidade, Verônica no presídio passava a ser somente “mais uma” pessoa que deve seguir os mesmos protocolos determinados pela instituição.

Outro fator merecedor de destaque é a deterioração da imagem positiva de pessoa “honesta e confiável”, a partir do momento que expressa “tudo era mexido”, para tomar posse de uma identidade não confiável, que a qualquer instante poderá colocar em risco a segurança e ordem da instituição.

Ainda encontramos em Verônica um sentimento de culpa pelos acontecimentos iniciais que marcaram a trajetória do seu filho, pelo cultivo do ódio que começou a nutrir pelo adolescente que o perseguia e algumas vezes o violentava. Entretanto, ela também deixa claro que muitos acontecimentos que se sucederam partiram de suas escolhas e condições. O sistema sociopolítico e econômico é quem dita as regras, e muitas situações que acontecem na alta modernidade, como a violência e a criminalidade, passam a ser consequências do tratamento que as pessoas, muitas vezes vítimas, recebem da sociedade.

Algumas pessoas passam a desenvolver o ódio e a cometer crimes diante da violência e trauma que sofreram, o que parece ter acontecido ao filho de Verônica.⁵¹ Temos que considerar que questões subjetivas, psicológicas envolvem também o compromisso da sociedade em promover um viver seguro, digno de valor, que seja prazeroso, criativo, ético, agradável e satisfatório às necessidades básicas.

O sentimento de culpa presente nitidamente quando Verônica se expressa com fortes emoções, também pode ser entendido frente à ambivalência que as mães passam ao ter que decidir qual o melhor caminho para a educação de seus filhos. Os arquétipos de mãe nutridora e de mãe ameaçadora, referidos por Jung, estão presentes o tempo todo no imaginário dessas mulheres. A visão da mãe ideal, responsável pelo bem-estar psicológico e emocional da

família, ainda é bastante presente e quando isso não acontece as mães passam a gerar um sentimento próprio da "mãe desnaturada" e com isso há muito sofrimento.⁵²

Essa ambivalência materna de “mãe ideal” e “mãe desnaturada” coexistem lado a lado, em relação ao filho, produzindo sentimentos de amor e de ódio constantes. A dificuldade em enfrentar sentimentos como esses podem redundar em uma eterna culpa de que não esteja exercendo seu papel de mãe protetora ou nutridora, o que percebemos em Verônica ao obrigar seu filho a relatar o acontecimento, mesmo que isso tivesse para ela o sentido de que estaria ensinando o seu filho a fazer as coisas de forma correta. Porém, esse sentimento de culpa também pode levar muitas mulheres a questionarem “cada aspecto do que fazem, pensam, sentem, avaliando suas próprias experiências, buscando flexibilizar o padrão rígido e determinista cultuado socialmente” de mãe protetora e ideal.⁵²

Outro fator a ser considerado em Verônica foram as perdas, e principalmente a perda de seu filho, primeiro para o mundo da criminalidade e depois para a morte violenta. Para outros autores, a morte de um jovem é interpretada como interrupção no seu ciclo biológico e isso pode provocar sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia, sendo difícil para uma mãe aceitá-la quando acontece precocemente e de forma inesperada.⁵³ Os sentimentos vivenciados pelas mães que perderam seus filhos por homicídio alimentam entre outros fatores “a necessidade de expressar a dor e falar sobre a tragédia vivenciada, o que pode caracterizar possível fator de risco para o desenvolvimento de um luto complicado”.^{53:2}

É possível observar que ao falar do filho assassinado Verônica se emociona como se estivesse revivendo toda a história novamente. Isso pode ser compreendido, pela possibilidade que existe de uma mãe mumificar o filho na memória, ou seja, quando os sentimentos e o sofrimento gerados pela perda dos filhos são preservados e revividos a cada lembrança, mesmo que a circunstância tenha ocorrido há muito tempo.⁵³

O sofrimento mental de Verônica foi tanto que a levou a ouvir vozes. E o fato de ouvir vozes do filho a chamando, também pode ter relação com essas lembranças revividas nas falas e desejos ditos pelo filho antes de morrer, e isso pode gerar elevadíssimos níveis de angústia. Mas, é interessante frisar que esse processo de mumificação do filho, descrito pelos autores acima também pode ser o responsável pelo acalanto e diminuição da ansiedade ao guardar na memória lembranças agradáveis e vínculos de afeto, pois Verônica, mesmo emocionada e chorosa ao reviver as lembranças do assassinato, em alguns momentos ela sorri ao lembrar de situações vividas de bom relacionamento e convivência com o filho.

Ao escutar a história de Verônica observamos que muito sofrimento permeou sua vida. Quantas perdas, humilhações e culpas definiram caminhos, contribuindo para muitas transformações na sua identidade. Para tanto, conheceremos a seguir como Verônica se percebe depois de todos os acontecimentos que colaboraram em seu processo de adoecimento.

4.3.1 Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?

Quando questionada sobre qual a percepção que tem quanto a si, relata mudanças em seu comportamento antes mesmo de ser acompanhada pelo CAPS. O acúmulo das situações relatadas anteriormente que ocorreram em sua vida, a pressão psicológica e a violência sofrida juntamente com o medo que identificamos no primeiro depoimento de Verônica, contribuíram para o aparecimento da síndrome do pânico, principalmente quando recorda do desconforto sentido ao sair do trabalho em direção a sua casa em que precisou pedir ajuda a pessoas estranhas. Então, foi percebendo essas mudanças em seu comportamento que a motivou a buscar um tratamento especializado:

Fui para uma consulta particular e o médico me informou que eu estava com a síndrome do pânico. Ai eu disse, mas não esta acontecendo nada comigo. E o médico respondeu: - eu vou lhe explicar o seguinte, você é um copo que está em baixo de uma torneirinha de um filtro e ali vai pingando e uma gota que não tem nada haver de repente transborda, foi o que aconteceu com você. Ele me encaminhou para um psicólogo e um psiquiatra. Aí eu procurei o CAPS.

A procura do CAPS aconteceu antes mesmo da morte de seu filho. Verônica vinha sofrendo ao longo dos anos muita repressão, medo e perseguições que acabou culminando com o aumento do nível de ansiedade gerada por tais situações. No entanto, no seu relato, verificamos que sua ida ao CAPS iniciou em regime de atendimento ambulatorial, passando a ser acompanhada diariamente após a perda do filho quando passou a apresentar desânimo e isolamento social:

Em casa assistia televisão, comprava livro de autoajuda, filmes, filme de piada, eu tentava, mas era um frio, podia ser o lugar que fosse era um frio e eu assistia televisão e ali mesmo eu dormia. Não queria comer, só queria andar no escuro. (Verônica)

A percepção de Verônica quanto a si revela características presentes em pessoas que vivenciam o sofrimento mental. A evidência do humor deprimido e a alteração da vontade fazia com que cada vez mais evitasse o contato social. Mas, por fim, Verônica retorna ao CAPS revelando além desses sintomas outros como alterações da sensopercepção, já descritos

nos depoimentos iniciais. No CAPS, sua percepção sobre o adoecimento mental tem gerado nela algumas reflexões:

Nós somos seres humanos independente de qualquer coisa. A doença mental é só um estralar de dedos para se ter uma crise. (Verônica)

A percepção que passa a ter sobre o processo do adoecimento parece levá-la a compreensão de que qualquer pessoa está susceptível a transformações de sua identidade diante de uma crise que a leve ao processo do adoecimento. Todos nós podemos desenvolver transtornos mentais diante da inabilidade de lidar com uma crise. Para Stefanelli, a crise é “como um estado emocional de desequilíbrio evidenciado pela inabilidade para resolver o problema perante a situação ou evento, real ou percebido, que envolve mudança, perda ou ameaça biológica, psicológica, social, cultural ou espiritual”.^{54:628}

Então, para Verônica, qualquer pessoa poderá se deparar com situações na vida que não consiga resolver sozinha. Outra questão que Verônica identifica é a forma com que passou a se perceber depois do adoecimento mental. Hoje,

Eu me acho uma pessoa determinada, se eu quiser uma coisa eu batalho, eu só não consigo se não der mesmo para conseguir. E não quero passar por cima de ninguém. Aprendi a valorizar mais as coisas, mais as pessoas, a minha mãe não era tão carinhosa com ela. Eu hoje me sinto uma pessoa mais responsável, e depois que eu perdi meu filho, não tenho medo mais de nada, nem de morrer, agora fiquei com medo de perder alguém que eu goste, de ter mais uma perda. (Verônica)

Percebemos que Verônica se mostra como uma pessoa determinada, com objetivos claros de vida e que passa a resgatar os valores da família, aprendendo a ser mais carinhosa, responsável, resiliente. Por vivenciar perdas tão drásticas refere medo de outras perdas, vejamos o relato a seguir:

Eu descobri que não sou tão fraca como eu penso, nem tão forte como penso [...]. Eu aprendi que das coisas ruins a gente deve espremer e tirar alguma coisa boa, a vida não é fácil para ninguém, e eu aprendi que, quando estou querendo ficar triste eu invento alguma coisa, tento reagir. Se eu perceber eu vou fazer faxina, tiro as coisas do guarda-roupa e chamo o pessoal para ajudar a dobrar, e assim eu faço para não ficar sozinha. (Verônica)

Verônica ao relatar que aprendeu a perceber que não é “tão forte nem tão fraca” nos faz refletir quão maleável a identidade pode se tornar nesses processos, demonstrando ora flexibilidade, ora resistência. Esta mudança de percepção sobre as coisas a fez compreender e resignificar o sentido da vida, resgatando a potencialidade que tem em seu interior, e externalizando seus sofrimentos quando assim sente a necessidade.

Deste modo, essa nova adaptação ao reinterpretar as situações vividas de elevado estresse favorece o surgimento de novas formas de lidar com a questão, como prova de força, resiliência e protagonismo. Assim, para Verônica, a resiliência se relaciona ao manejo de recursos pessoais e contextuais que possibilitam enfrentar os riscos das exigências cotidianas.⁵⁵ Verônica parece ter desenvolvido a resiliência diante de tantas formas de sofrimento, que ela refere ter aprendido a lidar melhor com as adversidades da vida. Para Gofman, a pessoa estigmatizada, “pode ver as privações que sofreu como uma bênção, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar a uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas”.^{1:20}

Com a resiliência, aprendendo a se conhecer e a identificar suas vulnerabilidades, Verônica mesmo sem se considerar uma pessoa feliz conseguiu resignificar a emoção para viver com alegria e vitalidade. Vejamos:

Eu me vejo uma pessoa alegre, eu sempre me considerei alegre, mas feliz não.
(Verônica)

Se por um lado sentir-se plenamente feliz é difícil por tantas experiências negativas, a alegria lhe serve de defesa para amenizar a dor sentida. Ela hoje trabalha com ponderação e tem planos de voltar a estudar:

Trabalho somente três dias e eu não quero abusar. Tenho o primeiro grau incompleto. Quando eu estava terminando, engravidei e parei aí depois, meu marido não deixava, depois quando eu voltei aconteceram aquelas coisas com meu filho. Eu ia para a aula todos os dias, mas não absorvia nada. Hoje pretendo concluir meus estudos, fazer um supletivo, até porque estou me sentindo mais capaz. (Verônica)

Verônica, além do trabalho e da vontade de estudar, relata ao término de sua entrevista que tem vontade de fazer um curso de fotografia, pela necessidade de fazer algo que gosta. No entanto, ressentida das alterações em seu comportamento em alguns momentos que dificulta o alcance da produtividade:

Porque você me vê assim bem, mas tem hora que eu estou em casa e dá vontade de quebrar tudo. (Verônica)

A mudança de comportamento, típica do transtorno, provoca algumas alterações na identidade de Verônica, deixando-a mais irritada e até agressiva. Essa vulnerabilidade interfere na percepção de si e pode alterar sua autoestima, tornando-a insegura da capacidade de realizar seus projetos de vida, pois nos produzimos e somos produzidos pelas ações que realizamos,⁵⁶ ou seja, construímos nossas identidades constantemente, e isso pode ter reflexos

positivos quando agimos de forma esperada pela sociedade, e reflexos impeditivos quando não atendemos a nossas próprias expectativas e às expectativas socialmente delineadas.

Outra percepção que Verônica tem de si é a de uma pessoa dependente de medicações psicotrópicas:

Eu só durmo quando eu tomo remédio. Se eu não tomar o remédio eu não durmo.
(Verônica)

No entanto, Verônica não expressa incômodo em ter que tomá-las, nem tampouco revolta, se o uso desses remédios a impede de trabalhar ou de ter uma vida social ativa. Porém, não se pode negar que o uso desses medicamentos tem influenciado totalmente sobre a percepção que os colegas de trabalho de Verônica possuem em relação a sua identidade.

4.3.2 Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?

O fato de Verônica pedir aos colegas de trabalho para lembrá-la de tomar algumas medicações psicotrópicas após a refeição se traduz em diversas informações sociais, para além da administração de um simples remédio. A imagem que os colegas passaram a construir de Verônica, após esse pedido, tornou-se muito distinta da imagem que possuíam dela antes do uso dessas medicações. Vejamos em seu relato:

Eu nunca me lembrava de tomar o remédio depois do almoço, então, eu pedi lá na loja para me lembrarem de tomá-lo. Aí começaram àquelas brincadeirinhas chatas, que até hoje tem. Eu não podia fazer nada que diziam: - É a louca! E isso me irrita. Só que eu saía, ia para a praça chorar, depois voltava e dizia fui ali resolver um negócio, para eles não me verem chorando. Outra vez diziam: - Já tomou seu remédio hoje? Isso até hoje magoa, mas eu aprendi a lidar. Aí eu chamei cada um à parte e disse: - Me façam um favor, não pergunta se eu tomei o remédio hoje não, porque isso me dói tanto (fala isso chorando, bastante emocionada). Eles diziam: Então tá certo, me desculpa. Mas de vez em quando sai sem querer, pelo hábito e costume. Aí eles pedem desculpas. (Verônica)

É nítido o preconceito de seus colegas para com Verônica, sem nem ao menos eles próprios perceberem. Para Goffman, “os signos que transmitem a informação social variam em função de serem, ou não, congênitos e, se não o são, em função de, uma vez empregados, tornarem-se, ou não, uma parte permanente”.^{11:55} Ele ainda complementa que, quando esses signos são utilizados contra a vontade do informante, estes tendem a serem símbolos de estigma. O remédio para Verônica é um signo não permanente, pois não traz características congênitas nem se refere à mutilação permanente de seu corpo, mas que está carregado de informações que podem tornar o estado que Verônica se encontra como permanente, em que

ao tomar medicação psicotrópica jamais deixará de ter problemas psiquiátricos aos olhos de seus colegas de trabalho. E os estigmas sofridos acabam por si só alterando seu estado de humor e sua autoestima.

Outra característica que merece ser destacada é a simbologia de uma medicação psicotrópica. “É possível que haja signos cujo significado varie de um grupo para outro, que a mesma categoria seja diferentemente caracterizada”.^{11:56} O que podemos inferir, segundo Goffman, é que a medicação pode ter diferentes conotações de acordo com a situação usada. Para aquelas pessoas que não fazem tratamento contínuo em nenhum serviço de atenção psicossocial ou psiquiátrico, o sentido de tomar medicação psicotrópica é como utilizá-la somente para fins de tranquilização como, por exemplo, após a morte de um ente querido, uso passageiro. Porém, para os que tomam diariamente e em acompanhamento especializado como é o caso de Verônica, o sentido é outro. É dado um significado estigmatizado de que a pessoa que assim o usa é diferente das outras que não o usam.

Parece que interligado ao uso contínuo de uma medicação está a ideia de que usá-la é absolutamente necessário para manter-se sob controle e de que tomando-a seu comportamento estará mais adequado aos padrões da sociedade. Diante disso, a revelação de que faz uso traz à tona todo o estigma constituído. Para Verônica, o não ocultamento do uso de psicotrópicos e provavelmente do seu adoecimento acabou por magoá-la, conforme o depoimento anterior.

A ideia de transtorno mental para a população ainda está relacionada à conceituação errônea e carregada de estereótipos sobre o adoecimento mental, socialmente presente há décadas. Assim, a imagem que se tinha do transtorno mental é de algo sobrenatural, desumano, endemoniado, coisa de gente pecadora ou preguiçosa que não gosta de trabalhar e que traz ameaça para a convivência social harmoniosa. A pessoa dita “louca”, muitas vezes tida como perigosa, apresentaria um risco para a segurança da população, sendo necessária sua exclusão do meio social, isolamento em locais distantes da cidade, sombrios, superlotados, tratados como pessoas não dignas de uma assistência adequada e esquecidos por muitos.^{42, 44, 56}

Nota-se que nas relações sociais as próprias pessoas estabelecem locais que devem ser frequentados por todos, e outros que sejam frequentados apenas por pessoas que não se comportam igualmente aos demais. Muitas vezes a ideia que a população possui sobre os locais de tratamento também resgata a imagem de periculosidade e a forma de tratamento psiquiátrico baseado no tratamento moral sugerido por Pinel, no qual se mantêm as pessoas trancafiadas em hospitais psiquiátricos isoladas do convívio social.^{1, 56, 57} Vejamos o que

Verônica relata sobre a ideia que seus colegas de trabalho possuem sobre as pessoas em acompanhamento nos CAPS:

Outro dia disseram: - Ela vem do CAPS, ela vem dos doidos. E eu disse: - Dos doidos não! Venho dos meus amigos, não são doidos, são pessoas iguais a vocês. - Ah mulher, tu é doida mesmo! [...] Eu tiro por mim mesma, se eu fizer uma brincadeira, justificam logo: essa peste é doida! (Verônica)

A frase “ela vem dos doidos”, da forma como descrita por Verônica, estabelece uma Identidade Social. As pessoas já identificam a identidade de outros mesmo sem os conhecer, diante da informação social que o local que elas frequentam passa a transmitir. A identidade social e pessoal de um indivíduo “divide o seu mundo de pessoas e lugares”.^{11:102}. O CAPS é um serviço que atende pessoas adoecidas mentalmente e isso faz com que a população imagine que ali permanecem pessoas perigosas e com todas as características estigmatizadas já descritas no parágrafo anterior.

O estigma oculta uma dupla perspectiva: “assume o estigmatizado que a sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente, ou então que ela não é nem conhecida pelos presentes e nem é imediatamente perceptível por eles”.^{11:14} Quando se sabe, estamos lidando com a condição do desacreditado e, quando não se sabe, com a condição do desacreditável.

Nesse aspecto, Verônica torna-se desacreditada, pois não esconde sua condição de pessoa acompanhada pelo CAPS e que passa pelo processo de adoecimento mental. As informações expostas por ela parece não ter tanta credibilidade, principalmente quando reivindica algo ou expressa o que sente, o que é prontamente traduzido em comportamento não desejável, provavelmente por ser uma pessoa que poderia ter sido facilmente aceita nas relações sociais cotidianas, mas que por possuir características diferentes das esperadas é afastada da possibilidade de mostrar-lhes outras de suas características.¹¹ Assim, a palavra “doido”, sinônimo de desagregação, termo bastante estigmatizado, parece estar carregada de descrédito.

Como consequência, defensivamente o indivíduo estigmatizado tende a ter as mesmas crenças daqueles que não o são e com isso a sensação de ser uma pessoa como qualquer outra, que merece um destino agradável e iguais oportunidades,¹¹ o que podemos perceber na fala de Verônica quando afirma: “são pessoas iguais a vocês”. Essa frase também pode ser compreendida como uma tentativa de fazer os colegas refletirem sobre o desprezo com que

eles tratam as pessoas em sofrimento, que estão vivenciando situações pelas quais também podem passar um dia.

Porém Verônica revela que o fato de conversar sobre isso com os colegas de trabalho, tentando mostrar a identidade das pessoas que assim como ela frequentam o CAPS, tem diminuído os preconceitos e melhorado a questão dos estigmas:

Outro dia tirei um monte de foto, revelei e mostrei a eles, e eu dizia: essa daqui esta no CAPS não é porque ela é doida não, é porque ela precisou de ajuda. [...] Isso poderia acontecer com você também. [...] Até eles começarem a respeitar. Assim, eles não riem mais, se eles riem é por trás, mas eles começaram a respeitar e a mudar. (Verônica)

A mudança de percepção que os colegas de Verônica passam a ter ou que ao menos ela identifica (pois segundo Goffman ela jamais terá a certeza disso) também se reflete na compreensão para consigo mesmo. Eles começam a entender que Verônica muda de humor devido aos seus problemas e ao transtorno que desenvolveu. Eles passam a entendê-la e ajudá-la como o exposto abaixo:

Quando eu estou “*depre*” eles percebem. Eles dizem: vai para o CAPS se tratar que hoje tu não estás bem. (Verônica)

Porém, em algumas situações, Verônica relata o mesmo que acontece com Lê, a primeira entrevistada do estudo, as pessoas menosprezam o que ela sente ou duvidam de seu sofrimento.

Mas até hoje eles dizem: - Isso daí não é doida não, isso daí é sabida! Às vezes eles falam assim comigo. Aí eu digo: - Sabe minha gente, eu acho que sou as duas coisas, uma coisa eu digo a vocês eu nunca fui certa. Aí eu comecei a aliviar. Mas tem dia que quando eles dizem se eu já tomei o remédio. Dá vontade de pular no pescoço. Aí eu vou e saio. (Verônica)

Aqui, além da dúvida expressa pelos colegas de trabalho, também percebemos outros dois aspectos. Ou poderemos entender essa colocação de Verônica pelo viés do surgimento de outro estigma embutido, em que para a sociedade a pessoa que tem transtorno mental tem o nível intelectual comprometido, sendo improdutivo; ou poderemos compreender que pode usufruir, mesmo que não perceba, de ganhos secundários por possuir transtorno mental. A pessoa “estigmatizada usará provavelmente o seu estigma para “ganhos secundários”, como desculpa pelo fracasso a que chegou por outras razões”.^{11:20}

Sendo assim, manipular algumas informações para se estabelecer ganhos, poderá contribuir para a não revelação de estigmas. Vejamos o depoimento abaixo:

Às vezes eu estou tão agitada. Durmo no canto e o pessoal pergunta se estou sentindo alguma coisa, e eu digo que não, que estou com cólica. (Verônica)

Esconder uma informação, dependerá do fato de conhecermos ou não o outro pessoalmente, e se algumas informações são claramente aparentes, o interesse pode ser limitado.¹¹ No caso de Verônica, o fato de revelar que está com cólica é menos danoso do que dizer que não está bem mentalmente, talvez para ela seja mais inteligente dissimular para o colega de trabalho que está com um desconforto menstrual do que realmente revelar que está com uma crise emocional, o dano repercutido pela informação talvez seja menor e mais aceito como normal.

Já em relação à percepção que os colegas do CAPS têm sobre Verônica, difere um pouco da percepção dos colegas de trabalho. Para os colegas do CAPS, Verônica não tem crises emocionais por demonstrar mais o jeito extrovertido e resiliente de ser. Vejamos abaixo:

O pessoal acha aqui [no CAPS] que eu não tenho crise, mas eu tenho, tem dia que lá na loja eu começo a chorar, e vou embora porque não estou me sentindo bem. Tomo o remédio, me enrolo e durmo. (Verônica)

Isso pode acontecer porque com o passar do tempo, segundo Goffman, uma característica pessoal distinta dos padrões sociais começa a ser aceita entre as pessoas que convivem com ela e tende a se naturalizar. Outro fato também expresso pelo mesmo autor é que quanto mais o indivíduo se alia aos normais mais é possível que não se considere estigmatizado.

Quanto aos profissionais do CAPS a percepção de Verônica é a mesma, vejamos:

Acho que eles [os profissionais] me veem como a mais alegre da turma, mas que no fundo, no fundo eles sabem que eu não sou isso tudo, porque são profissionais e eles entendem. Acho que eles me veem como a paciente mais centrada, e mais consciente. Eles explicam e eu fico prestando a atenção. (Verônica)

É interessante que Verônica apesar de perceber-se como a “mais centrada” aos olhos dos profissionais entre aqueles acompanhados pelo CAPS, considerando sua atenção preservada, ela também percebe que os profissionais sabem que possui problemas, mas que, no intuito de preservar a sua autonomia e autoestima, estimulam a sua participação em atividades que exige concentração e iniciativa, muitas vezes fora do ambiente CAPS.

Verônica foi escolhida como representante do grupo de usuários para reivindicar melhorias para o serviço. Porém, enquanto é estimulada a reivindicar seus direitos por alguns

profissionais do CAPS, já outros na tentativa de não perder o controle diante da “autonomia permitida” ou talvez de controlar a mensagem que poderia ser exposta, impedem Verônica de se posicionar, como podemos perceber no depoimento a seguir:

Já quando eu estava na secretaria e ia falar alguma coisa, o profissional Z fazia um gesto com o dedo indicador dizendo para eu não falar nada, que depois ela dizia e eu estava fazendo lá o quê? Não me sentia reprimida porque se eu quisesse falar eu falava, mas eu comecei a estudar seu comportamento. (Verônica)

Demonstrar estímulo a sua participação em atividades políticas externas não exclui a tentativa de controle de poder. O CAPS precisa compreender que o fato de se ter transtorno mental não é fator impeditivo ou limitante para exercer autonomia, pois observamos que o CAPS encontra-se em transição de modelo, e por isso as formas de tratamento que acontecia no modelo psiquiátrico ainda continuam em menor escala.

Para Roteli,⁵⁸ a psiquiatria é uma ciência de renúncias, em que se renuncia imaginar numa possível recuperação, cura ou transformações de vida. Tendo-se essa ideia como pano de fundo, surgem então os chefes de jaleco branco criando espaços que não possuem relação com as necessidades das pessoas e sim com a contenção de seus comportamentos.

O fato do profissional Z, no relato acima, não considerar válido ou ao menos temer o que poderia ser dito retoma a questão do desacreditado que Goffman se refere em sua obra. É como se a palavra dita por Verônica não tivesse o mesmo valor da palavra revelada pelo profissional ou que o profissional em sua “sã consciência” tivesse o poder totalizante sobre sua custódia.⁵⁷ Diante disso, Verônica expressa que começou a observar a postura do profissional. Isso ocorre porque o “estigmatizado torna-se um crítico da cena social e um observador das relações humanas [...]. Ele pode tornar-se ‘consciente da situação’ enquanto os normais presentes estão espontaneamente envolvidos na situação”.^{11:122}

A análise crítica da situação também perpassa pelo contexto familiar. Para Goffman, “essa extensão da consciência pelas pessoas estigmatizadas é reforçada [...] por sua sensibilidade especial às contingências da aceitação e da revelação, contingências as quais os normais serão menos sensíveis”.^{11:122} Observemos o relato de Verônica a respeito de seu companheiro:

Quando meu filho faleceu eu chorava e meu companheiro perguntava por que eu estava chorando. De novo! Isso me irritava. A falta de compreensão e sensibilidade dele. (Verônica)

Para Verônica, a falta de sensibilidade do atual companheiro em relação ao que sentia também se entende para a ausência dos afetos. Parece que para alguns membros da família os afetos são desnecessários se um transtorno mental está presente e a pessoa toma medicação controlada que altera a libido. A identidade de Verônica que fora construída pelo marido é de uma pessoa que a partir do momento que adoece mentalmente se torna assexuada, que não sente desejos e que não necessita de carinho. Vejamos a seguir:

Eu chego lá meu marido nem me procura mais porque esses remédios tira o apetite sexual tanto no homem quanto na mulher. Aí a mulher pode não sentir a carência sexual, mas sente a falta de carinho, do abraço, do beijo. (Verônica)

Além disso, alguns familiares também têm uma visão distorcida de quem adoece mentalmente, construindo para essas pessoas uma identidade triste, melancólica, cheia de sofrimento e dor. Parece que para os familiares expressar alegria é algo estranho para a realidade dessas pessoas. Verifiquemos o que a mãe de Verônica expressa:

Ela [a mãe] veio para a festa da quadrilha e comentou que todos eram alegres, e eu disse e a vida tem que ser triste? É tudo alegre assim como eu. – Mas dão trabalho assim como tu? – Alguns dão eu acho, não sei dizer.

A mãe de Verônica além de ter uma ideia estereotipada de tristeza constante entre as pessoas que adoecem mentalmente, ela também traz o questionamento sobre se “dão trabalho”, o que implicitamente remete que a pessoa adoecida pode ser um peso na vida dos cuidadores exigindo muito da família, ou seja, para os familiares cuidar de pessoas com transtorno mental pode se tornar, aos seus olhos, uma tamanha sobrecarga, .

Estudos também confirmam que familiares estão sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos. Ele ainda retrata que o conceito de sobrecarga foi “desenvolvido para definir encargos, econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social”.^{60:76}

Ou seja, a sobrecarga também pode ser social, para a família possuir um membro com o status de doente mental, pode ser sinônimo de ter que renunciar seu tempo para cuidar do outro, de ter gastos financeiros e dedicação durante o tratamento, de carregar o estigma da sociedade incomodando-se com os preconceitos direcionados às pessoas queridas, mas também pode ser gratificante a construção e manutenção do vínculo.

Por isso como o outro me vê fará a total diferença na reabilitação psicossocial. Entretanto, é importante observarmos como Verônica também os enxerga e como percebe todos os outros que fazem parte de seu convívio.

4.3.3 Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?

Para Verônica, sua família fica muito ausente, não procura entender o que se passa quando está em sofrimento psíquico, não interage com os profissionais do CAPS, nem frequenta as reuniões em que os profissionais explicam como lidar com um familiar adoecido. Segundo ela:

O CAPS se esforça, mas é justamente isso que falta, a família interagir. Eu quando entrei aqui não trouxe minha mãe porque ela não saberia responder as perguntas e ia ficar preocupada, então, eu trouxe meu irmão como responsável, mas meu irmão nunca veio para uma reunião de família. Ele só veio me colocar aqui, mas ele nem pergunta a mim: - Tá melhor minha irmã? A gente mora perto, mas ele vai à minha casa e só pergunta, tem cerveja aí? (Verônica)

Essa fala evidencia o despreparo da família e do entorno social em lidar com a pessoa que necessita de ajuda. Nessa política de atenção psicossocial a família deve ser protagonista do cuidado e deve exercer um papel importante na reabilitação social das pessoas em sofrimento mental.⁶¹ No caso de Verônica, seus familiares estão muito ausentes e eles poderiam ser uma fonte de apoio. Verônica ainda acrescenta:

Marido, pai, mãe, filho, irmão essas coisas tem que comparecer mais. Eu não venho para a reunião de família porque eu sou a paciente (fala sorrindo), e a minha mãe não vai entender nada. [...] Uma vez eu peguei um ônibus e a pessoa disse: - Deixe-o sentar que ele tem problema mental! Precisa dizer? Alguém perguntou? (Verônica)

Confirmamos nitidamente com esse depoimento a falta de preparo da família em lidar com a pessoa em processo de adoecimento mental. O fato de o acompanhante revelar publicamente estar com uma pessoa com transtorno mental, sem querer prejudicar e com o intuito de proteger, pois está buscando acomodá-lo no ônibus, traz consigo uma gama de estigmas sociais que colaboram para a construção de uma identidade social virtual de uma pessoa diferente e que pode necessitar ser perigosa, sendo responsável por resgatar sentimentos de medo, piedade ou de repugnância da população para com o estigmatizado.

Para Verônica, nessa situação, não seria necessário o familiar revelar o estado de doença que o acompanhante possui, o que só colaboraria para o surgimento ou o aumento do preconceito. Ao resgatarmos Goffman, percebemos que nem sempre o estigma será evidente,

e que em algumas ocasiões será necessário optar por ocultar informações sobre sua pessoa para não cair em descrédito. Então, o apoio da família nesse sentido é crucial para que haja uma forma menos constrangedora de lidar com esses aspectos.

Quando esse apoio não é possível, a pessoa em sofrimento acaba sentindo-se desamparada em alguns momentos. No entanto, quando a família deixa falhas nessa rede de apoio, outros personagens podem surgir para ajudá-los, no caso de Verônica as amigas foram de fundamental importância:

Minhas amigas diziam que eu não era assim, que eu era uma mulher guerreira, e como eu ia me deixar cair assim? As amigas diziam: Vamos sair, eu quero-te ver Alegre! E eu dizia: - Eu não vou! - Ah, você vai. E foi assim que elas foram me ajudando. (Verônica)

Além das amigas, o chefe no trabalho também tem colaborado compreendendo as mudanças de humor que tem atingido seu estado de ânimo durante as vendas. Verônica explica que trabalha três dias na semana por causa do tratamento que precisa frequentar no CAPS. Quando não está bem, repassa a venda para outro colega e sai um pouco da loja. Para ela, um gerente compreensivo, que não cobra em situações que ela não está bem, faz toda a diferença:

Eu não tenho cobrança do gerente, porque ele tem um filho com problemas de drogas, e quando não estou bem, saio sem pedir. Ai ele pergunta estava aonde? Aí eu digo estava andando. (Verônica)

No entanto, a compreensão do chefe só está presente porque, segundo Verônica, ele passa por situações semelhantes ao cuidar do filho que também sofre do adoecimento mental e isso o faz mais sensível a essa situação.

O CAPS também exerceu um influente apoio para a melhoria do quadro que Verônica se encontrava:

Quando eu não estava bem eu vinha para cá [CAPS] falar com a psicóloga. Ou qualquer um que tivesse aqui. (Verônica)

Outra fonte de apoio citada por Verônica foram as pessoas em acompanhamento no CAPS. Ela refere que quando estar junto a pessoas com problemas semelhantes aos seus, há a possibilidade de sentir-se à vontade para expressar os pensamentos que a incomoda. Vejamos a seguir:

Eu vi que aqui [no CAPS] tinha pessoas na mesma situação que eu, tinha pessoas em situações piores que a minha. E assim, a gente desabafa, forma uma família aqui a gente começa a se conhecer melhor. (Verônica)

Verônica também relata que, à medida que passa a conviver com os colegas do CAPS, vai aprendendo a se conhecer. Essa construção de identidade refletida na identidade do outro pode acontecer de forma parecida ao que acontecera com Patrícia, outro sujeito do estudo, que através do compartilhamento de experiências transmitidas pelos porta-vozes do grupo, Verônica acaba se identificando com as distintas, e ao mesmo tempo, semelhantes histórias.

Mas, apesar de enxergá-los como fontes de apoio, relata que os usuários do CAPS são muito dependentes, que ainda sentem dificuldade em desvencilhar-se do acompanhamento feito pelo serviço:

Eu os percebo super dependentes daqui. Acho que tem gente que tem medo de sair daqui, porque eles se sentem mais confortáveis em poder conversar um com o outro. Ele tem o acolhimento, a conversa que não tem em casa. Aqui eles se abrem mais, brincam, se mostram o que são. Porque se forem desabafar em casa e chorar, a família vai achar que tá em crise, e traz logo para cá ou interna. Não pode fazer uma coisa que tudo é crise, se chorar é crise, se rir é crise. (Verônica)

Nessa fala, algumas questões merecem destaque. A primeira delas é que o fato dos usuários tornarem-se dependentes do CAPS nos leva há algumas inquietações: o que é necessário para o CAPS exercendo seu verdadeiro papel de inclusão ou reinserção social? O que tem sido feito para reforçar a perspectiva da reabilitação psicossocial nestes serviços? Quais as iniciativas para o sucesso tem-se apontado? Inquietações como essas não serão refletidas somente nessa categoria, mas continuará na categoria seguinte quando resgataremos o trabalho do CAPS com as famílias.

Nesse caminho, iniciaremos as reflexões buscando a compreensão do que Saraceno⁶² se refere ao processo de reabilitação psicossocial: uma necessidade ética, uma abordagem ou uma estratégia global que vai além de passar um usuário de um estado de desabilidade para o de habilidade ou de um estado de incapacidade para o de capacidade. “O processo de reabilitação seria então um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”.^{62:16}

O processo de reabilitação no CAPS em que Verônica se encontra não deveria terminar em proteção contínua. Para reabilitar, seria necessário passar por uma proteção momentânea, mas que em seguida fosse trabalhado o “desmame” dessa segurança para inseri-la na rede social, incluindo-se o mercado de trabalho. O intuito seria torná-la cidadã que corre diversos riscos, mas com a capacidade e a retaguarda necessária para lidar com eles e com suas escolhas.

A impressão que temos é que os usuários sentem-se seguros ao frequentar o CAPS, pois para eles ali é um lugar protegido. Mas quem disse que o hospital psiquiátrico também não o é? O que irá diferenciar o tratamento é a abordagem ou estratégia escolhida para servir de base ao desenvolvimento do trabalho. Quando Verônica expressa que “acho que eles têm medo de sair daqui” talvez essa contratualidade não esteja sendo mediada para os diversos cenários de vida dessas pessoas.

Mas antes precisamos compreender como pode se dar esta contratualidade. Principiemos o entendimento pelo que seria poder contratual. “As relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que daria-lhe o seu poder contratual”.^{63:55}

No caso da pessoa estigmatizada pelo adoecimento mental, esse valor pressuposto anula seu poder contratual, pois para a sociedade seus bens são suspeitos, as mensagens são incompreensivas e os afetos estão desnaturados.⁶³ E devido a isso, o descrédito que Goffman tanto enfatiza se instala. Com essa dificuldade, imaginemos que há muitas mudanças na identidade dessas pessoas. Ter um emprego e de repente não o tê-lo, ter uma família e de repente ser excluído ou abandonado por ela, são alguns poucos exemplos das diversas perdas que acometem as pessoas que adoecem mentalmente e que tem efeito direto na (re)construção de sua identidade.

Por isso, para as pessoas acompanhadas pelo CAPS, seu poder de contratualidade precisa ser resgatado, com vistas a ampliar às suas autonomias. Pode também, ter sido esse, um dos diferenciadores que Verônica percebe entre ela e seus colegas de CAPS. Verônica tem apresentado elevado nível de contratualidade no CAPS e nos diversos cenários de sua vida e pelo visto, muitos dos seus colegas ainda se encontram distantes de tal possibilidade.

Porém, apesar dos seus atributos em relação a outros usuários do CAPS, Verônica relata não ter vergonha de cumprimentá-los em outros ambientes, nem esconde que faz tratamento lá:

Não tenho vergonha de jeito nenhum. Isso não me incomoda. Nunca tentei esconder. Eu faço questão de revelar as fotos e mostrar para o pessoal. Às vezes me dá saudade e eu vejo as fotos, choro... [...] Eles vão lá à loja, e a gente fica conversando. Eu me sinto tão bem em falar, é uma alegria quando a gente se vê no comércio. (Verônica)

Esse sentir-se bem expresso na fala acima nem sempre assim o foi. Quando jovem, a impressão que tinha das pessoas que adoeciam mentalmente era diferente:

Cicraninha, surtou, e chamávamos de louca, quando mais jovem tirou a roupa e saiu na rua nuinha, e a gente começava a rir, porque nem eu e nem as pessoas tínhamos noção. (Verônica)

Verônica construiu a imagem dessas pessoas com sofrimento mental de acordo com a identidade social que lhes fora imbuída, principalmente por ter presenciado comportamentos inadequados da colega “cicraninha”, os quais não eram permitidos ou esperados pela sociedade. Diante disso, fora motivo de chacotas, anedotas e humilhações. E geralmente é essa a imagem que construímos das pessoas com transtornos mentais quando não compreendemos o real significado da doença. Construímos a mesma imagem que a família (que por isso necessita receber devidos cuidados), quando não somos informados sobre os motivos do sofrimento, suas consequências e de como proporcionar mais conforto ao parente adoecido.

Não ser informado ou não estar sensível à causa tem possibilitado o surgimento de estigmas sociais e de autoestigma, ao visualizarem a possibilidades de sofrerem preconceitos que eles próprios têm. Vejamos a colocação de Verônica quanto às pessoas que não possuem transtornos mentais:

Acho-as preconceituosas. Com medo. Por exemplo, lá na loja eu estou cercada de pessoas problemáticas, uma teve a irmã assassinada, esfaqueada pelo marido na frente dos dois filhos, e a avó rejeita o neto porque ele parece com o pai; tem outra que tem depressão, outro tem filho dependente químico, outra teve a família da tia toda assassinada. E pessoas que não procuram o tratamento e dizem, que não são doidos! Mas eu digo que eu também não. Outro dia eu disse a uma delas porque que ela não procurava um psicólogo. E ela me respondeu que se fosse para o psicólogo tinha que levar a família toda. E eu disse porque não leva? E ela disse – Ah eu não quero mais falar com tu não [...]. Então, os vejo com medo de sofrer esse preconceito, porque eles acham que se procurarem tratamento as pessoas vão dizer que é “louca”. [...] Você vê pessoas que tão boa e de repente entram em crise. (Verônica)

Essa fala de Verônica revela que o estigma também é uma barreira para aqueles que precisam de serviços de saúde mental, mas que relutam ou se recusam a procurar ajuda por causa da discriminação e do sentir-se rejeitados por outros. O estigma afeta pessoas que não possuem diagnóstico de doença mental, pois dois terços de indivíduos que poderiam se beneficiar dos serviços psiquiátricos não optariam em tê-los para não adquirirem rótulos.²⁹ É interessante citar que os que evitam ser rotulados são aqueles conscientes do estereótipo e até concordam com ele. No entanto, eles são fortemente inclinados a não aplicar estigmas a si mesmos e tentam evitar a participação em qualquer grupo que poderia dar-lhe tal rótulo.

Assim, observamos que esses estigmas acompanham intensamente a trajetória de vida dessas pessoas interferindo diretamente na imagem que passam a construir de si mesmas. E apesar de muitas pessoas relatarem em não procurar serviços de saúde mental, há ainda aquelas que são encaminhadas ou que buscam estes serviços a procura de ajuda. Vejamos a partir de agora que influências um serviço de saúde mental, como o CAPS, possui sobre a (re)construção da identidade das pessoas que o frequenta e, especificamente, sobre a identidade de Verônica.

4.3.4 A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?

Assim, tal como entre os sujeitos anteriores, Verônica tem sofrido influências do CAPS na construção de sua identidade. Iniciemos a análise pelo relato de como ela tem construído vínculos de afeto com outros usuários do CAPS que foram fundamentais para sua melhora. Vejamos:

Eu me apeguei aqui [CAPS] de tal forma, que eu fiquei mais esclarecida sobre saúde mental, a gente não tem estrutura física, mas a fraternidade entre os usuários e os funcionários, é como se fosse uma família. [...] Porque o CAPS é acolhimento. [...] Eu me apeguei a essas pessoas como se fossem meus irmãos, e comecei a reagir através disso. Porque eu comecei a ver que meus problemas, que não eram insignificantes, não eram os piores, porque eu pensava se esse problema fosse comigo eu não ia aguentar. [...] Eu me sinto bem e principalmente agora que eu posso pedir pelas pessoas que são desassistidas. (Verônica)

Observamos que o fato de Verônica se “apegar ao CAPS” está relacionado a diversos fatores. Um deles foi a oportunidade para Verônica esclarecer suas dúvidas referentes aos transtornos ou ao tratamento em saúde mental. Já outro fator foi a possibilidade do CAPS favorecer espaço para partilhar sentimentos e conflitos durante a troca de experiências já comentada anteriormente e de promover a escuta de uns usuários para com os outros permitindo que todos resignifiquem pensamentos.

Verônica também expressa sentir-se acolhida tanto pelos próprios usuários do CAPS quanto pela equipe de profissionais. A tecnologia do acolhimento tem se transformado numa das bases para a prática de uma assistência integral e resolutiva, principalmente na tentativa de efetivar um modelo de saúde baseado na perspectiva da reforma psiquiátrica.⁶⁴ Para a Política Nacional de Humanização do SUS, nas práticas de produção de saúde o acolhimento é considerado um dispositivo que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso entre usuários, familiares, equipes e os serviços.⁶⁵

No relato de Verônica, parece que é possível a manifestação de sua subjetividade dentro do CAPS, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização. Quando Verônica expressa que há “uma fraternidade entre usuários e profissionais”, a prática de relacionamento está fundamentada no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na co-responsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços, e entre os próprios usuários, construindo-se trocas de afetos que estão presentes nas conversas e nas atitudes.⁶⁴

Porém, “a construção da autonomia ocorre na medida em que ambos conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, co-produção de si mesmo e do contexto”.^{64:3053} Evidenciamos em alguns trechos do depoimento de Verônica que, mesmo compreendendo todo o processo de reabilitação psicossocial, ela mantém a ambivalência da separação, do sair e do ficar:

Eu gosto de todo mundo aqui, quero sair daqui, mas ao mesmo tempo não quero. [...] Aqui [no CAPS] eu me sinto forte para complementar lá fora. Porque se eu não tivesse esse apoio psicológico e físico aqui, eu não saberia controlar as situações que passo lá fora. Tornaria-me mais agressiva. (Verônica)

Quando Verônica revela essa situação, poderemos pensar de imediato que o CAPS vem ajudando as pessoas a melhor conviver socialmente, levando-as a si conhecerem, orientando-as a como lidar com as diversidades e frustrações que a vida revela. Entretanto, manter-se constantemente ligada ao CAPS, pode alimentar um sistema de dependência com o qual deve-se ter cuidado para não transformar-se em uma atitude custodialista.

Para Baságlia,

A ciência nos disse, de um lado, que o doente mental devia ser considerado o resultado de uma alteração biológica, não bem identificada, diante da qual nada havia de fazer, a não ser aceitar com resignação sua diversidade diante da norma: daí a ação exclusivamente de custódia por parte das instituições psiquiátricas, expressão direta da impotência de uma disciplina que, confrontada com a doença mental, limitou-se a defini-la, catalogá-la e geri-la de algum modo.^{57:97}

E assim durante anos a custódia e eterna vigilância foram às diretrizes de tratamento estabelecidas em hospitais psiquiátricos, que ainda se reproduz nos dias de hoje, mesmo em serviços pautados em outra lógica de assistência psicossocial. A impenetrabilidade das instituições psiquiátricas a qualquer tipo de intervenção que ultrapassassem a custódia, também se reproduz em serviços como o CAPS, sem que os profissionais a percebam, e não mais com características de barreiras físicas, mas com barreiras subjetivas.⁵⁷ Para alguns profissionais, é extremamente complicado, diante da formação acadêmica que possuem,

enxergarem o grau de independência das pessoas que frequentam o CAPS. Muitos não acreditam que elas possam ser capazes de gerir suas próprias vidas e da mesma forma que qualquer pessoa está sob o risco de fazer escolhas assertivas ou não, eles também o estão.

Entretanto, outros profissionais parecem compreender os princípios filosóficos e sociais que direcionam as práticas no CAPS e passam a ter outra forma de abordagem, respeitando principalmente a autonomia do sujeito e suas escolhas. Vejamos a seguir:

A profissional Y é ótima, não deveria nem ter saído daqui, só que eu achava o seu jeito parecido com o da minha filha, aí quando eu ia me consultar com ela, podia tá acontecendo um monte de coisa, eu dizia que tava tudo bem porque quando eu olhava para ela, lembrava de minha filha. Daí cheguei na consulta um dia e lhe pedi desculpas, mas falei que eu não queria ser atendida mais por ela, porque ela lembrava demais minha filha, e toda vez que eu vinha me consultar me batia uma saudade da minha filha que se eu tivesse algum problema para contar, ou algum sintoma, dava um branco. E ela entendeu, disse que não tinha problema nenhum que queria o melhor para mim. (Verônica)

Evidenciamos aqui que a vontade de Verônica foi respeitada, e que o profissional citado acima soube compreender a transferência de afetos que estava interferindo no processo terapêutico, sem recusar em nenhum momento o pedido que Verônica fizera. O exercício da autonomia e liberdade para escolher foi preservada. Essa atitude foi muito importante para que não fosse violada a identidade do eu e para que não ocorresse processos de mortificação ao tentar ser atendida pela médica que parecia com sua filha.

Entretanto, essa atitude compreensiva e amigável de colaborar com a construção de uma identidade autônoma não está presente em todas as abordagens adotadas pelos profissionais. Algumas abordagens ainda reproduzem a coibição e a punição não mais física, mas psicológica, porque cada profissional pode estar em estágios diferentes do cuidado e lidar com conteúdos alucinatórios há divergências de escalas terapêuticas, como veremos no seguinte depoimento de Verônica:

Quando eu cheguei aqui, tinha uma usuária que ficava com uma toalha e dizia que era sua filha. Quando ia almoçar, ela dizia que primeiro ia dar comida a sua filha. Daí teve uma vez, eu não lembro quem me chamou a atenção, porque eu disse: - Me dê Fulaninha sua filha, coma, depois você dá comida a ela. Aí disseram: - Você esta vendo alguma criança? Minha gente não é assim não, não é uma criança é uma toalha. Se vocês forem dizendo a ela que é a filha dela, ela nunca vai tirar isso da cabeça. E eu achei isso tão assim [...] [faz um gesto cerrando os punhos, como quem verbalizasse algo muito grosso] Eu disse: tá certo. Depois disso eu fiquei comigo, contribui para ela achar que era uma criança. (Verônica)

O fato de um profissional chamar a atenção de Verônica sobre a atitude que teve com sua colega soou para ela como se estivesse fazendo algo errado vindo à tona a dúvida em ter

contribuído ou não para o agravamento do estado de saúde da usuária Fulaninha e, por conseguinte o surgimento de um sentimento de culpa. A atitude desse profissional nos faz lembrar o que Goffman descreve nas instituições totais, quando puniam, muitas vezes com procedimentos violentos, um interno na frente de outro, para que o outro aprendesse a obedecer e não repetisse a desobediência feita pelo colega. Presenciar as punições e não poder fazer nada acabava gerando sentimento de culpa por não ter impedido que o colega sofresse as punições, colaborando de certo modo para o aumento de seu sofrimento.¹

Apesar de a situação ter sido completamente diferente, os resultados da ação geraram também uma carga de sentimentos. Verônica não presenciou atos violentos para com sua colega, mas sentiu-se extremamente desconfortável pelo fato da profissional com tom hostil dizer que a forma como estava lidando com a outra usuária era inadequada e que isso poderia causar-lhe danos. O fato de ser criticado, aqui, não se refere à correção de evitar-se estimular os delírios, mas ao fato de que o saber constituído não permite em hipótese alguma ser reconfigurado a fim de absorver outros saberes e não reproduzir os já existentes, colocando-os como verdades únicas, chegando até mesmo a causar danos a outros que não tiveram a intenção de ferir-lhes.

Baságlia nos reforça que para o técnico, independente de estar inserido em serviços manicomiais ou não, o que pode ocorrer muitas vezes é a reprodução do próprio saber enquanto poder efetuada em respostas previstas, implicando a recusa a essa ordem de respostas em comprometimento total nas relações com aqueles que precisam de seus cuidados.⁵⁷

Para Rotelli⁵⁸, nós continuamos tendo gerações de psiquiatras e psicólogos que exercem práticas danosas ao serviço, centradas na doença, centradas em um suposto saber sobre a doença que jamais foi comprovada, ou seja, o profissional relatado por Verônica põe o saber como único, fixo e verdadeiro, sem levar em consideração todo o contexto em que os sujeitos estavam inseridos. Quem sabe se na situação descrita, o que Verônica fez não teria sido o mais viável para o momento?

A manutenção dessa cristalização de respostas nos indica que a lógica manicomial ainda encontra-se presente, mesmo que de forma sutil. Transformar posturas e assumir um novo caminho parece que não é tão fácil, mas quando assumimos como risco desmontar o aparato manicomial, permitimos a construção de um espaço “autônomo de elaboração de conteúdos, de instrumentos de luta, de mediações políticas, que, partindo de ações práticas

cotidianas, produzem novos conhecimentos sobre os modos e processos através dos quais passam a opressão e a incorporação da opressão”.^{57:250-1}

O fato de não ser um hospital psiquiátrico “não interrompe na origem a cadeia da “psiquiatrização” do sofrimento”^{57:247} nem tampouco impede que a separação e sequestro de pessoas para fora da vida social ainda continue a existir. Aqui percebemos quão se torna necessário uma transformação institucional na lógica de funcionamento desses serviços comunitários, abertos e territoriais, pautados na co-responsabilidade dos sujeitos e na inclusão social. Para tanto, Baságlia nos alerta que:

O objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da sua identidade social: despedaçar todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do internado; reconstruir concretamente sua identidade enquanto pessoa jurídica; recuperar os recursos econômicos indispensáveis à sua colocação no circuito das trocas sociais; estabelecer as bases, irreversíveis, da sua condição de membro do corpo social. Em outras palavras substituir a relação de tutela por uma relação de contrato.^{57:248}

Acompanhando essa visão de Baságlia, a reconstrução da identidade será possível quando o serviço reduzir suas relações de tutela e estimular as relações de contratualidade com os sujeitos. Ou seja, quando os esforços forem no sentido de inseri-los nos aspectos da vida social como sujeitos atuantes e não como sujeitos passivos.

Assim, do mesmo modo que percebemos abordagens que podem reprimir identidades, também percebemos formas de gestões que reproduzem a hierarquia e autocracia presentes nos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, o processo de reforma psiquiátrica ocorrida no Brasil tem estimulado, através das políticas de saúde, a participação popular em todas as esferas, inclusive na gestão afim de transformar esta realidade. Qualquer serviço de saúde deve garantir a efetivação dos princípios e diretrizes das Leis 8080/90⁶⁶ e 8146/90⁶⁷, que estabelecem, entre outros, a gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde – SUS através da responsabilidade das três esferas governamentais e da participação popular. Verônica é uma usuária que tenta garantir seus direitos quanto à participação popular. No seu entender, a postura dos gestores está distante de ser participativa, compartilhada, democrática e de ser subsidiada por relações de contrato em vez de tutela:

Não é que eu não goste do profissional X, eu gosto de X, mas acho que ele coloca muito o “EU”, eu... eu... Eu não gosto disso, e até já falei isso com ele. [...] Tem profissional na reunião que diz: - Olhe eu consegui a reforma [...], graças a mim [...]. Um dia eu disse: me desculpe mas eu não concordo com esta palavra EU, porque essa reforma não é de agora, você veio reforçar, mas não é EUQUIPE. Como você entrou agora na equipe e você tem conhecimento lá dentro, você conseguiu bastante coisa, eu até agradeço, mas é mérito nosso, o mérito não é só seu. Aí outro dia ele ligou para aqui pedindo para o motorista buscá-lo lá na secretaria, e eu fiquei

pensando, porque só ele se tava todo mundo lá? Porque possui alguns privilégios? (Verônica).

Percebemos o extremo desconforto de Verônica ao relatar a necessidade de alguns administradores do CAPS condecorar-se estimando prestígio na tentativa de adquirir reconhecimento e privilégios. E o CAPS corre o risco de ter em sua administração gestores assim, ou melhor, qualquer instituição corre este risco, talvez o CAPS seja o lugar mais sensível a esta percepção. No CAPS relatado por Verônica a gestão parece sentir a necessidade de mostrar o que fez, principalmente por compreender que, profissionais que assumem a coordenação de um serviço são constantemente lembrados de suas obrigações, e essas cobranças não vêm apenas de seus superiores hierárquicos, mas de toda a sociedade, inclusive de parentes dos sujeitos que frequentam algum serviço de saúde.¹

Essa postura acaba por também reproduzir o modelo psiquiátrico, centrado na organização hospitalar, nas decisões de uma única categoria profissional, administrado por uma única pessoa encobrindo informações pertinentes aos internos. A postura de uma gestão centralizadora exclui a possibilidade de haver outros atores colaborando com o alcance das metas definidas através do compartilhamento de responsabilidades, como também de ter sujeitos políticos conhecedores de todo o funcionamento de um serviço.

Nesse sentido, Verônica quer o reconhecimento da contribuição de todos, inclusive a dela. E isso interfere em todo o seu processo identitário, pois sua identidade pode não ser revelada em detrimento de ganhos e valorização que outro possa ter sobre o seu esforço e objetivos alcançados.

Dessa mesma forma, sua identidade pode estar sendo usurpada quando dirigentes utilizam desculpas inadequadas para justificar a falta de compromisso com o serviço a fim de provocar piedade dos usuários evitando assim as críticas. Vejamos o que Verônica relata sobre as desculpas de um dos profissionais que coordenava as atividades do CAPS:

Tinha funcionário aqui que não fazia nada [...], tudo bem que a família dele estava doente, mas nunca estava presente na reunião para responder as perguntas. [...]. Não adianta a carinha bonitinha, tem que agir. Tava usando o parente doente muito, dando uma de coitadinho para não estar presente nas reuniões, e as pessoas ficarem com peninha e não cair em cima. Mas, isso não me convencia. (Verônica)

Verônica compreendia as desculpas do profissional como falta de compromisso para com o serviço. A ausência do administrador deixava alguns *déficits*, principalmente quando os usuários solicitavam sua presença e explicações sobre o funcionamento do CAPS. Talvez o

fato da solicitação emergir de usuários do serviço, poderia ser interpretado como pessoas desacreditadas, segundo Goffman, e que não necessitariam de explicações.

O descaso também pode ser visto pelos gestores municipais. Verônica ainda queixa-se pela falta de transparência nas informações:

O Ministério público deu um prazo, mas os gestores não fizeram nada. Eu gostaria que fosse uma gestão mais transparente, que dissesse qual a verba que vai para o CAPS, quanto é destinado para a alimentação, porque material de Terapia Ocupacional tem lá na secretaria, mas nunca chega no CAPS, os remédios [...]. (Verônica)

Ela ainda completa que durante uma reunião com alguns profissionais e usuários do CAPS o secretário de saúde não foi nada empático, sendo foi ríspido e irônico em relação às reivindicações:

[...] Ele [o gestor] foi super grosso com fulaninha que falou sobre uma porta da janela na entrada [do CAPS] que estava cheia de cupim e só fizeram pintar. [...] Aí eu fiquei com raiva na hora, e disse: - Licença doutor, a unidade da gente é numa área que tem muitos ladrões, não adianta colocar computador e essas coisas e a janela estar cheia de cupim e os ladrões entrarem e levarem tudo. (Verônica)

Observamos que a indignação expressa por Verônica é reflexo da indisponibilidade da administração para efetivar a proposta de um modelo psicossocial. Os gestores com essa postura acabam impedindo de aprofundar e acelerar as possíveis transformações que possam ocorrer, pois continuam a movimentar-se num terreno minado, no qual os obstáculos jurídicos, econômicos e ideológicos permanecem inalterados, inclusive com a reprodução de práticas hostis.

E é exatamente nessa hostilidade geral de manterem-se posturas psiquiátricas e de estabelecimento de poder político, que a necessidade de relações humanizadas surgem levando cada vez mais a tomada de consciência dos oprimidos sobre os mecanismos de opressão, em que a socialização dessa consciência passa a não mais permitir a determinação de algumas regras seja em qual serviço for, reivindicando mudanças na busca de efetivar seus direitos.⁵⁷ Observemos essa tomada de consciência a partir do relato que segue:

Há tempo que a gente vem lutando para conseguir uma melhoria para aqui [CAPS], porque a gente marca com o secretário e ele diz que vai ser resolvido em 15 dias, e nada. Uma vez a gente foi lá no Ministério e disse: - Se o senhor prometer faça! Porque já se prometeu várias vezes. Eu queria que ele fosse lá ao CAPS, e fizesse uma reforma mesmo, porque lá só tem colchonete, se a gente quisesse dormir a gente ficaria em casa, porque lá não tem material para trabalhar, logo no início tinha, mas agora não tem nada. A gente vai fazer o quê? Pegar o colchonete e dormir? Outro dia teve até um usuário que pegou germe na orelha porque as almofadas estavam podres, e as almofadas não foi nem a secretaria que deu, e sim uma profissional que doou. Coisa que vem verba, e não vai para lá, eu até tirei foto,

tudo quebrado, as lixeiras, as portas do banheiro que nem existe mais. Quando for fazer a reforma, não faça maquiagem! (Verônica).

Diante da falta de empenho da gestão em mudar algumas questões como: a realização de reformas na estrutura física e a compra e envio de materiais de consumo para a realização das atividades do CAPS, percebemos a reprodução concreta do descaso que Goffman relata no dia-a-dia dos hospitais psiquiátricos. A falta de condições adequadas para manter um serviço funcionando dignamente segundo o preconizado na política de humanização faz lembrar as condições desumanas referidas por Goffman no século passado.

Sáímos do “pior” nível de internação em hospitais psiquiátricos onde muitas vezes tinham-se apenas bancos de madeira para sentar, alimento muito pouco apetitoso e um pequeno canto para dormir ou do “melhor” nível de internação dessas instituições em que a pessoa podia ter um quarto individual, alguns privilégios, contatos relativamente “inofensivos” com a administração, bom alimento e muitas possibilidades de recreação,^{1:127} para a admissão em um serviço que apesar de prezar a liberdade e a singularidade, também os tira quando não possui quartos para descanso, a comida não chega na hora certa, a higiene do ambiente não é adequada, a administração não leva em consideração as reivindicações da população. Enfim, quando não se permite ser quem se é – um cidadão que tem uma identidade que precisa ser compreendida e respeitada em sua essência. O serviço CAPS é para ser diferente da lógica de funcionamento de qualquer instituição hospitalar, e é, tudo isso só está acontecendo porque ele ainda não foi de fato consolidado.

Vejamos mais um relato de Verônica sobre essa questão:

O CAPS tem todo interesse em ajudar, mas não tem estrutura. Porque os profissionais daqui são bons, são ótimos, mas é o orçamento, o espaço que você não tem. Você só tem uma Kombi que é para buscar comida, fazer visita, e isso atrapalha muito. Eu até questioneei porque o pessoal que fornece o almoço não levam, e a Kombi tem que ir buscar? Eles não são pagos? Não é fazer a visita só quando está em crise, mas fazer a visita quando a família não quer vir, e ir lá para agradar, até convencer a família a vim. Assim seria mais interessante, porque todo mundo ia falar dos sintomas, porque no dia-a-dia o paciente convive com a família, quer dizer a noite, porque pelo dia a maioria fica por aqui. Porque pouco tempo que a família passa com a pessoa em crise já quer internar. Às vezes aqui tem marido e mulher com os mesmos problemas e se os dois surtam de uma só vez na mesma casa? Tem que ter o apoio da família. (Verônica)

Aqui percebemos que além da falta de recursos materiais também há dificuldades na utilização dos recursos disponíveis. Ocorre uma subutilização, por exemplo, do transporte do CAPS, já que este poderia está sendo redirecionado para ações de maior valia, em vez de ações que outras instâncias poderiam se responsabilizar. O CAPS não tem a obrigação de

trazer a comida e sim a obrigação de fornecê-la, independente da forma como o faz. Entretanto é de sua total responsabilidade realizar visitas e acompanhamento dos usuários do serviço, bem como de seus familiares, sendo que para isso precisaria de um meio de transporte.

Verônica expressa a necessidade dos profissionais realizarem mais visitas domiciliares, que muitas vezes são inviabilizadas por questões de menor valia no processo de reabilitação psicossocial. Acredita que um maior investimento possibilitaria trabalhar mais os medos, estigmas e a falta de conhecimento que circundam o interior das famílias e sua tendência em internar o ente que sofre, principalmente diante da existência da crise.

Nesse aspecto, há que se considerar que quando os CAPS não fazem esse trabalho de extrema importância para orientar as famílias e reduzir o número de internações em hospitais psiquiátricos, as crises em sua maioria continuam a ser tratadas pelos familiares através de comportamentos contidos, normas estabelecidas e isolamento social, contribuindo e reproduzindo a mortificação do eu referida por Goffman.

Verônica se queixa da falta de envolvimento das famílias e do distanciamento dos profissionais do CAPS, principalmente quando os profissionais se acomodam às situações impostas. Vejamos:

Não é só tratar a pessoa, a família precisa ser tratada também para entender psicologicamente a pessoa em crise. Porque às vezes quando a pessoa está em crise pega logo um carro para internar, não sabe lidar. [...] É por isso que eles deveriam trabalhar mais a família para compreenderem os sintomas, e tratarem a gente como gente e não como loucos. (Verônica)

Verônica mais uma vez expressa a necessidade de se trabalhar o entendimento das famílias quanto ao processo do adoecimento mental, mostrando-lhes que lidar com a crise não significa retirá-lo do meio familiar, isolando-o do convívio social, e que elas são indispensáveis para o processo de reabilitação de uma pessoa em sofrimento. As famílias “estão carregadas de angústias, mas podem ser um recurso importantíssimo; aprender a ajudar estas famílias a estarem juntas, a compartilharem a própria angústia e a serem elementos de luta para a transformação”,^{58:41} deve ser um dos pontos fundamentais para uma efetiva implantação do novo modelo de assistência em saúde mental. As famílias precisam aprender que a liberdade é terapêutica e que ao internar uma pessoa essa liberdade lhe é usurpada e sua identidade poderá sofrer sérios danos.

Mas, “a liberdade só é terapêutica se não significa deixar as pessoas sós. A liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre

sozinho se não tem uma finalidade comum com os demais”.^{58:41} Ou seja, liberdade não é abandonar, é cuidar sem aprisionar, sem excluir do meio social, e nem retirar a importância de sentir-se útil. Vejamos como Verônica só se sente útil quando em contato com outras pessoas, e como esse sentir-se útil é terapêutico e como a ajuda a melhorar:

[...] Eu comecei a gostar de vim para o CAPS [...] Quando eu estava de benefício batalhei fantasias para o CAPS, porque eu tinha tempo, e assim eu me sinto útil em ajudar essas pessoas. [...] Comecei a trazer DVD, e coisas assim para o pessoal assistir, e fui me sentindo útil. [...] Eu me sinto útil. Até quando falo com os secretários que prometem tanta coisa, que falam belíssimo na teoria e na prática não fazem nada. [...] Às vezes eles perguntam: - Por que tu nunca mais vieste? Aí eu digo: - Minha gente é que quando eu não estou vindo para aqui eu estou indo para o ministério. (Verônica).

Observamos na fala de Verônica que o sentir-se bem parece ter relações diretas com a produtividade, ou seja, ser improdutivo impossibilita a liberdade de ir e vir, pois seu poder de contratualidade num país movido pelo consumismo e lógica capitalista só permite-lhe ter condições para locomover-se para qualquer espaço se tiver recebido recompensas pelo trabalho executado ou pelas condições existentes.¹⁰

A respeito disso, Baságlia questiona:

Como então, inserir a doença no espaço da saúde, se afinal é a identificação da saúde como produtividade que constitui essencialmente a improdutividade como doença? Como socializar o desvio e a marginalidade, enquanto sua característica constitutiva continua sendo a privação de bens e a de poder contratual?^{57:243}

É por isso que o poder de contratualidade é tão importante, pois até para Verônica sentir-se bem ou sentir-se mais saudável foi preciso sentir-se capaz de gerar resultados, de produzir. Isso nos traz a questão imbricada na identidade de que para ser produtiva é necessário ter saúde. Mas será que as pessoas que sofrem mentalmente não podem ser produtivas ou ter poder contratual?

Observamos que Verônica mesmo afastada do trabalho ainda permaneceu produtiva, o que foi de extrema importância para a manutenção de sua identidade. Também precisamos considerar a produtividade para além dos parâmetros consumista e capitalista do mundo moderno, buscando reconhecer uma produtividade que dê conta de valorizar talentos desenvolvidos a partir da experiência de adoecimento vivenciada e que tenha valor econômico e social capaz de resgatar a contratualidade.

Outro fato que demonstrou ser positivo na relação construída com o CAPS foi o estímulo ao resgate da autoestima. Diferentemente do que acontece nos hospitais psiquiátricos em que os internos passam a viver a rotina da instituição, nos serviços abertos e comunitários

como o CAPS as pessoas, apesar de frequentá-lo diariamente, não permanecem nele. Trata-se de um ambiente em que a pessoa passa o dia, mas não vive naquele lugar, é a mesma ideia de frequentar um ambiente de trabalho, escolar ou de compras. A existência desses lugares pode ser importante para gerar uma expectativa importante de autocuidado. Ao sair de casa, precisa-se ao menos tomar um banho e pôr uma roupa limpa ou pelo menos existe esse pensamento culturalmente estabelecido nas sociedades civilizadas. No entanto, Verônica relata que a ida ao CAPS a ajudou na melhora da autoestima:

Eu não tinha lugar para aonde ir, aí quando eu vinha para o CAPS eu me arrumava como se fosse para uma festa. (Verônica)

Evidenciamos que Verônica elevava sua autoestima quando se arrumava para ir ao CAPS e esse ato fazia-a se sentir muito bem. Observamos, a partir disso, que o CAPS tem interferido diretamente na construção de identidades, ora afirmando seu jeito de ser colaborando com o resgate do Eu, ora transformando esse ser para adaptar-se às situações exigidas por um conjunto de regras impostas pela sociedade.

Mas, tendo em vista todo o processo de adoecimento mental que Verônica passou, marcado por violência doméstica, maus tratos, perdas significativas, humilhações, preconceitos, medo e desânimo não foram motivos suficientes para que levasse Verônica a desistir de lutar pela (re)construção de uma identidade resiliente, determinada e fortalecida, possível de resgatar potencialidades e desejos na esperança de uma vida melhor.

Sua passagem pelo CAPS tem contribuído intrinsecamente na forma de estar hoje, de compreender o outro que sofre, de valorizá-lo buscando ajudar. Enfim, de acolher o outro como ele é e de permitir ser quem se é procurando resignificar sentimentos e emoções, mesmo quando alguns profissionais tentavam inibir a expressão de pensamentos.

Porém a passagem por um serviço aberto como o CAPS tem resultado em tantas transformações na vida de Verônica do mesmo modo que ocorreu em Jane, sujeito que será apresentado logo a seguir:

4.4 JANE

A última usuária do CAPS, sobre a qual nos reportamos, que aceitou participar do estudo foi Jane, uma mulher de 51 anos, evangélica, estudou até a 5ª série, tem três filhos e mora com uma filha. Perdeu seus pais ainda quando muito jovem e foi morar com uma irmã.

Como sonhava em construir uma família casou-se, mas sofreu muita violência doméstica. Já trabalhou como promotora de vendas, secretária escolar e em casa de família, cuidando de idosos. Hoje está viúva, é pensionista, mora em casa alugada e tem precárias condições financeiras. Vem frequentando o CAPS há um ano e relata que seu adoecimento resulta de todo o sofrimento vivido durante anos. Relata:

Tudo começou quando eu tinha uns 12 anos e vi uma mulher se jogar debaixo de um trem, aquilo foi um impacto, naquela época eu ainda tinha meus pais, mas ninguém se incomodou comigo, não procuraram tratamento, e eu fiquei com aquele medo de trem. Depois meu marido que faleceu há 14 anos judiava muito de mim e dos meus filhos. Ele bebia muito, amarrava meus filhos, batia muito em mim e neles com corrente de bicicleta, quebrava cabo de vassoura em mim, me acordava com água gelada, botava para correr por baixo de faca, e tudo isso suportava porque não tinha para onde ir, não tinha a quem recorrer. Tinha vizinho que me maltratava, porque eu não o denunciava. Meus filhos me levavam para o trabalho e eu me mostrava uma pessoa normal, mas esquecia as coisas. Não era uma pessoa normal, mas tinha que trabalhar para sustentá-los. Quando eu passava dias sem dormir tomava Somalium. [...] Quando a barriga começava a crescer ele ia embora. Eu chorava muito, não queria ver ninguém, não comia, vivia na emergência para tomar soro. Daí eu fiquei com problema sério no intestino, e fui para emergência [...] e me encaminharam para cá. Uma vez eu procurei um médico, porque eu via meu marido todo ensanguentado e ele não estava. O medo que eu tinha dele era tão grande que eu o via assim [...] Meus filhos nunca tiveram um carrinho, uma boneca. A gente só vestia a roupa dos outros. (Jane)

Jane refere que seu processo de adoecimento teve início na fase da adolescência quando presenciou um acidente que a deixou traumatizada e que por falta de informação dos pais não teve nenhum tratamento. Outro fato relatado foi as diversas perdas em sua vida, inclusive a dos pais. Depois, os abandonos do esposo quando engravidava. Ainda revela que as privações financeiras e preocupações advindas das mesmas também contribuíram para o seu adoecimento. Assim, preocupações, privações, medo e dor a acompanharam por toda a vida adulta.

Jane precisou se adaptar às perdas e, geralmente, quando isso se repete na vida de uma pessoa, ela vivencia um estresse aculturativo, tentando adequar-se por diversas vezes a novos sistemas de crenças, rotinas e papéis sociais. A literatura destaca como estressores aculturativos: um novo espaço de vida, a dificuldade financeira enfrentada, a barreira linguística, a falta de acesso aos cuidados de saúde, a estadia em bairros inseguros, as condições precárias de habitação, a falta de escolaridade, o desemprego e subemprego, a exploração e condições de trabalho perigosas, mudanças nos vínculos, as normas culturais, a discriminação ou estigma, a influência de forças políticas e históricas e a falta de apoio social.⁴⁷

Muitos desses estressores foram enfrentados por Jane, até mesmo a discriminação de vizinhos diante de sua postura com seu marido. Todos esses fatores e principalmente as perdas dos pais, primeiramente, parece ter gerado uma espécie de perda de referencial. “A perda de pontos fixos de referência derivada do desenvolvimento de sistemas internamente referidos cria uma inquietação moral que os indivíduos nunca conseguem superar inteiramente”.^{10:172} Ou seja, para Jane os pais eram referências de vida, a perda dos mesmos, seguida pela sua idealização de família, depois do esposo, depois do emprego e assim por diante, acabaram gerando a perda da segurança ontológica.

Para Giddens, o que cria um sentido de segurança ontológica, necessária para que as pessoas consigam superar as transições, crises e circunstâncias de alto risco é a confiança básica adquirida nas primeiras experiências da criança, na relação com outras pessoas e principalmente com os pais, quando estes demonstram apreço e amor para com a mesma. Sentir-se cuidada para a criança é decisivo para construção de sua autoidentidade. Mas, para Jane a ausência de uma ação dos pais que pudesse protegê-la do trauma de ver uma pessoa atropelada por um trem, apresentou-se como uma omissão de cuidados.

É importante que compreendamos que todos os homens monitoram continuamente as circunstâncias de suas atividades e esse monitoramento sempre tem características discursivas, ou seja, as pessoas são capazes de fazer interpretações da natureza e das razões do seu comportamento, a habilidade de ser capaz de "seguir em frente", sendo levadas ao nível da consciência prática, incorporada à continuidade das atividades cotidianas.¹⁰

Jane tenta interpretar que a omissão de cuidados dos pais em relação ao trauma adquirido na infância ocorreu devido ao número insuficiente de informações sobre a possibilidade de traumas. Do mesmo modo, Jane também interpreta seu comportamento em relação ao marido agressivo, expondo que muitas vezes suprimia seus desejos ao encontrar razões discursivas para manter um casamento, como por exemplo: “meus filhos precisam ser criados com o pai” e “eu não tenho para onde ir”.

Nesse sentido, para Giddens, responder ou reagir à observação mais corriqueira demanda pôr entre parênteses uma gama de possibilidades abertas ao indivíduo. O que torna uma resposta "apropriada" ou "aceitável" precisa de um referencial compartilhado da realidade. Nesse caso, o valor social de Jane era que, uma vez casada, precisaria manter a família unida sob quaisquer circunstâncias, inclusive aceitando a violência conjugal. Em todas as situações, fica nítida a sua busca constante de uma segurança básica.

Para compreendermos ainda mais como se construiu, se constrói e se revela a Identidade de Jane, vamos conhecer como ela se via e se vê após o processo de adoecimento mental.

4.4.1 Percepção da MINHA identidade: Como me vejo?

Segundo seu próprio relato, as modificações em seu comportamento iniciaram após ter presenciado o acidente de trem que relatou na entrevista, mas só percebeu que precisava de ajuda a partir do momento que sintomas intoleráveis passaram frequentemente a causar-lhe grandes desconfortos. Há muitos anos sofre com isso, porém não recorda ao certo quando começou a apresentar sintomas psicóticos. Vejamos o que Jane nos relata:

Há muitos anos que eu estava com este quadro [...], eu não lembro mais da data [...]. Eu sentia uma agonia na cabeça, sentia medo, via gente se furando, se esfaqueando e ficava bem aperreada, era como um sonho bem real, mas estou tomando a medicação e não estou tendo mais isso. (Jane)

Os delírios e as alucinações presentes, apesar de não sabermos exatamente quando ocorreram, percebemos nas falas de Jane que este quadro só começou a surgir após os maus tratos ocorridos durante sua vida conjugal. Essa percepção pode ter relações com o contexto de violência vivido por Jane. “Ver gente se esfaqueando” pode significar reflexos do medo sentido quando o marido queria feri-la com uma faca, como no relato inicial.

Entretanto, o medo não esteve presente na vida de Jane somente após sua união conjugal, nem tampouco tem se limitado ao conteúdo de maus tratos, o que pode ser observado no relato seguinte:

Eu tenho síndrome do pânico que há muitos anos um psiquiatra me disse, esse medo de escada rolante, tenho medo de elevador, eu tenho medo de tanta coisa, eu não assisto filme de terror, de violência, novela quando tem aquelas cenas eu não assisto, e não gosto, eu só vejo filme de desenho animado. (Jane)

Para compreender o surgimento do medo patológico, precisamos inicialmente compreender que o “medo é uma resposta a uma ameaça específica”.^{10:46} Nesse caso, pode ter se iniciado antes mesmo de ser provocado pela violência doméstica, pois é perceptível seu medo de perder pessoas queridas, do mesmo modo que perdera seus pais e ficara desamparada. Esse medo vivido por Jane a tem deixado paralisada e totalmente dependente de outras pessoas.

Mesmo em sua tentativa de ser autônoma ao trabalhar, o medo acabava estimulando os riscos ameaçando a segurança ontológica, fazendo com que Jane necessitasse da figura de alguém para sentir-se mais segura. Observemos abaixo a relação de dependência estabelecida entre ela e seus filhos ao ter que acompanhá-la no trabalho:

Eu tomava conta de pessoas idosas, quando eu chegava ao trabalho ficava mais a vontade, mas quando era na hora de ir embora, era outro problema, o outro filho ficava me esperando para ir para casa, e sem o pessoal da casa saber, porque se soubesse não ia aceitar eu trabalhar lá. Eu tinha medo de pegar ônibus achava que ia morrer. (Jane)

Além do medo de andar sozinha, Jane possui receio das pessoas descobrirem que possui transtorno mental, ou seja, ela se vê rotulada, estigmatizada, intitulado-se como anormal. Exibir ou ocultar, revelar ou esconder uma informação, mentir sobre ela, para quem, quando e onde, pode ser uma tentativa de manipular determinadas informações que podem gerar desconforto. A pessoa em sofrimento mental muitas vezes opta em “esconder informações sobre sua identidade social verdadeira, recebendo e aceitando um tratamento baseado em falsas suposições a seu respeito”.^{11:52}

Jane também aceitou ser tratada por seus patrões baseada em falsas suposições sobre si, pois se mostrava uma pessoa que não possuía problema algum de saúde enquanto seus filhos precisavam acompanhá-la até o emprego. Conforme relata abaixo, o processo de reconhecimento da doença que a perturbava foi extremamente difícil:

Eu não admitia que tinha esse distúrbio, eu não queria aceitar. Até hoje eu não aceito, eu queria ser normal. Não precisar tomar remédio. (Jane)

Nessa fala percebemos ainda a questão do autoestigma já anteriormente discutido e presente na maioria dos sujeitos do estudo. Outro ponto que merece destaque é o fato de “tomar remédio” que lhe retira a possibilidade de possuir status de normalidade, ou seja, impossibilitando-a de ser uma pessoa sadia.

Somado a isso, Jane se vê indisposta, causando incômodo para as pessoas que a cercam, principalmente para a sua filha. Vejamos o relato abaixo sempre retornando a questão da normalidade:

Eu fico do sofá para a cama, não tenho vontade de fazer nada. Aí eu queria voltar ao normal, cuidar de minhas coisas. [...] A minha filha, se incomoda porque fica tudo fechado. (Jane)

A falta de disposição característica do adoecimento está bem evidente, e o incômodo da filha pode se dar tanto pelo *déficit* de cognição resultante da meningite que teve durante a

infância, quanto pela incompreensão, comum entre familiares, a respeito dos comportamentos de isolamento que exige conhecimento dos sinais e sintomas do transtorno e amadurecimento para aceitar. Para alguns autores, tornar-se cuidador pode gerar sobrecarga, porque irá constituir uma quebra no ciclo esperado de vida, do qual pressupõe que pessoas adultas sejam independentes, além do que requer dos familiares mudanças na ordem de prioridades, ou seja, muitas vezes é necessário colocar suas necessidades e desejos em segundo plano e reorganizar a vida em função da pessoa adoecida.⁶⁸

A sobrecarga do cuidador pode ser gerada pelas alterações na rotina, diminuição da vida social, perdas financeiras, realização de tarefas e supervisão de comportamentos problemáticos.⁶⁸ Nessas condições, sentimentos de incômodo podem estar presentes, o que pode ter acontecido à filha de Jane.

Além disso, Jane também se vê impaciente, com baixa tolerância diante de certas circunstâncias, tais como:

Na Igreja tem hora que colocam o som muito alto que da vontade de derrubar as cadeiras e sair correndo. (Jane)

O fato de “dar vontade de sair correndo” expresso por Jane tem evidenciado a falta de paciência em manter-se em uma atividade da qual sente desconforto. Além disso, outras situações também causam-lhe desconfortos, uma delas é sentir-se incapaz de fazer algo, considerando-se na maioria das vezes improdutivo como pode ser visto abaixo:

Para mim é como se tivesse tudo acabado, eu não tenho mais vontade de trabalhar, não tenho paciência. Eu estava vendendo fruta antes de vir para cá, mas aí eu comecei a perder dinheiro, não sabia mais passar troco (começou a chorar). (Jane)

É necessário informar ao leitor que Jane também relata dificuldade de memorização, mas isso não deveria ser o motivo para sentir-se incapaz de retornar ao seu grau de autonomia financeira, assim como se sentia quando trabalhava. Com o transtorno mental, o poder de contratualidade, denominado por Saraceno⁶⁵, tende a ser prejudicado. Por isso os serviços devem cada vez mais trabalhar o resgate dessa contratualidade e a busca da segurança ontológica.

No entanto, mesmo compreendendo como Jane se sente com medo das situações inusitadas, medo de ser rotulada, e se vê “anormal”, impaciente e não mais capaz de trabalhar, passemos agora a entender como ela relata como os outros a vê.

4.4.2 Percepção do OUTRO sobre MINHA identidade: Como o outro me vê?

Para Jane, a percepção que o outro possui dela tanto se traduz em ajuda quanto em dor ou lamentações, como veremos no transcorrer desta categoria. No entanto, relata que as pessoas em geral não conseguem identificar se ela possui ou não algum transtorno mental:

Eu acho que eles me veem normal, mas magra, não sabem o porquê. (Jane)

A fala de Jane afirma exatamente a questão da não visibilidade das características que a tornam diferente dos outros, a qual Goffman tanto enfatiza em suas obras que nem sempre um estigma é visível, pois “uma apresentação compulsória em público serão pequenas em contatos particulares, mas em cada contato haverá algumas consequências que, tomadas em conjunto, podem ser imensas”,^{11:58} ou seja, a visibilidade de um estigma traz grandes consequências para a vida social.

Essas consequências podem ser traduzidas em preconceitos e discriminações que aumentam ainda mais a possibilidade de isolamento e exclusão do convívio em sociedade. Esses talvez sejam alguns dos motivos pelos quais Jane tenha receio de tornar visível às pessoas em sua volta informações sobre seu estado mental. Além disso, ao saberem de seu adoecimento, irão apontá-la como “louca”, podendo de algum modo sofrer ainda mais comentários. Isso é o que evidencia em seu relato:

Eu acho que se eles [as pessoas] soubessem que eu faço tratamento [no CAPS], diriam que eu estava louca, que se me vissem sem tomar banho e sem ver ninguém diriam que estava bom de me internar. Tem uma vizinha que diz comigo: - vai mofar! Porque eu fecho tudo e ninguém sabe que eu estou em casa. (Jane)

O receio verbalizado por Jane também perpassa pela questão intitulada por Goffman de “aceitação”, ou seja, ela tem medo de que as pessoas do seu convívio não consigam lhe enxergar e lhe dar o respeito e a consideração que outras características não estigmatizadas de sua identidade social possam receber. Para ela, uma característica fora dos padrões estabelecidos socialmente tem o poder de suprimir todas as outras qualidades que integram sua identidade. E isso acaba levando-a a não revelar o adoecimento e, consequentemente, achar que as pessoas não sabem sobre sua doença.

Segundo Goffman, alguns atributos mesmo visíveis são ignorados, e as pessoas não evidenciam espanto ao se deparar com eles. Até porque um dos seus vizinhos percebera que

Jane não estava bem e tentou ajudá-la, mesmo sem o sofrimento ter sido revelado. Talvez a informação do seu estado mental não estivesse tão invisível assim. Vejamos o seu relato:

Tem um vizinho que sabe, porque foi ele que me aconselhou a fazer o tratamento aqui [no CAPS]. Porque é desses vizinhos que ficam muito no pé e percebeu que eu estava emagrecendo muito, quando eu cheguei na rua eu pesava 68 kg e fiquei com 35 kg e o povo dizia: tá muito magrinha. Mas eles não sabem, porque eu não comento. (Jane)

Mesmo recebendo ajuda, Jane evita comentar com as pessoas o que possui, e com para isso, possivelmente tentando evitar contatos, aumenta seu isolamento. Mas o afastamento não a impediu de sofrer discriminação:

Já me senti sim discriminada, na vida sim [balança a cabeça afirmando a resposta]. E respondendo isso com lágrimas, só faço chorar, é horrível. (Jane)

O sofrimento advindo do estigma e dos preconceitos adquiridos é nítido em Jane. E ela ressalta o preconceito sentido principalmente da percepção que a sua religião tem sobre o adoecimento mental. Vejamos abaixo o seu relato:

Na minha religião, as pessoas dizem que depressão é do diabo, mas uma vez eu disse ao pastor que do diabo é porque ele nunca passou o que eu passei. Porque criticar os outros é fácil. Outro dia eu estava no supermercado e chegou uma crente, de outro lugar, não é da minha igreja, aí olhou para mim e perguntou tá com diabetes? Ai eu disse: - Não. - Está tão magrinha [...] aí olhou pra mim e quis perguntar se era câncer, ou aids, pelo olhar [...] aí eu disse: - Não [...] é uma depressãozinha, mas vai passar. Aí ela falou: - O quê irmã, DEPRESSÃO? Depressão é do diabo! Aí me matou alí (fez um sorriso tímido, baixando a cabeça). (Jane)

O fato da religião frequentada por Jane associar depressão às causas diabólicas reforça a percepção da loucura na idade média, em que era vista como consequências de atos pecaminosos ou promíscuos e explicada sem base científica. A ideia que se tinha nessa época era que as pessoas “loucas” eram aquelas que se desviavam da regra da razão e que recebiam mensagens do diabo ou que eram possuídas por ele, e se cometessem suicídio jamais seriam aceitas no reino de Deus.⁵⁷

Outro aspecto dessa questão que deve ser considerado é que ao falar em religião, falamos de instituições específicas de autoridade que ocupam lugar de destaque. O líder religioso de Jane representa uma autoridade religiosa, que segundo Giddens¹⁰, ao cultivar a sensação de que as pessoas estão cercadas por ameaças e perigos vividos diante da tentação do diabo, induz a concluir que a mudança de humor e tristeza presentes em Jane revelaria sua fraqueza diante da presença dessas forças em sua vida.

Assim percebemos que mesmo com o surgimento de outras concepções sobre o adoecimento mental, imagens cultivadas durante décadas continuam a permear no imaginário das pessoas nos tempos de hoje. Essas concepções acabam influenciando a forma como Jane se comporta e como constrói sua identidade.

Jane passa a cultivar uma identidade para os seus conhecidos da igreja que esconde o seu verdadeiro eu, que esconde a condição de sua saúde. “A descoberta prejudica não só a situação social corrente, mas ainda as relações sociais estabelecidas. [...] O estigma e o esforço para escondê-lo ou consertá-lo fixam-se como parte da identidade pessoal”.^{11:76} Se as pessoas que conhecem Jane descobrirem que faz tratamento no CAPS, poderão enxergá-la de modo diferenciado.

Do mesmo modo que a irmã de Jane a enxerga. Para ela, o processo do adoecimento mental seria uma opção que a pessoa faz em manter-se ligada ao sofrimento. E partindo deste ponto de vista, mesmo tentando ajudá-la, a irmã de Jane não compreende o adoecimento e nem acolhe as dificuldades expressas por Jane. Vejamos o relato que segue:

Se eu disser que não estou comendo a minha irmã, ela fica colocando comida na minha boca, e eu digo tá bom, aí ela diz: - Tá vendo uma coisa dessa a pessoa não come, isso é coisa de sua cabeça [fala com um tom mais áspero e irritado]. Sim pode ser que seja da minha cabeça, eu sei que talvez seja, que eu não vou morrer porque estou com medo, mas o medo é tão grande que eu fico me tremendo quando eu como mais um pouquinho. (Jane)

A falta de compreensão de sua irmã reflete o desconhecimento sobre o processo do adoecimento mental e ausência de orientações em como lidar com Jane nessa situação. O fato de expressar “isso é coisa de sua cabeça”, além de pôr em dúvida o sofrimento sentido por Jane, também a faz aceitar o que sua irmã quer, na tentativa de agradá-la, reprimindo suas vontades, buscando adaptar-se às exigências da mesma e não a favor de sua necessidade de compreensão e ajuda.

Assim, evidenciamos que Jane tem medo de que as pessoas saibam que possui transtorno mental e que a estigmatizem, pois percebe que do mesmo modo que sua religião e sua família não compreendem o sentido do adoecimento mental outras pessoas também podem não compreender. Essa é a visão que Jane acha que os outros têm dela. Mas como será que ela percebe as pessoas que estão em sua volta?

4.4.3 Percepção da Identidade do OUTRO: Como os vejo?

Jane ao verbalizar como percebe os usuários e profissionais do CAPS, bem como a família e os amigos, restringiu-se a poucas palavras. Vejamos:

Eu não consigo me entrosar com todo mundo [...]. Só que lá fora [do CAPS] eu não converso. Aqui o que se conversa fica aqui [...] Tem uma menina que mora perto de mim, mas ela é muito calada. (Jane)

Nessa fala, percebemos que Jane é uma pessoa que tem dificuldades de interação social, e o fato de restringir essa interação com as pessoas que estão ao seu redor cotidianamente, como no CAPS, reflete-se em maiores dificuldades de entrosamento com as pessoas um pouco mais distantes, nesse caso os vizinhos, o pessoal da igreja, a família extensa e outros. Estaria Jane se autoexcluindo do convívio social ao perceber que possui algum estigma?

Sob a luz dos argumentos de Goffman, Jane incorpora todos os padrões da sociedade, tornando-se intimamente suscetível ao que os outros veem como seu defeito, levando-a a concordar que, na verdade, ficou abaixo do que realmente deveria ser.

Ao que parece, Jane se sente protegida no CAPS, assegurando-se de que o conversado nesse ambiente permanece nele. Também ocorre que nesse ambiente se sente aceita e, consequentemente, mais à vontade para ser quem é do que nos demais ambientes externos ao CAPS. Ela vê os profissionais do CAPS não como pessoas que irão julgá-la, e sim como pessoas que a ajudarão. Vejamos abaixo:

Eu acho os profissionais daqui muito carinhosos, pelo menos comigo e com todos é aquela preocupação, quando passa mal, quando fica no canto, eles vem [...] (Jane)

A demonstração de carinho e preocupação faz com que o usuário sinta-se cuidado. Quando os profissionais se comportam dessa forma, como pessoas “compassivas dispostas a adotar seu ponto de vista no mundo e a compartilhar o sentimento de que ele é humano e ‘essencialmente’ normal apesar das aparências”,^{11:29} permitem construir uma relação de confiança e benevolência que pode estar fornecendo a Jane apoio moral e conforto em sentir-se como em sua própria casa, em um ambiente que a trata como uma pessoa igual a qualquer outra.

Além desses fatores, Jane também percebe alguns de seus familiares e vizinhos como fonte de apoio, principalmente em relação ao estímulo para frequentar o CAPS, conforme observado no relato que segue:

Minha menina dizia: - Mas mãe a senhora tem que ir, porque a senhora precisa para ficar boa, aí eu vinha. [...] Minha vizinha me trata bem. Outro dia minha pressão subiu e ela ligou para minha filha perguntando como eu estava. (Jane)

Na fala de Jane, é nítido o apoio social ofertado pela família e amigos. Esse apoio pode aumentar a capacidade de lidar com o estresse, agindo como moderador de estresse ou provedor de bem-estar.⁶⁹

Goffman considera que há um conjunto de pessoas dos quais o estigmatizado poderá esperar algum tipo de apoio, são eles: os que compartilham o mesmo estigma e os “informados”, que são pessoas normais cuja situação levou-os a simpatizar, aceitar e respeitar o estigmatizado. No caso de Jane, os profissionais e a vizinha podem se comportar como esses “informados”, e os outros usuários do CAPS como os que possuem estigmas semelhantes ao seu. “Os ‘informados’ são os homens diante dos quais o indivíduo que tem um defeito não precisa se envergonhar nem se autocontrolar, porque sabe que será considerado como uma pessoa comum”.^{11:37}

Então, como os relatos de Jane expressam a percepção que tem sobre os profissionais e usuários do CAPS identificando-os como fonte de apoio, isso nos remete a buscar compreender quais relações e influências sua permanência nesse serviço, o CAPS, tem apontado sobre sua identidade. Acompanhemos a seguir o entendimento dessas relações.

4.4.4 A identidade CONSTRUÍDA no CAPS: Quais influências sobre mim?

Em seu depoimento, Jane deixa claro que não precisou em nenhum momento modificar sua forma de existir para ser aceita no CAPS:

Eles me aceitam assim do jeito que sou, eu costumo até dizer; eu não nasci para ser atriz. Não sei representar, meu jeito é esse mesmo. [...] Eu me sinto bem, deixam a gente à vontade, quando eu quero deitar, corro lá para trás pego o colchonete e me deito, eu gosto. (Jane)

Aqui percebemos que o CAPS busca não violar a identidade do eu de Jane, procurando deixá-la o mais à vontade possível, não lhe impondo a fazer ou ser uma pessoa que não é. No relato expresso acima, parece que a autonomia de Jane não tem sido violada pelo serviço CAPS, porém no relato que segue abaixo não parece manter-se essa postura:

Achei ruim, ficar o dia todinho no CAPS. Dava vontade de ir para casa e chorava muito. Não sentia vontade de vir. (Jane)

Essa fala vem confirmar que a vontade de Jane nem sempre fora mantida, pois o fato de estar em crise e provavelmente na modalidade intensiva de tratamento parece tornar-se fator obrigatório à sua permanência no CAPS os dois horários, mesmo que essa decisão não a agrade. Mas nem sempre a decisão terapêutica agrada, e quando isto acontece manter uma pessoa os dois horários no CAPS sem a sua aprovação pode violentar sua autonomia.

Apesar de Jane revelar que não é obrigada a realizar uma atividade que não queira, ainda assim, termina se submetendo a realizá-la por ser, às vezes, a única opção existente no momento. Ou então, caso não queira executá-la, poderá assim o fazer desde que não haja a liberação do serviço para retornar a sua casa mais cedo. O CAPS tem respeitado, ainda que limitadamente, a vontade do usuário, como observamos em Jane. Se ela não quiser participar da atividade, ela não participa, mas também não poderá sair da instituição até o horário pré-estabelecido no contrato firmado quando chegou ao CAPS. Diante disso, Jane afirma:

Às vezes eu fico sem paciência de ficar, tem coisa que é para participar e estou sem paciência, nem todo dia eu estou disposta para ficar, mas tem dia que eu me sinto bem. (Jane)

O fato de mostrar-se sem paciência pode ser característica do próprio quadro de sintomas proveniente do adoecimento mental, havendo a necessidade de estimular a participação de Jane em algumas atividades, pois isso pode ser muito significativo para sua melhora. Entretanto, caso Jane, mesmo após o estímulo, não queira participar, mantê-la forçadamente em um local ao qual não deseja estar compromete seu sistema de valores favorecendo a violação de sua identidade.

Sendo assim, o respeito as suas escolhas deve ser sempre considerado. Porém, isso não impede que profissionais continuem incentivando a participação dos usuários nas atividades oferecidas pelo CAPS. No caso de Jane, os profissionais tentavam convencê-la de ficar no CAPS, na tentativa de demonstrar o cuidado visando a melhoria do seu estado. Observemos o relato abaixo:

No começo eles conversam individualmente para a gente ficar aqui. Sempre quando a gente está aperreada, a psicóloga conversa. (Jane)

Sendo assim, percebemos que não só o adoecimento e o tratamento no CAPS, mas toda a história de vida de Jane tem contribuído para mudanças em sua identidade. Sua trajetória de vida, mergulhada em perdas, mostrou-nos quantas adaptações na identidade são necessárias para conseguirmos darmos conta do desamparo, do medo, da separação e de todo

o tipo de sofrimento que atinge a alma. Jane nos ensina a identidade possível para a diversidade de situações que a vida revela.

Por fim, a partir da apresentação e discussão dos depoimentos dessas quatro pessoas que vivenciam o adoecimento mental e que são acompanhadas em CAPS: Lê, Patrícia, Verônica e Jane, somados aos registros de observação e diário de campo, pudemos evidenciar que a percepção de como se veem revela semelhanças em vários aspectos, a começar pelas lembranças de medo, impaciência sentida e comportamentos manifestos na infância e adolescência.

Dentre as quatro, somente Verônica referiu a experiência de uma infância saudável. Mas, por outro lado, revela um final de adolescência marcado por maus tratos gerados pela violência conjugal, após seu casamento. Entretanto, esse tipo de violência não esteve presente somente na história de Verônica, a história de Jane também foi fortemente impregnada por agressões físicas e psicológicas, humilhações e medo provocado pelo companheiro. Já Patrícia e Lê referem também terem sido vítimas de agressão física, não de cônjuges, mas de suas mães quando crianças.

Tais achados convergem para o fato de que o transtorno mental guarda profunda relação com a trajetória de vida de cada ser humano. Na história das quatro entrevistadas do estudo, as perdas em suas trajetórias foram constantes: perdas de pessoas queridas como os pais de Jane, o pai de Lê, o filho de Verônica e a avó de Patrícia, além das perdas de alguns valores considerados importantes como a autonomia e o respeito, a perda da independência econômica a partir do momento que a habilidade de manter-se em um emprego passa a ser prejudicada.

Essas perdas de habilidades afetivas, como o baixo nível de tolerância relatado por Lê e Jane e de motivação expresso por Verônica e Patrícia, têm dificultado o reconhecimento da capacidade produtiva que possuem frente a um emprego. Das quatro participantes do estudo, Verônica é a única que trabalha e juntamente com Patrícia são as únicas que mantêm a vontade de estudar e progredir profissionalmente.

Percebemos que Lê e Jane se sentem incapazes de trabalhar, se autocensuram, ratificando a todo instante a autoestigmatização. Em seu relato, Lê refere não se sentir merecedora de um companheiro que não possui transtorno mental, que não tem vergonha de acompanhá-la e que gosta de sua pessoa, a ponto de considerar-se um fardo na vida das pessoas mais próximas, interpretando que para aqueles que permanecem ao seu lado estarão sujeitos a sofrer as consequências das mudanças de humor e comportamento proveniente do

seu adoecimento. Esse mesmo modelo mental é perceptível em Jane quando se considera um incômodo para sua filha.

Além disso, Jane não concebe o fato de revelar o problema que possui e, apesar de ter sido a única a conceber a vergonha e adotar um comportamento de autoproteção em relação ao seu diagnóstico, todas as outras entrevistadas referem medo de terem suas identidades violadas, de serem estigmatizadas e pelo estigma serem abandonadas, somando ainda mais perdas em suas vidas. Patrícia, por exemplo, tem medo de ser rejeitada por seu Pai, por isso prefere não o conhecer mais. Jane tinha medo de ser abandonada pelo marido durante a gravidez e perder seu referencial de vida que era manter uma família.

Nesse sentido, os benefícios do tratamento no CAPS sobre as identidades de Lê, Patrícia, Verônica e Jane foram identificados como, por exemplo, uma maior autopercepção, autoconhecimento e melhora da autoestima.

Assim, adoecimento e tratamento trouxeram também reflexos positivos sobre a identidade pessoal dessas mulheres. Verônica considera-se após o adoecimento mais determinada, responsável, aprendendo a valorizar mais as coisas simples e as pessoas queridas, resignificando as situações ocorridas na vida, transformando-as em proveitosas experiências.

Quanto à percepção que os outros têm sobre elas, as quatro entrevistadas relataram de forma unânime que as pessoas pensam que todo mundo que toma medicação psicotrópica ou que faça tratamento em um serviço especializado é “*doido*”, sendo isso considerado por elas um incômodo. Para elas, a sociedade tem uma percepção errônea sobre o transtorno mental, julgando-as incapazes de dizer a verdade, perigosas, estranhas e sabidas por fazerem valer seus direitos em diversas situações. Acreditam que também as consideram pouco produtivas e muitas vezes desvalorizam o que sentem. Por outro lado, a doença mental seria vista como algo que surge na cabeça das pessoas e que não carece de preocupação nem de cuidados. Assim, uma identidade social e pessoal de “*doido*”, “*estranho*”, “*perigoso*”, “*sabido*”, “*pouco produtivo*” e de “*não merecedor de atenção*” passam a acompanhá-las como uma sombra a partir do adoecimento.

Entretanto, todas as quatro depoentes também expressam que nem sempre as pessoas percebem quem possui o transtorno mental, a menos que estejam em crise ou tragam algumas informações sobre seu tratamento. Relatam que somente algumas pessoas percebem que possuem algum problema de saúde. Assim, a doença tem uma possibilidade de ser

socialmente invisível em diversas situações, o que pode ser positivo para a não disseminação do estigma e, conseqüentemente, da instalação da discriminação.

Porém, quando o estigma é sentido, o sofrimento torna-se ainda mais amedrontador e persistente. Lê relata que tanto a filha quanto as vizinhas se afastam, mantendo certo distanciamento. Nesse sentido, para Lê e Jane, a sociedade reforça a ideia de que as pessoas adoecidas mentalmente não precisam sair de casa, pois podem agredir alguém ou conversar sobre um assunto irreal criado no seu imaginário, retratos da identidade estigmatizada, isolada e mortificada, como afirma Goffman.

Jane e Verônica também trazem a reflexão de que os familiares, muitas vezes, sentem-se sobrecarregados pela constante responsabilidade sobre seus entes adoecidos, não compreendendo as mudanças de comportamento proveniente da doença, fugindo da situação, mostrando-se insensíveis e com dificuldades de aceitá-las tal como são. Isso aumenta nos sujeitos investigados a impossibilidade de se mostrarem tal como são e de trilharem um caminho de autenticidade e autonomia, pois possuem identidades oprimidas.

Para Verônica, muitas pessoas enxergam as pessoas com transtorno mental com desprezo, julgando-se superiores e inconfundíveis, temendo qualquer comparação e aproximação. Já Patrícia revela que a forma como o outro a percebe depende da forma como também o percebe. Se ela os vê com respeito, também passa a ser respeitada; se ama, também passa a ser amada. Essas mulheres que transitam entre um referencial de identidade socialmente desvalorizado para uma identidade a ser permanentemente cultivada nas interações com o “outro”.

Assim, a percepção que Lê, Patrícia, Verônica e Jane possuem sobre as pessoas, dentre elas, as acompanhadas pelo CAPS, são tidas como importante fonte de apoio, suporte emocional para os momentos mais difíceis. Para elas, isso se deve ao fato de serem mais sensíveis, compreenderem melhor o processo do adoecimento mental, de compartilharem seus pensamentos com mais facilidade e de colaborarem para a melhoria da sua saúde. Assim, tal percepção nos ensina que a sensibilidade, o suporte emocional, o compartilhamento dos sentimentos e ideias junto a outras pessoas que sofrem pode substituir o estigma e a discriminação e envolver outros cenários de vida para além do CAPS.

Em relação às pessoas que não estão vivenciando o transtorno mental, são vistas pelas quatro entrevistadas como pessoas orgulhosas e preconceituosas, que têm medo de serem rotuladas, preferindo não procurar um serviço de saúde mental quando precisam, para não terem que enfrentar o estigma social e o próprio autoestigma. Assim, a identidade do

“diferente” se sobreporia aos ditos “normais” e em melhores condições de aceitar a ajuda quando necessária. Ser diferente tem suas vantagens.

Assim, a partir da convivência com pessoas que compartilham das mesmas histórias fizeram - nas mudar a visão sobre o adoecimento mental e sobre a pessoa que adoece ou a que poderá adoecer num ou noutro momento de sua existência. Hoje, elas conseguem enxergar que qualquer um está sujeito ao adoecimento, que pessoas com problemas semelhantes podem ser exemplo de superação e motivação para suas vidas, e que mesmo àquelas mais debilitadas, possuem potencialidades que podem ser acessadas. Patrícia começou a enxergar que as pessoas quando melhoram de suas crises retomam suas vidas com o mesmo potencial de antes, sendo possível o retorno ao trabalho, por exemplo. Isso ratifica o pensamento de Goffman que somente a partir do conhecimento da biografia é possível construir a identidade pessoal e desconstruir preconceitos.

Para Verônica, Jane e Lê a família ainda encontra-se despreparada para lidar com o adoecimento mental o que acaba favorecendo a proliferação do estigma primeiramente no próprio núcleo familiar. A filha de Lê, por exemplo, exclui a mãe de seus passeios e atividades sociais, segundo a mãe por sentir-se envergonhada diante do comportamento inadequado da mãe em relação ao que a sociedade estabelece como padrão. Diante dessa dificuldade da família, quem exerce o papel de apoiador são os amigos, como também entram nesse circuito os serviços de saúde especializados como o CAPS.

Estar no CAPS para as quatro entrevistadas é sentir-se à vontade para se expressarem, sem medo de julgamento, sentindo-se úteis como é o caso de Verônica quando ajuda os outros usuários do serviço. Relatam que o fato de estarem entre pessoas com problemas parecidos e entre profissionais que demonstram interesse e dedicação para com elas tem contribuído para que se sintam cuidadas e protegidas. Um reflexo positivo dessa percepção sobre suas identidades diz respeito à possibilidade concreta de, ao sentirem-se protegidas, poderem ser autênticas e espontâneas, enquanto um possível reflexo negativo seria a limitação espacial e relacional dessa possibilidade.

Para Verônica, o CAPS é tão protetor, que acaba construindo, sem que os profissionais percebam, uma relação de proteção demasiada gerando um sistema de dependência contínua que pode algumas vezes, comprometer o poder de contratualidade das pessoas adoecidas.

Tal relação de proteção pode estar sendo a motivadora do não esclarecimento satisfatório do diagnóstico aos usuários, nitidamente relatados por Lê, Jane e Patrícia. E isso

acaba negligenciando um dos direitos que se tem em qualquer serviço de saúde – o acesso ao diagnóstico, a menos que o usuário não o queira saber.

Outro fator organizacional do CAPS que pode interferir no processo identitário dessas mulheres diz respeito à forma como se estruturam as atividades no serviço, as quais seguem um cronograma construído pelos profissionais. Apesar de planejarem de acordo com as necessidades da maioria dos usuários, o número reduzido de profissionais envolvidos faz com que não seja considerada a singularidade de todos os usuários, o que pode ser um dos motivos de não agradar a todos. As entrevistadas relataram também não serem obrigadas a realizar atividades que não queiram, mas como são as únicas ofertadas pelo CAPS, acabam se submetendo a executá-las.

Quando realmente não querem executar e preferem dormir ou descansar fora da atividade em grupo que esta sendo ofertada naquele momento, queixam-se da precária estrutura que o CAPS possui. Percebemos durante as idas ao CAPS para a realização da pesquisa que muitos usuários quando estão descansando ficam em colchonetes espalhados pelo chão do CAPS, sem nenhuma privacidade nem conforto. A não existência de dormitórios, salas de descanso, ambiente adequado e climatizado ratificam o descaso à privacidade e à integridade dessas pessoas, violando suas identidades.

A situação se agrava ainda mais quando há falta de medicamentos para os usuários manterem-se estabilizados em seus processos de adoecimento; quando há falta de verba para comprar o lanche; quando há atrasos no horário da refeição e; quando há deslocamento dos recursos destinado a outras funções, tal como o uso do carro que poderia estar destinado exclusivamente a realização de visitas domiciliares, busca ativa e atividades extra muros, e na realidade encontra-se subutilizado.

Patrícia e Verônica queixam-se das constantes mudanças de funcionários, as quais têm dificultado a manutenção dos vínculos construídos entre os profissionais e usuários. Tal situação se deve ao fato de que há anos não se faz concursos públicos, e o número de profissionais permanentes no serviço é mínimo em relação ao número de pessoas contratadas por tempo determinado, que ao mudar a gestão municipal acabam sendo remanejados para outros setores, deixando os usuários mais uma vez com a sensação de abandono diante de uma equipe muito volátil.

Essa forma de funcionamento do CAPS exige mudanças constantes na identidade das pessoas que ali frequentam. Não estariam sendo violadas as suas identidades quando não se respeita a construção de vínculos de confiança? Como salvaguardar o sigilo das informações

confidenciais diante desse risco constante? Como manter a coesão e o propósito terapêutico dos grupos diante da volatilidade dos profissionais facilitadores? São questionamentos como esses que tornam-se fonte constante de insatisfação da equipe e usuários.

Ainda, assim, identificamos no serviço espaços de participação dos usuários para reivindicar melhorias no serviço. Houve um dia, durante a coleta de dados, que ao chegarmos ao CAPS estavam todos os usuários reunidos solicitando a presença do administrador para explicar a transferência de uma funcionária para outro serviço, com a qual haviam construído um vínculo.

Ficou evidente para nós a capacidade e lucidez dos usuários em busca de melhorias e reivindicação para participar das decisões a serem tomadas no serviço, ponderando sobre qual o efeito das mesmas sobre o tratamento dos mesmos. Percebemos, então, que o CAPS oferece abertura para os usuários se manifestem sem estarem expostos ao julgamento da equipe. No entanto, certas decisões ou mudanças ainda ocorrem no CAPS sem o envolvimento, consulta ou esclarecimento dos usuários sobre o ocorrido, colocando em risco o propósito de serviço em transição.

Exemplo disso ocorreu no dia em que chegamos ao CAPS para fazer mais uma entrevista e não havia nenhum profissional de nível superior no serviço. Todos se encontravam, segundo a técnica de enfermagem, numa reunião na secretaria de saúde do município. Pareceu-nos que os usuários não estavam sabendo disso e aguardavam os atendimentos. Essa situação nos fez refletir sobre o nível insuficiente de comunicação e compromisso entre o serviço e os usuários.

Entretanto, também não sabemos os motivos ao certo, que os levaram a tomar esta atitude. Não sabemos se os profissionais foram acionados de emergência para esta reunião e não houve tempo suficiente para comunicar os usuários e assim prepará-los, ou para providenciar a substituição de profissionais para estarem no CAPS naquele momento.

Porém observamos que a carência deste profissional de referência foi reafirmada pelas frequentes solicitações de entrevistas de pesquisas, chegando a se voluntariarem para a mesma, com o intuito de terem a oportunidade de expressarem o que sentiam e serem ouvidos.

Assim, em alguns momentos, foi necessário abrir uns parênteses na pesquisa e atender a algumas solicitações fora do seu arcabouço, no sentido de confortar os usuários, ajudá-los e orientá-los no que era possível para o momento. Tais solicitações evidenciaram a necessidade dos usuários serem ouvidos, o que não está ocorrendo, muito provavelmente pela falta de

tempo suficiente e de profissionais para fazerem isso individualmente. Saíamos do CAPS felizes por ter ajudado, mas preocupadas com o perceptível retorno à lógica da pouca comunicação, que Goffman (2008b) expressa entre o mundo dos internados e o mundo da equipe dirigente.

Outras questões reforçam a necessidade de construção de um novo modelo de atenção – o biopsicossocial. As quatro participantes do estudo afirmam a importância do CAPS ao festejar as datas comemorativas, que é muito bom participar dessas comemorações, pois trazem alegria e promovem a saúde. Durante a coleta de dados, tivemos a oportunidade de acompanhar uma dessas festas: o São João, em que verificamos a presença considerável de familiares e amigos, uma contagiante sensação de alegria, animação e liberdade de expressão.

Essas formas de integração colaboram com a construção do modelo biopsicossocial, mesmo que em fase de transição, ou seja, saindo de um modelo centralizador de vigilância constante, para um modelo descentralizado que estimula a liberdade e protagonismo do sujeito, mesmo que diante de uma rede insuficiente de atenção psicossocial no município.

Sendo assim, todas essas percepções de como as mulheres sujeitos desta pesquisa se percebem e são percebidas e que relações são mantidas no CAPS favorecem uma verdadeira interligação de identidades, em que não se é possível separá-las em diferentes dimensões, mas contribuindo ou inibindo a forma como nos apresentamos ao mundo e a forma como esperamos que esse mundo nos reconheça.

Toda identidade sofre modificações à medida que escondemos ou revelamos nossos atributos, como o outro nos enxerga e como somos tratados. Ficam evidentes tais modificações entre os sujeitos entrevistados. É preciso compreender que tudo influencia a construção da nossa identidade: o contexto, as experiências, as interações sociais e a nossa percepção sobre as coisas. Com isso, concluímos que somos compostos de identidades flexíveis, intencionais, adaptáveis e possíveis para cada momento.

Finalizando, as identidades dos sujeitos entrevistados sofrem os efeitos do estigma e da discriminação, reforçados pela desinformação, rejeição de familiares, incapacidade produtiva, abordagem protetora presente nos serviços substitutivos ao manicômio, fazendo com que os estudos de Goffman se tornem apropriados ao contexto social investigado. Por outro lado, o adoecimento seguido do tratamento fora dos muros dos hospitais psiquiátricos tem favorecido uma identidade que se constrói em relações de ajuda mútua, de liberdade de expressão, de valorização da diferença e dos aprendizados adquiridos através do sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A IDENTIDADE EM CONSTANTE CONSTRUÇÃO

Desenvolver esta pesquisa foi um grande desafio, um desafio transbordante de emoções, à medida que as histórias destas quatro mulheres iam se nos revelando.

Responder como a identidade se constrói e se revela diante do adoecimento mental só foi possível ao atingirmos cada objetivo da pesquisa, identificando como a pessoa se percebia antes do adoecimento mental, como agora se percebe e percebe o outro a partir da experiência do adoecimento, qual percepção possui de como a sociedade o percebe e quais as possíveis influências do acompanhamento CAPS nesse processo de construção.

Para tanto, escolhemos a abordagem qualitativa para um desenho de pesquisa descritiva exploratória que utilizou como estratégia a história oral de vida tópica. Esta estratégia foi imprescindível para acessarmos a identidades construídas a partir do adoecimento mental. Assim, foram selecionados como sujeitos, quatro mulheres que vivenciaram e continuam a vivenciar o processo de adoecimento mental, com acompanhamento de uma equipe multiprofissional de um CAPS de Maceió.

O conteúdo revelado durante as entrevistas foram mergulhadas de reflexões do próprio sujeito sobre sua vivência, revelando suas ideias, crenças, opiniões, sentimentos, condutas, projeções para o futuro e razões conscientes e inconscientes em relação a alguns comportamentos. Assim, os resultados submetidos à análise temática e interpretados à luz do referencial teórico de Erving Goffman forneceram subsídios para compreendermos como ocorre a construção dessas diversas identidades, sejam elas construídas pela própria pessoa ou pela visão de outras, mas que independente de quem as constrói, irão influenciar na maneira de ser e de interagir com o mundo. E foi dessa forma que conseguimos perceber como vem se revelando e se construindo a identidade desses sujeitos.

É importante deixar claro que o adoecimento não ocorreu no momento da procura do serviço CAPS. tendo as pessoas relatado o início do seu adoecimento muito antes de procurarem o serviço especializado. Exceto uma das participantes do estudo, todas as outras se percebiam como crianças adoecidas, relatando que na infância já sentiam muito medo, eram impacientes e apresentavam alguns comportamentos estranhos aos padrões sociais. A trajetória de vida de todas elas, carregada de sofrimento, ao longo da adolescência e da fase adulta agravou os sintomas iniciados nos primeiros anos de vida.

Histórias de violência doméstica e conjugal, humilhações, medo e perdas de pessoas, de emprego, de independência financeira, de valores autonômicos, de dignidade, de privacidade e de respeito; violaram o modo de ser e existir destas pessoas no mundo, exigindo adaptações às adversidades que a vida apresentava, transformando abruptamente suas identidades.

Hoje essas quatro mulheres se percebem de diversas formas, umas com baixa capacidade de tolerância aos problemas do dia a dia, baixa autoestima, alta autocensura, sentimento presente de incapacidade para trabalhar. Consideram-se um incômodo e uma sobrecarga para seus familiares, percebem-se como “anormais”, sentem-se envergonhadas pelo diagnóstico de transtorno mental e sofrem o medo da discriminação, da rejeição e do abandono da família e da sociedade. Com isso, muitas vezes preferem manter uma identidade anônima.

Por outro lado, o processo do adoecimento trouxe mudanças em sua forma de ser após a procura de um tratamento, revelando-se em oportunidade de autoconhecimento e de elevação da autoestima. Percebem-se mais determinadas, responsáveis, sabendo valorizar mais as coisas simples e as pessoas queridas, aprendendo a resignificar emoções a partir das experiências duramente vividas.

Em relação à percepção que os outros possuem sobre o adoecimento mental, evidenciamos que, segundo as mulheres participantes do estudo, as pessoas em geral não reconhecem quem tem transtorno, ao menos que as informações sociais sejam bastante evidentes. Quando percebem ou descobrem acham que nenhuma das pessoas com transtorno mental tem consciência, e começam a atribuir-lhes identidades de “doidas”, “estranhas”, “perigosas”, “pouco produtivas”, “não merecedoras de atenção” e “sabidas” o suficiente para simularem uma doença e conseguirem algum tipo de benefício.

Somado a isso, essas pessoas que não possuem transtornos mentais excluem aquelas que possuem do convívio social, por vergonha ou sentimento de superioridade, fazendo com que mantenham um comportamento de isolamento e distanciamento, por acreditarem que assim o desejam.

A pesquisa evidenciou também qual a percepção daqueles que sofrem mentalmente sobre as pessoas que estão em sua volta. Consideram as pessoas acompanhadas pelo CAPS mais sensíveis, confiáveis, compreensivas, que compartilham pensamentos e trocam experiências fornecendo apoio e suporte emocional para os demais que fazem tratamento. Em relação às pessoas que não possuem transtorno mental, as identidades construídas são de

pessoas orgulhosas e preconceituosas, que não procuram nenhum serviço de saúde mental com medo de sofrerem discriminações sociais. Quanto à família, a pesquisa aponta a necessidade dela ser trabalhada para compreender o sofrimento mental que passa seu ente adoecido favorecendo a desconstrução de alguns estigmas sociais. Para essas mulheres, ainda assim, a família é um apoio no seu tratamento.

Outra evidencia é que após a entrada no CAPS ocorre uma espécie de transformação de percepção em relação ao processo do adoecer. Essas mulheres passaram a perceber que qualquer pessoa pode adoecer, que a crise é passageira e quando conseguem superá-la, podem voltar a cumprir todas as responsabilidades pertinentes à vida adulta.

Não enumeramos somente essa evidencia. Encontramos inúmeras influências da participação do CAPS na identidade das pessoas com transtornos mentais. O CAPS tem libertado identidades possibilitando as pessoas que ali frequentam serem quem verdadeiramente são, a expressarem seus pensamentos sem julgamento moral, reforçando a construção de uma identidade autêntica e valorizada.

No CAPS é estimulada a participação em grupos terapêuticos, os quais favorecem trocas entre os participantes, caracterizando um dos fatores curativos que a interação social em grupo promove. Tais atividades realizadas diariamente no CAPS têm contribuído para a melhoria dessas mulheres, ajudando-as a conhecer ou a revelar suas identidades, reconstruindo-as da melhor forma que puderem.

Porém, algumas situações instaladas no CAPS ou comportamentos aderidos por alguns profissionais, como atitude de custódia e impedimento dos usuários fazerem suas próprias escolhas, têm interferido nessa construção, enquanto construção coletiva. Para as mulheres, tal situação tem exigido a transformação da identidade do eu para adaptar-se: a determinadas regras ou situações impostas por uma instituição; à precária estrutura física; à falta de insumos materiais; à mudança constante da equipe de profissionais; enfim, para adaptar-se a toda situação, violando a dignidade, o respeito, a privacidade e o poder contratual de uma identidade.

Sendo assim, a realização da pesquisa confirmou que à medida que se modifica o contexto, modifica-se também a identidade, mas algumas características dessa identidade permanecem impregnadas no eu, sendo responsáveis pela construção da rede de crenças e valores individuais, os quais, se violados, podem causar sérios danos na vida dessas pessoas.

A pesquisa traz considerações para a enfermagem e, sobretudo, para todos os profissionais que atuam em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, fornecendo os

subsídios, através da voz dessas quatro mulheres, para que percebam e reflitam sobre sua prática e o efeito da mesma sobre a identidade das pessoas que cuidam. No contexto social em que a pesquisa foi realizada, podemos afirmar que estamos em um momento transitório de afirmação à um modelo de atenção à saúde mental substitutivo aos hospitais psiquiátricos, e que para desenvolver plenamente a reabilitação psicossocial faz-se necessário considerarmos a expressão autêntica e espontânea das identidades dos sujeitos a quem o serviço se destina a cuidar.

Os profissionais atuantes nesses serviços precisam introduzir na sua prática o modelo de uma clínica ampliada que enfatiza o protagonismo e a singularidade do sujeito, permitindo-lhe fazer suas próprias escolhas. Para nós enfermeiros, este estudo vem mostrar que a prática em saúde mental da enfermagem não deve ser unicamente biologicista, pois um dos maiores nós encontrados foi a dificuldade dos usuários e familiares em lidar com os estigmas sociais e o autoestigma.

Portanto, é preciso promover ações que trabalhem a minimização dos efeitos estigmatizantes na identidade dos sujeitos que sofrem mentalmente, ações estas capazes de: a) promover grupos terapêuticos esclarecedores com os familiares e até mesmo com os usuários sobre as mudanças possíveis que passam a ocorrer em suas vidas, b) buscar recursos midiáticos que favoreçam a transformação da identidade construída pela sociedade para essas pessoas, c) desenvolver atividades comunitárias de arte, cultura, renda e lazer com a participação de diversos setores e pessoas que não possuem transtornos mentais a fim de proporcionar interação quando se executam atividades.

Outra questão que merece destaque é a importância de se ouvir qualificadamente, com tempo, disponibilidade e responsabilização, pois durante a pesquisa o *déficit* na atenção individualizada que permite identidades serem expressas satisfatoriamente ficou evidenciado.

Sendo assim, após os resultados do estudo, algo passou a nos inquietar: como a família percebe todo o processo do adoecimento mental? Qual a contribuição desses familiares na construção da identidade dos seus entes queridos, por exemplo, no caso específico dos sujeitos desta pesquisa? Trabalhar a estigmatização da família modificaria a identidade social da pessoa que sofre mentalmente e que fora construída durante décadas?

A busca por essas respostas podem ser efetivadas em outro instante, quiçá, em uma tese de doutoramento... Cenas para um próximo capítulo da vida acadêmica.

REFERÊNCIAS

- ¹ Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2008b.
- ² Lima AF. Para a reconstrução dos conceitos de massa e identidade. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia). 2007 Sep-Dec; 6 (3): 613-22.
- ³ Taylor C. A política de reconhecimento. In: Gutman A. Multiculturalismo. Examinando a política do reconhecimento. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p. 45-94.
- ⁴ Jacques MG. Identidade. Psicologia Social Contemporânea: Livro-texto. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
- ⁵ Ciampa AC. A Estória do Severino e a História da Severina. São Paulo: Brasiliense; 1987. Disponível em: <http://books.google.com.br/books/about/ESTORIA_DO_SEVERINO_E_A_HISTORIA_DA_SEVE.html?id=9cUa5gF0w-QC&redir_esc=y> Acesso em: 16 out. 2012.
- ⁶ Oliveira RC. Identidade étnica, identificação e manipulação. Sociedade e Cultura. 2003 Jul-Dez; 6(2): 117-31.
- ⁷ Taylor C. As fontes do self: a construção da identidade moderna. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.
- ⁸ Magalhães RCBP, Cardoso APLB. A pessoa com deficiência e a crise das identidades na contemporaneidade. Cadernos de Pesquisa. 2010; 40(139): 45-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n139/v40n139a03.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2011.
- ⁹ Giddens A, Beck U, Lash S. Modernização reflexiva: política, tradução e estética na ordem social moderna. São Paulo: UNESP; 1995.
- ¹⁰ Giddens A. Modernidade e Identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2002.
- ¹¹ Goffman E. Estigma: notas sobre manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008a.
- ¹² Brasil. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Jan. 2001.
- ¹³ Alagoas. Lei Nº 7.128, de 02 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as aplicações de sanções aos que praticarem, no âmbito do estado de Alagoas, atos de discriminação contra as pessoas acometidas de transtornos mentais. **Diário Oficial do Estado**. Dez 2009.
- ¹⁴ Brêda MZ. A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção [Tese]. Ribeirão Preto: USP, 2006.

- ¹⁵ Sawaia BB. Identidade – uma ideologia separatista? In: Sawaia BB (org). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.
- ¹⁶ Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EFM. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. Estudos de Psicologia. 2003; 8(1): 107-15.
- ¹⁷ Erikson EH. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar; 1972.
- ¹⁸ D'alte I, et al. Self dialógico: um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. *Interacções*. N. 6, p.8-31, 2007.
- ¹⁹ Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12º ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- ²⁰ Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
- ²¹ Denzin N, Lincoln Y. O Planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- ²² Minayo MCS (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
- ²³ Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
- ²⁴ Britto IAGS, Oliveira JÁ, Sousa LFD. A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. Rev. bras. ter. comport. cogn. 2003; 5(2): 139-49.
- ²⁵ Lima TCS, Mioto RCT, Prá KRD. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. Revista Textos & Contextos. 2007 Jan-Jun; 6(1): 93-104.
- ²⁶ Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Alas; 1987.
- ²⁷ Bardim L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70 Lda; 2009.
- ²⁸ Souza DBL, Ferreira MC. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães. Psicologia em Estudo. 2005-Abr; 10(1): 19-25.
- ²⁹ Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2008; 46(1): 42-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18251351>> Acesso em: 10 jun. 2011.
- ³⁰ Park SY, Bernstein KS. Depression and Korean American immigrants. Arch Psychiatr Nurs. 2008; 22(1): 12-9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18207052>> Acesso em: 10 jun. 2011.

- ³¹ Gary FA. Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues Ment Health Nurs.* 2005; 26(10): 979-99. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16283995>> Acesso em: 20 jun. 2011.
- ³² Jung CG. Os arquétipos e o inconsciente coletivo. Tradução de Maria Luíza Appy e Dora Mariana Silva. Petrópolis: Vozes; 2000
- ³³ Giovanella L, Amarante P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: Amarante P (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p.113-48.
- ³⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Mundial da Saúde (2001) - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Editora: Climepsi Editores. Direção-Geral da Saúde, 206p, 2002 / OMS.
- ³⁵ Mello R. Identidade social de usuários, familiares e profissionais, em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro [Tese]. Ribeirão Preto: USP; 2005.
- ³⁶ Baságlia FO. Saúde/ doença. In Amarante P, Cruz LB (Org). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps; 2008. p.17-36.
- ³⁷ Saraceno B. Lo biológico y lo social en el abordaje de la teoría y Prática de la salud mental. In: Rodrigues MI (Org.). *Lo biológico y lo social sua articulação en la formación del personal de salud*. Washington; OPS/OMS; 1994. p.101-118. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, 101).
- ³⁸ Silva VCE, Zago MMF. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Rev Bras Enferm.* 2005 jul-Ago; 58(4):476-80.
- ³⁹ Santos GF. O perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de Maceió [Trabalho de Conclusão de Curso]. Maceió: UFAL; 2010.
- ⁴⁰ Wallis L. Switching off the cult. *Nurs Stand.* 2007; 21(49): 20-2,. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17844900>> Acesso em: 20 jun. 2011.
- ⁴¹ Scott A, Wilson L. Valued identities and deficit identities: Wellness Recovery Action Planning and self-management in mental health. *Nurs Inq.* 2011; 18(1): 40-9. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2011.00529.x/abstract>> Acesso em: 20 jun. 2011.
- ⁴² Rotelli F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. p.149-193.
- ⁴³ Eizirik M, Bergmann DS. Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*[online]. 2004; 26(3): 330-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300010&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2012.

- ⁴⁴ Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. [Trad]. Rio de Janeiro: Te Corá; 1999.
- ⁴⁵ Carless D, Douglas K. Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. *Issues Ment Health Nurs.* 2008; 29(11): 1179-9. Disponível em: [<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-18979324>]. Acesso em: 10 jun. 2011.
- ⁴⁶ Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(2): 373-83. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200017]. Acesso em: 20 jun. 2011.
- ⁴⁷ Caplan S. Latinos, acculturation, and acculturative stress: a dimensional concept analysis. *Policy Polit Nurs Pract.* 2007; 8(2): 93-106. Disponível em: <[<http://ppn.sagepub.com/content/8/2/93.abstract>]. Acesso em: 10 jun. 2011.
- ⁴⁸ Souza AMA. Coordenação de Grupos: Teoria, prática e pesquisa. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora; 2011.
- ⁴⁹ Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. *PUCRS: PSICO.* 2006 Jan-Abr; 37(1): 7-13.
- ⁵⁰ D'Affonseca SM, Williams LCA. Habilidades maternas de Mulheres vítimas de Violência doméstica: Revisão da literatura. *Psicol.Cienc. prof.* [online]. 2011; 31(2): 236-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200004&lang=pt&lng=pt> Acesso em: 20 nov. 2012
- ⁵¹ Willis DG, Porche DJ. Envisioning and advancing marginalized men's health disparities scholarship: the marginality-cultural competence integrative framework (M-CCIF). *Issues Ment Health Nurs.* 2006; 27(4): 425-42,. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16546939>>. Acesso em: 11 jun. 2011.
- ⁵² Azevedo KR, Arrais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2006; 19(2): 269-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2 Acesso em: 14 out. 2012.
- ⁵³ Alarcão ACJ, Carvalho MDB, Pelloso SM. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2008 May-Jun; 16(3). Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae - http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_02.pdf>. Acesso em: 14 out. 2012.
- ⁵⁴ Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC (org). *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.* Barueri: Manole; 2008.
- ⁵⁵ Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo.* 2005 Mai-Ago; 10(2): 209-16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>>) Acesso em: 14 out. 2012.

⁵⁶ Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

⁵⁶ Chaves SMLF, Rocha JSX. Eu, caçador de mim: um estudo sobre a construção psicossocial da identidade. Iniciação Científica Cesumar. 2002; 4(2). Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/iccesumar/article/viewArticle/59>> Acesso em: 14 out. 2012.

⁵⁷ Baságlia, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org. Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

⁵⁸ Rotelli F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In Amarante P, Cruz LB (Org). Saúde Mental, Formação e Crítica. Rio de Janeiro: Laps; 2008. p.37-50.

⁶⁰ Melman J. Família e doença mental: recuperando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora; 2006.

⁶¹ Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2005 May-Jun; 13(3): 450-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300021&script=sci_arttext> Acesso em: 16 out. 2012.

⁶² Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In Pitta AMF. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2001. p.13-8.

⁶³ Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação psicossocial. In Pitta AMF. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2001. p.55-59.

⁶⁴ Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011; 16(7): 3051-60. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/05.pdf>> Acesso em 18 out. 2012.

⁶⁵ Brasil. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde); 2006.

⁶⁶ Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 set. 1990.

⁶⁷ Brasil. Lei 8146, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, dez. 1990.

⁶⁸ Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. Rev. Psiqu. Clín. 2007; 34(6): 270-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03.pdf>>). Acesso em: 11 nov. 2012.

⁶⁹ Choenarom C, Williams RA, Hagerty BM. The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. Arch Psychiatr Nurs. 2005; 19(1): 18-29. Disponível em: <http://www.hawaii.edu/hivandaids/The_Role_of_Sense_of_Belonging_and_Social_Support_on_Stress_and_Depression_in.pdf> Acesso em: 10 jun. 2011.

⁷⁰ Goffman E. The presentation of Self in Everyday Life. Nova York: Doubleday; 1959.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro invisível de entrevista aberta

1. Conte-me como foi a experiência do adoecimento mental para você?
2. Você sabe o motivo de fazer tratamento no CAPS? Sabe qual o transtorno que você tem? Algum profissional conversou sobre isso com você? Você acha importante saber?
3. Como você se via antes do adoecimento mental?
4. Como você se vê agora, a partir da experiência do adoecimento mental? E da vinda ao CAPS?
5. Mudou alguma coisa em você? Se sim, o quê?
6. Quando você está conversando com uma pessoa que não sabe que você tem transtorno mental, você diz que tem o transtorno ou que faz algum tratamento? Lembra-se de alguma situação semelhante? Pode nos contar como foi? Chegou a mentir para esconder? Teve vergonha?
7. Houve algum momento em que você escondeu ser um usuário do CAPS e de repente chega outro usuário? O que você fez? Conte-nos.
8. Como você se comporta quando encontra alguma pessoa que faz tratamento no CAPS? Você cumprimenta? Teve alguma situação que teve vergonha de cumprimentar?
9. Como você vê uma pessoa que tem transtorno mental?
10. Como você acha que as pessoas lhe veem? Elas mudam quando sabem que você faz algum tratamento?
11. E como você acha que os profissionais do CAPS lhe veem? Como eles lhe tratam? E quando você os encontra na rua o que faz?
12. As pessoas percebem que você tem um transtorno mental? Como acha que elas percebem?
13. O transtorno mental lhe trouxe algum benefício? Se sim pode nos dizer quais? E como se sente recebendo-os?
14. Como você vê as pessoas que não têm transtorno mental?
15. Você prefere estar rodeada de pessoas que têm ou não têm transtorno mental?
16. Você se considera uma pessoa produtiva? Fale-nos um pouco sobre isso.
17. Como você responde ao menosprezo ou preconceito? Como se sente? Lembra de alguma situação? Quer contar-nos?

18. A partir de agora as perguntas serão referentes ao seu tratamento no CAPS. Como você se sente no CAPS? Aqui tem rotina? Como é cumpri-las? Você precisou se adaptar?
19. Em algum momento foi-lhe chamada a atenção porque não cumpriu as regras do CAPS? Se, sim, como se sentiu?
20. Em algum momento você se sente preso no CAPS?
21. Você já passou por situações em que foi obrigado a realizar uma atividade a qual não queria realizá-la? Como se sentiu?
22. Você realiza algum trabalho no CAPS que seja remunerado? Como se sente fazendo-o?
23. Você teve que modificar seu jeito de ser ao iniciar o tratamento no CAPS? Pode nos contar um pouco sobre isso?
24. O CAPS lhe oferece privacidade? O que acha da estrutura do ambiente? Você se sente inferior por estar aqui?
25. Como se sente quando um relacionamento amoroso acontece entre os usuários do CAPS?
26. Como os profissionais o tratam no CAPS? Alguma vez se sentiu culpado por algo que eles lhe disseram? Ou achou que eles o trataram como criança em algum momento? Lembra de alguma situação que possa nos contar?
27. Em algum momento sentiu que algum profissional estava com medo de você? Lembra de alguma situação?
28. Quando você não está bem, algum profissional conversa com você antes de mudar o tratamento?

APÊNDICE B - Esquema para Observação

1. Assunto observado:
2. Local:
3. Data e horário:
4. Descrição do Local:
5. Descrição dos comportamentos, ações e atitudes vistas no local:
6. Descrição dos sujeitos envolvidos na pesquisa:
7. Descrição das atividades observadas no serviço:
8. Comentário do pesquisador:

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PARECER CONSUBSTANCIADO



PROTOCOLO: 006511-2011-47

I. Identificação

1. Título: **A construção social da identidade das pessoas em sofrimento mental.**
2. Pesquisador(a) orientador(a): Dra. Mércia Cristina Moraes Santos Lira, Orientando(as): Yanna Cristina Moraes Santos Lira
3. Instituição onde se realizará: UFAL-ESENFAR: Mestrado em Enfermagem.
4. Data de apresentação ao CEP: 29-3-2011

II. Objetivos

Trata-se de um estudo sobre a construção social da identidade das pessoas em sofrimento mental acompanhados por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Será uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, em que os sujeitos serão maiores de 18 anos que não possuam histórico de internação em hospital psiquiátrico, que sejam usuários do SUS, acompanhados pelos CAPS, e que estejam com suas propriedades cognitivas preservadas e que aceitem participar da pesquisa. As informações serão produzidas a partir da Entrevista Grupal (grupo focais), entrevista Individual e da Observação Participante. As interpretações seguirão teórico como Erwin Goffman.

III. Comentários do Relator.

O Projeto está bem redigido e apresenta Introdução, Justificativa, Objetivos, Metodologia, critérios de inclusão e exclusão, Cronograma, referências, currículos, autorização para coleta de dados e TCLE conforme as instruções normativas. Atende às exigências da Resolução CNS 196/96, não apresenta questões éticas relativas à pesquisa com humanos

Sugerimos ao Comitê de Ética em Pesquisa que considere, salvo melhor entendimento, o Projeto em pauta como aprovado.

IV. Data da Reunião:

Protocolo de Pesquisa

APPROVADO

Prof. Dr. Denise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL