

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**

**O DISPOSITIVO DA ENTREVISTA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL:
repercussões a partir da experiência de entrevistador e das relações entre os
atores de um Centro de Atenção Psicossocial**

GUSTAVO KOETZ DA ROSA

Porto Alegre

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**

**O DISPOSITIVO DA ENTREVISTA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL:
repercussões a partir da experiência de entrevistador e das relações entre os
atores de um Centro de Atenção Psicossocial**

GUSTAVO KOETZ DA ROSA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Antropologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Ciências Sociais

Orientadora: Profa. Dra. Ceres Gomes
Victoria

Porto Alegre

2016

GUSTAVO KOETZ DA ROSA

**O DISPOSITIVO DA ENTREVISTA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL:
repercussões a partir da experiência de entrevistador e das relações entre os
atores de um Centro de Atenção Psicossocial**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Antropologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Ciências Sociais

Orientadora: Profa. Dra. Ceres Gomes
Victoria

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ceres Gomes Victoria (Orientadora)

(UFRGS)

Dr. Caleb Faria Alves

(UFRGS)

Me. Mário Eugênio Saretta Poglia

(UFRGS)

DEDICATÓRIA

*Ao meu filhote Caetano e à minha companheira Ale:
nossa família foi o porto seguro que me permitiu
navegar no mar aberto de escrever o presente
Trabalho de Conclusão de Curso.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de tecer alguns agradecimentos às pessoas que tornaram essa jornada possível.

Primeiramente, agradeço a equipe de pesquisa do Inquérito Sobre o Funcionamento da Atenção Básica. A todos os colegas entrevistadores, aos professores da Saúde Coletiva, representados nesse agradecimento pelo professor Dário Frederico Pasche. O aprendizado foi muito grande nas vivências com essa turma, e foi essa experiência que me permitiu realizar o TCC.

À professora Ceres Victora, calma, disponível e segura orientadora, por teres me conduzido na etapa final de minha graduação.

Sou agradecido também por todo o conhecimento que foi compartilhado pelos professores das Ciências Sociais. Pelas muitas compreensões que extrapolam os limites da relação estrita de aluno e professor; da mesma forma, pela potência que a maioria das dinâmicas de aula revelaram na produção de conhecimento.

Aos meus ex-colegas do PET Ciências Sociais, com quem descobri um lugar de maior acolhida dentro da Universidade. E por todo o aprendizado que tivemos nas muitas conversas e debates das reuniões. Registro aqui o meu muito obrigado.

Aos meus cunhados Arthur e Henrique também conhecidos como 'Tuti' e Kiko, que estiveram muito presentes durante a realização dessa graduação. Tuti, valeu pelas parcerias futebolísticas, e Kiko, pelas parcerias musicais.

Aos meus sogros Jaqueline e Jeferson, um agradecimento de coração por tantas e tantas parcerias, principalmente pelo zelo sempre dedicado ao nosso pequeno Caetano. Se estou encerrando essa etapa da minha vida, isso se deve muito a vocês.

À minha madrinha Vera, por desde pequeno ter me motivado a desenvolver novos conhecimentos, desde as aulas de geografia brasileira. Muito obrigado.

À minha avó Santinha, pelos mates, e pelas prosas, principalmente lá no Balneário Nordeste. À minha prima Ana, pelo carinho e incentivo durante as

ansiedades do último semestre da graduação. Ao meu primo Luís Ricardo, apesar das distâncias físicas que o dia-a-dia impõe, pela parceria que mantivemos desde pequenos, mesmo com algumas polêmicas políticas. As pescarias com sacos de batata no repuxo do mar ainda vão se repetir, agora com novo componente, Caetano.

Aos meus amados pais, agradeço por tudo. É graças a vocês, principalmente, que estou concluindo essa etapa tão importante. Mãe, muito obrigado por seres tão dedicada em tudo que fazes. Pela profissional, sogra, avó e, sobretudo, mãe que és de maneira tão sincera e afetiva. Sem o teu incentivo e suporte, não chegaria até aqui. Pai, te agradeço pelo carinho e apoio que sempre me dedicas. Obrigado por ser um avô e pai tão amoroso. Amo vocês.

E, por fim, agradeço ao meu filho Caetano e minha companheira Ale. Como expus na dedicatória, vocês são o porto seguro dessa caminhada. Obrigado por todas essas pequenas coisas que constroem a nossa relação intensa de afeto. Ale, te agradeço por seres essa companheira que se entrega de corpo e alma para tudo, principalmente para nossas vivências a dois e com nosso filho amado. Caetano, obrigado por me ensinar que a vida pode ser cada vez mais bonita, e por ter despertado esse amor que não cessa de crescer.

RESUMO

Este trabalho tomou como objeto de reflexão a experiência de entrevistador adquirida em um CAPS em papel exercido junto ao “Inquérito Sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”. Buscou-se dar vazão ao que o dispositivo da entrevista provocou de repercussões, de modo a questionar as formas de produção de conhecimento no campo da saúde mental tendo como sujeitos da pesquisa as pessoas que buscam assistência nestes. De forma a sedimentar as bases da discussão aqui pretendida, realiza-se a descrição dos caminhos que levaram a constituição dos CAPS ao longo do tempo, demonstrando basicamente o que se coloca em jogo a partir do movimento reformativo da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, questiona-se o método da entrevista no campo da saúde mental, pensando sobre seus limites e potencialidades no que se refere à possibilidade dessa ferramenta de pesquisa estar em sintonia com o ideário do redirecionamento da assistência em saúde mental que promove o cuidar em liberdade. Assim como, no que tange às interseções entre a antropologia e a área da saúde mental, tomo como referências os trabalhos de João Biehl (2007; 2008) e Mário Pogliá (2014; 2015), que direcionam a disciplina antropológica para esse campo de atuação de forma a questionar sua capacidade de lidar com essa alteridade, assim como demonstrar às potencialidades dessa articulação. Por fim, o trabalho ainda almeja discutir a dimensão espacial do serviço substitutivo de saúde mental estabelecendo diálogo com a diretriz da política nacional de humanização nomeada de ambiência. As considerações finais apontam para os desafios ainda vigentes a respeito das relações constituídas tanto durante a pesquisa, quanto no tocante ao próprio contexto de interação entre usuário do Sistema Único de Saúde e equipe profissional.

Palavras-chave: Entrevista. CAPS. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Antropologia.

ABSTRACT

This work took as an object of reflection the experience of interviewer acquired in a CAPS through the role carried out within “Inquérito Sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”. It was sought to give vent to what the interview device provoked of repercussions, in order to question the forms of production of knowledge in the field of mental health having as research subjects the people who seek assistance in these. In order to establish the basis of the discussion here, a description is made of the paths that led to the constitution of the CAPS over time, basically demonstrating what is at stake from the reformist movement of the Psychiatric Reform. Thus, the interview method in the field of mental health is questioned, thinking about its limits and potentialities regarding the possibility of this research tool being in line with the idea of the redirection of mental health care that promotes care in freedom. As with the intersections between anthropology and the area of mental health, I take as reference the works of João Biehl (2007; 2008) and Mário Poglía (2014; 2015), who direct the anthropological discipline for this field of activity. In order to question their capacity to deal with this otherness, as well as to demonstrate the potentialities of this articulation. Finally, the work still aims to discuss the spatial dimension of the substitutive mental health service establishing dialogue with the guideline of the national policy of humanization named *ambience*. The final considerations point to the challenges still prevailing regarding the relationships constituted during the research, as well as the context of interaction between users of the Unified Health System and professional staff.

Keywords: Interview. CAPS. Mental health. Psychiatric Reform. Anthropology.

Formatado: Inglês (EUA)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 Do contexto do Inquérito à discussão da Reforma Psiquiátrica: agenciamentos sobre a entrevista e a (im)possibilidade de devires em um CAPS	16
2.1 A entrevista como método no contexto dos serviços substitutivos de assistência em saúde mental.....	21
2.1.1 Os lugares da loucura no discurso, nas práticas e no espaço.....	22
2.1.2 O cenário da saúde mental no Brasil: algumas implicações da(s) reforma(s) psiquiátrica(s) brasileira(s).....	25
3 O dispositivo da entrevista no campo da Saúde Mental: desafios e repercussões a partir da experiência em campo	29
4. Antropologia e os desafios do campo da saúde mental	38
4.1 Intepelações do Inquérito sobre a dimensão do desejo.....	40
4.2 Contexto a partir de algumas vivências	41
4.3 As questões referentes a humanização na interação da entrevista e o desejo	45
5. Considerações sobre o espaço dos CAPS	47
5.1 Dimensão espacial dos CAPS.....	48
5.2 Primeiras visitas aos serviços de saúde	51
5.3 vivências no interior do serviço.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso parte da experiência que tive enquanto entrevistador vinculado a pesquisa de caráter multicêntrico chamada “Inquérito Sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras” – doravante referido simplesmente como Inquérito - uma pesquisa desenvolvida por uma equipe de profissionais de saúde coletiva no Brasil. O objetivo central da mesma é compreender de forma mais acurada como se formam as redes de atenção à saúde desde as redes de atenção básica e suas capilarizações que as colocam em relação com a atenção especializada em saúde. Esta se desenvolve em quatro grandes cidades brasileiras, São Paulo, Campinas, Fortaleza e Porto Alegre, sua coordenação geral é realizada pelo professor doutor Gastão Wagner da Unicamp. A sistemática adotada pelo Inquérito para realizar uma aproximação com o atual quadro do acesso a saúde, passou pela realização de entrevistas com as pessoas, chamadas nesse contexto de usuários, que, nos últimos anos, tem usufruído dos serviços especializados prestados pelo SUS. Os agravos eleitos como “traçadores”, ou seja, como caminhos através dos quais o Inquérito aborda a questão, são quatro: gestação de alto risco, câncer de mama, hipertensão arterial e saúde mental. Este trabalho se insere no escopo do Inquérito registrado na plataforma Brasil 53935516.6.1001.5347, através da aprovação do mesmo no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, número 1.499.616. E é, no que tange às pessoas que no momento usam alguns Centros de Atenção Psico-Social - CAPS - na cidade de Porto Alegre, que se reservou o meu trabalho como entrevistador junto à pesquisa.

Durante a fase preparatória da pesquisa com a equipe de coordenação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, coordenada pelo professor da faculdade de Saúde Coletiva Dr. Dario Pasche, o grupo de entrevistadores foi informado de que “o campo de saúde mental demandaria um trabalho diferenciado”, de que provavelmente nossa passagem pelo serviço de saúde poderia significar uma espécie de “intervenção”. Recebemos diversas orientações no sentido de que nossos interlocutores no campo da saúde mental implicariam em uma “relação diferente”, de que, por exemplo, essas entrevistas provavelmente iriam se desdobrar em conversas mais longas. Como durante o percurso de minha graduação em

ciências sociais persegui as discussões da antropologia sobre a compreensão do outro, assim como, sobre a etnografia como método de realizar um olhar e uma escuta atenta que promovessem uma melhor compreensão dos significados elaborados por outros grupos e culturas, decidi me dispor ao campo da saúde mental, e, de fato, me foi destinado o trabalho em dois CAPS de Porto Alegre. As questões que me levaram a tomar essa decisão passaram principalmente pela pertinência do público eleito para servir como base da pesquisa, as pessoas que usam o serviço, mas também pela dúvida que tinha acerca dos limites que um questionário objetivo impor para a compreensão das falas de meus futuros interlocutores.

Dessa forma, tomo como objeto de análise, primeiramente, os processos que tiveram curso no início da experiência de entrevistador desenvolvida junto com a coordenação do Inquérito, assim como, dentro dos serviços substitutivos de saúde mental, com o apoio de profissionais de saúde destes. A observação de como se deu a preparação e a inserção nos CAPS permite esboçar em bases razoáveis o entendimento de qual estatuto ontológico era conferido às pessoas que fazem uso dos serviços de assistência de saúde mental, chamadas nesse contexto de “usuárias”, desde a cristalização dos pontos de vista lançados pelo Inquérito em consonância com os da equipe profissional de saúde dos mesmos. Algumas questões mostram-se relevantes, como: qual o sentido de autonomia que se apresenta como valor e parte do tratamento no CAPS? Em que medida há a possibilidade de emergir uma subjetividade pautada pela diferença como valor? Mesmo sem ter a pretensão de respondê-las integralmente nesse TCC, elas se colocam no horizonte na base de algumas reflexões que aqui estão apresentadas.

A partir da experiência em campo, procuro estabelecer questionamentos que conduzem a uma problematização desse entendimento e apontam para os desafios que o redirecionamento da assistência em saúde mental promovido pelo movimento da reforma psiquiátrica propõe. Tendo como pano de fundo as discussões pautadas por este movimento reformativo¹, percebe-se a retirada da centralidade antes dada à dimensão da doença, para uma atenção que busca compreender o transtorno de saúde na relação com outras esferas da vida, implicando em uma proposta de

¹ Processo analisado posteriormente.

relação diferente entre a equipe de saúde do CAPS com quem a procura. Sendo assim, uma das questões que analiso é a de realçar o que o elemento do entrevistador, ou, de uma pesquisa em curso no contexto de um serviço substitutivo de saúde mental permitiu visualizar no que tange à compreensão dessa alteridade.

Outro elemento que busco problematizar diz respeito à dimensão espacial do CAPS. Dado que o serviço de saúde em questão se apresenta fisicamente de modo muito assemelhado às características de um hospital, procuro discutir de que forma esse espaço produz agenciamentos e é agenciado a partir de observações de campo.

Na medida em que existe uma preocupação a respeito das disposições arquitetônicas dos serviços de saúde mental – vide publicação do Ministério da Saúde “Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento” (2013) - busco questionar como esse espaço é percebido a partir de três recortes: (i) desde os pontos de vista elaborados a partir do Inquérito; (ii) da relevância conferida ao espaço por parte dos profissionais de saúde dos mesmos; (iii) assim como, a partir dos agenciamentos produzidos pelos interlocutores da pesquisa a respeito do espaço. O conceito de “ambiência” - que funciona como uma das diretrizes de ação encontradas na Política Nacional de Humanização - é considerado também na discussão, pois estabelece vinculação entre o espaço físico e as outras dimensões da assistência em saúde do SUS. Seguindo a esteira dessa discussão, se estabelece correlações com proposições de Foucault a respeito do entendimento do espaço como dispositivo de poder subjetivador, mas, da mesma forma, leva-se em consideração sua discussão sobre a ideia de “heterotopia” que permite entender o espaço em sua ambiguidade.

Além de prestar atenção para a constituição de uma forma de relação com os usuários que foi entendida como reflexo de uma noção aproximada destes, procuro dar vazão ao que as experiências em campo mostraram. Apesar desse cenário que previa uma relação específica entre entrevistador e usuário, relação que implicava na intermediação dos profissionais da equipe de saúde tendo em muitas ocasiões resultado em um reforço do convite para que participassem das entrevistas mesmo após já ter sido apresentada uma negativa. Mesmo aceitando o fato de que estas tenham sido conduzidas no interior das salas de atendimento psiquiátrico; o que os

interlocutores da pesquisa denotaram em muitos casos foi uma outra possibilidade de relação.

A realização deste trabalho, esteve atravessada, desde o seu início, por um processo de reflexão sobre o meu papel em campo, assim como das formas de relação possíveis de serem assumidas. Mantive uma reflexão constante na busca por relativizar a minha própria condição de entrevistador dentro do serviço. Com o intuito de perseguir as questões acima levantadas, inscrevo meu trabalho nas discussões antropológicas de forma a dialogar com Mário Eugênio Saretta Poglia, em sua obra “Terceira Margem do Hospital Psiquiátrico: Ética, Etnografia e Alteridade” (2015). O que está em jogo para o autor, que interpela diretamente o meu trabalho, é a capacidade da disciplina antropológica de levar a sério a alteridade de pessoas em situação de pacientes de saúde mental pensando estas tanto como objetos, quanto sujeitos. Do tencionamento acerca dos limites compreensivos que o questionário estruturado, a entrevista, a pesquisa, dentre outros fatores apresentariam, estendo a discussão às potencialidades da antropologia a partir da interlocução com a discussão de Poglia (2015).

Por outro lado, também apresenta central importância para as pretensões deste trabalho a observação de elementos que coloquem em contraste a forma como o estatuto de entrevistador potencialmente funcionou como dispositivo produtor de enunciados - apoiando-se na discussão sobre poder e suas aproximações com o saber elaborada por Foucault (1979) – com as repercussões agentivas colocadas por meus interlocutores que insistiram em colocar em suspenso as questões do questionário, o papel do entrevistador, em favor de uma outra relação pautada pela diferença – estabelecendo correlações com os devires da filosofia da diferença de Gilles Deleuze. Correlaciono este tencionamento, com a observação que a experiência de entrevistador me conferiu: apesar do interesse do questionário em escutar as pessoas em situação de pacientes de saúde mental, as respostas muitas vezes eram remetidas ao que diziam outros – médicos, familiares - sobre si mesmos. Dessa forma, constituo a hipótese de que os interlocutores das entrevistas, tomados nesse contexto como “usuários” dos CAPS, que em muitos casos detinham uma longa trajetória na rede de assistência em saúde mental,

apesar da trama de relações marcadas em certa medida pela prevalência da fala biomédica, desenvolveram práticas que lhes permitiram agenciar esses espaços.

Dessa forma, é de interesse central neste trabalho levar em conta o que diziam os interlocutores das entrevistas, de forma a realçar a diversidade de entendimentos surgidos a partir da “aplicação” do questionário. Tomo como objeto de análise o próprio questionário, para, em seguida, refletir acerca de algumas categorias que aparecem repetidas vezes no mesmo e que tiveram seu significado relativizado ou transformado pelas pessoas em situação de usuários do CAPS. Busco o diálogo com a antropologia do corpo e da saúde para compreender os significados da categoria acionada pelo Inquérito no qual cumpri a função de entrevistador: ter um problema mental. A partir das discussões desse campo do conhecimento antropológico é possível alargar a redução do sentido biomédico do termo, entendendo então o quanto as dimensões de “ser portador de um sofrimento mental” mantêm relação com dimensões sociais da vida dessas pessoas. O conceito de sofrimento social (Kleinman et al., 1977) emerge então como ferramenta que permite a compreensão do entrelaçamento, como expõe Ceres Victora (2011) “entre as dimensões física, psicológica, mental e espiritual.”

Estabeleço ainda uma contextualização acerca do cenário da saúde mental no decorrer do tempo, com o intuito de situar o leitor a respeito das formas como a pessoa portadora de transtorno mental recebeu tratamento por parte das instituições estatais. Desenvolvo, de forma breve, como o modelo de internação/asilar que vigorou até pouco tempo passou a ceder espaço para modelos substitutivos de assistência em saúde mental, de forma a apresentar os CAPS. “A História da Loucura” de Michel Foucault (1993) é utilizado nesta seção do trabalho de modo a entender a forma como a dimensão da loucura foi se tornando tema cuja legitimidade incidia somente sobre a fala biomédica.

Esse trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos, além dessa introdução: no segundo capítulo esclareço o que consistiu o Inquérito no qual cumpri o papel de entrevistador, assim como elaboro relato de uma experiência que foi propulsora das reflexões aqui elaboradas. Nesse mesmo capítulo, exponho brevemente o cenário da saúde mental pública brasileira de modo a situar o surgimento dos CAPS em relação às discussões da Reforma Psiquiátrica.

No terceiro capítulo há, primeiramente, a descrição da dinâmica do CAPS em questão. Em seguida, a inserção no serviço de saúde, assim como a sistemática adotada para abordar os potenciais entrevistados é relatada de modo a observar possíveis repercussões destes processos. O elemento central exposto nesse capítulo está nos relatos de entrevistas vivenciadas e a correlação destes com uma discussão sobre produção de conhecimento que questiona e ao mesmo tempo defende o método da entrevista no campo da saúde mental.

O quarto capítulo apresenta algumas interseções entre a antropologia e a área da saúde mental. Dessa forma, tomo como referências os trabalhos de João Biehl (2007; 2008) e Mário Pogliá (2014; 2015), que direcionam a disciplina antropológica para esse campo de atuação de forma a questionar sua capacidade de lidar com essa alteridade, assim como demonstrar às potencialidades dessa articulação. Esse capítulo pretende também correlacionar a dimensão do desejo – emergente a partir de Biehl apoiando-se em Deleuze – e o contexto das discussões decorrentes da política nacional de humanização. Dessa forma, expõe-se o que a entrevista repercutiu no que tange às questões que buscavam entender o grau de humanização no atendimento psiquiátrico dos CAPS.

Por último no quinto capítulo, considero a dimensão espacial do serviço substitutivo de saúde mental estabelecendo diálogo com a diretriz da política nacional de humanização nomeada de ambiência. Assim, há o intuito de demonstrar a relevância do espaço a partir de uma experiência contrastiva decorrente das primeiras visitas aos serviços de saúde junto à equipe do Inquérito quanto à estrutura física de dois CAPS, e, outrossim, correlacionar essas impressões com o que o dia-a-dia no serviço permitiu visualizar sobre os agenciamentos do CAPS produzidos pelas pessoas que o frequentam.

2 Do contexto do Inquérito à discussão da Reforma Psiquiátrica: agenciamentos sobre a entrevista e a (im)possibilidade de devires em um CAPS

Com o intuito de começar a introduzir o leitor ao contexto da pesquisa, gostaria de tecer alguns comentários acerca da fase preparatória do inquérito. Acredito que estes possam oferecer pistas de como o inquérito se estabeleceu no que diz respeito a relação constituída com os serviços de saúde. Nesse momento de aprendizado com a coordenação da pesquisa da qual fiz parte, obtivemos conhecimento das dificuldades que se colocam para a constituição de uma relação com serviços, tais quais os que mantêm vínculo com hospitais. O que é importante de ser sublinhado está na dificuldade, por parte dos serviços de saúde, de compreender o caráter da pesquisa. O fato de a pesquisa ser conduzida pela área da saúde coletiva e, dessa forma, conter um viés diferente do clínico, era de difícil concepção por parte dos gestores dos mesmos. O começo do percurso da pesquisa passou, em parte, pelo entendimento de que, mesmo em se considerando a administração dos serviços de saúde, existe uma relação de poder que privilegia o discurso médico-clínico também nas instâncias de gestão.

Outra nota, com sentido introdutório, se refere dessa vez ao início do campo, à fase das entrevistas, pois mesmo após ter acontecido a apresentação para a equipe profissional do serviço, repetia-se a dúvida sobre qual curso superior eu estava realizando. A equipe profissional do CAPS me enxergava como médico ou psicólogo em formação, o que pode apontar para uma reflexão sobre as posições possíveis de serem assumidas dentro do mesmo. Também por parte dos meus interlocutores da pesquisa, as pessoas que usam o serviço de saúde mental, havia uma nebulosidade acerca de quem eu era, no que se refere a ocupação. Tais notas, depois de realizada uma escuta cuidadosa, parecem se remeter ao modo como iniciei minha inserção no campo, assim como ao lugar eleito como preferencial para a realização das entrevistas: as salas de consulta.

Exponho aqui uma experiência de entrevista que é representativa das questões que procuro desenvolver neste trabalho. Da mesma forma, a partir desse caso, detalho melhor no que consistiu o Inquérito, quanto a procedimentos, critérios e questões contidas nas entrevistas.

Em uma das minhas idas ao CAPS, deparei-me com uma pessoa em situação de usuário do serviço que recém retornava da internação do Hospital. Estar internado se mostrou ser uma experiência difícil e dolorosa a partir dos relatos dos interlocutores da pesquisa, quando lhes perguntava se já haviam passado por uma internação, sempre era comemorado o fato de não ter tido nenhuma nos últimos tempos.

Sem me aperceber da situação delicada em que se encontrava este interlocutor provável para a pesquisa, estava me direcionando para convidá-lo quando fui aconselhado a esperar, pois no momento, no entendimento do profissional da equipe de saúde não havia condições para tal. Nas minhas passagens pelo serviço, naquele dia, e, nos dias seguintes, reparei que esta pessoa que chamarei pelo nome de Alberto com o sentido de respeitar o sigilo garantido na execução da pesquisa, nos horários em que não acontecia nenhuma atividade no CAPS, se encontrava sempre sozinho, se colocando nos cantos dos corredores e salas do CAPS.

Como já mencionado anteriormente, a metodologia de abordagem dos *usuários* eleita pelo *Inquérito* a partir do diálogo com os serviços de saúde se cristalizou da seguinte forma na maioria dos campos de saúde mental: inicialmente nos dirigiríamos a equipe profissional para que os mesmos avaliassem a possibilidade da realização da entrevista e nos apresentassem ao futuro entrevistado. O ingresso dos entrevistadores no serviço de saúde e a intervenção que promoveríamos com a aplicação dos questionários passava, dessa forma, primeiramente, pelo crivo da equipe profissional dos mesmos. O que busco colocar em jogo com esse dado posteriormente repousa sobre o que possivelmente essa sistemática surtiu de efeitos na relação que constituí com as pessoas por mim entrevistadas.

Na semana seguinte, após ter sido orientado pela equipe de que dessa vez não seria um momento inoportuno para tentar convidá-lo, dirigi-me ao mesmo, no que obtive uma resposta negativa, simplesmente um balançar de cabeça e um olhar fugidio. Alguns dias depois, decidi perguntar para Alberto novamente se não tinha interesse em realizar a entrevista, e mais uma vez, recebi um não como resposta. Entendi, a partir deste momento, que não deveria mais buscar sua interlocução.

Chegando ao serviço, em um outro dia, encontro Alberto sentado na cadeira que se situa dentro do CAPS², em sua área externa localizada entre o portão da entrada do mesmo e o interior do equipamento de saúde, passo por ele, o cumprimento e vou me sentar na recepção, lugar costumeiro onde organizava-me para o dia de busca por entrevistas. Havia sido elaborado uma lista de potenciais participantes das entrevistas a partir do levantamento realizado pela coordenação do Inquérito em conjunto com as equipes profissionais do mesmo. Sendo assim, orientava-me por aquele material que continha mais detalhes como os dias em que os usuários que poderiam participar nas entrevistas estariam presentes no CAPS. Para minha surpresa, Alberto vem ao meu encontro, e pergunta se ainda tinha interesse em fazer a entrevista, e, como se daria o processo. Expliquei como se daria a nossa conversa, que se basearia em uma entrevista, e que, se por acaso quisesse interrompê-la, não haveria problema algum. Dessa forma, Alberto topou, e tomamos o rumo de uma sala de atendimento que estivesse vaga.

No início de todas as entrevistas, as perguntas se concentravam em tentar compreender se o candidato era mesmo elegível e se enquadrava nos critérios elencados pela coordenação do Inquérito. Os critérios mínimos para participar da entrevista eram os seguintes: (i) ser residente em Porto Alegre; (ii) ter recebido encaminhamento para ingresso no CAPS de um posto de saúde; (iii) ter iniciado tratamento CAPS nos últimos três anos, ou seja, do ano de 2013 para cá; (iv) ser portador do CID³ F20-29 (Esquizofrenia, transtornos esquisotípicos e delirantes) ou CID F30-39 (Transtornos de Humor [afetivos]).

Até aí, tudo correu como de costume, preenchi os dados de identificação contidos na parte inicial da entrevista. No passo seguinte, quando da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tive uma experiência com Alberto que provocou algumas inquietações a respeito dos desafios que se colocam na proposta de realizar entrevistas no campo da saúde mental e também apontam para questões sobre a relação entre equipe de saúde e usuário do CAPS tendo em conta as discussões sobre humanização que foram apresentadas na formação conduzida pela coordenação do Inquérito.

² Realizo a descrição do espaço no capítulo 5.

³ Código Internacional de Doenças.

Quando perguntei seu nome completo para preencher a lacuna correspondente do TCLE, Alberto me disse que não assinaria como Alberto, queria assinar como “Outro” ou como “Minha Vida”. Como não impus nenhuma objeção ao seu desejo, o mesmo mostrou-se contente, pegou o documento, e assinou-o: *OUTRO*. Segurou aquele documento, e disse-me que agora ele poderia ser esse *Outro*, relatou-me que queria levar esse documento no posto de saúde, para que então, pudesse, de fato, não ser mais reconhecido como Alberto. Disse-me que estava feliz de ter me encontrado, que os médicos, sempre que ele comentava sobre sua vontade de ser outro, conduziam-no para que rejeitasse essa possibilidade. Fiquei muito afetado pela repercussão que o TCLE poderia surtir, jamais havia passado pela minha cabeça tal possibilidade, de que a partir de um documento que busca capturar uma autorização legal para a obtenção de informações de pessoas em situação de usuárias de CAPS, surgisse a possibilidade de um outro lugar de enunciação.

Expliquei para meu interlocutor, que infelizmente, o documento não surtiria o efeito formal que ele esperava, caso tentasse usá-lo como registro de que era Outro no Posto de Saúde que frequenta. De qualquer forma, nossa conversa teve como eixo essa possibilidade outra de enunciação. O Outro falava sobre Alberto de maneira aberta, me pareceu um momento importante, entendi que esse tipo de situação vivida por essa pessoa a partir da entrevista fosse um evento que devesse ser relatado para os profissionais de saúde do CAPS. No dia seguinte, quando fui relatar a alguns profissionais da equipe sobre o ocorrido, obtive como resposta uma correlação direta entre o comportamento descrito por mim com uma categoria psiquiátrica: a leitura era a de que Alberto estava muito psicótico e que talvez o medicamento administrado para ele não era o correto.

Trago este relato de campo para demonstrar a necessidade de problematizar a forma como se compreende essa alteridade nos contextos tanto de uma relação entre entrevistador e entrevistado, quanto da relação entre quem demanda esse serviço de assistência de saúde e quem oferece. Entendo essa vivência como uma demonstração de que mesmo em contextos tidos como altamente marcados por relações hierárquicas, não se pode tomar os posicionamentos como estanques. Ou seja, a princípio, no meu entendimento pesava sobre minha condição dentro do serviço uma posição de estar sob o apoio da equipe profissional do serviço, o que,

me colocaria em um lugar aproximado na gama de relações que se estabelecem. Contudo, com a passagem do tempo de experiência junto ao serviço, compreendi que as negativas em participar da entrevista se mostravam significativas, e que, as entrevistas eram agenciadas das mais diferentes maneiras possíveis, resultando em repercussões das mais inesperadas. O caso de *Outro* é bastante revelador deste aspecto: foi ele que me interpelou para que conversássemos; no acontecimento da entrevista, foi *Outro* que viu a possibilidade de enxergar a si próprio de forma diferente, e a agarrou.

Ao mesmo tempo, essa vivência aponta para a problemática desenhada pela continuidade de práticas pautadas por uma lógica manicomial, por uma reprodução da institucionalização da loucura. Em diálogo com Alverga et Dimenstein (2006), onde se discute os desafios presentes na forma com que é conduzida a atenção em saúde mental nos dias de hoje tomando como base a discussão da Reforma Psiquiátrica, estes autores utilizam-se da noção de “desejos de manicômio” (Idem, pg. 2, 2006). Este conceito se faz pertinente para dar conta da repercussão que o relato da experiência com *Outro* provocou junto à equipe do mesmo. De prontidão a experiência foi tomada em relação a um estereótipo médico:

Eles (desejos de manicômio se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele. (MACHADO & LAVRADIR, [Apud Alverga et Dimenstein] pg. 46, 2001).

Desse modo, um dos objetivos deste trabalho é o de seguir a esteira das discussões antropológicas promovidas por etnografias no campo da saúde mental a partir das experiências de entrevistador em um CAPS. A ideia presente aqui é a de estabelecer relações com a Antropologia do Devir de João Biehl (2008), assim como promover diálogo com Poglia (2015) quanto às questões pautadas pelo mesmo a respeito de uma antropologia que dá fôlego às possibilidades de etnografar singularidades que emergem mesmo em contextos tidos como opressores. Poglia apoia-se no sentido proposto por Guattari, onde o mesmo pontua que: “Identidade e singularidade são duas coisas completamente diferentes. A singularidade é um conceito existencial; já a identidade é um conceito de referência, de circunscrição da realidade a quadros de referência.” (1996, Apud Poglia, pg.100, 2015)

2.1 A entrevista como método no contexto dos serviços substitutivos de assistência em saúde mental

O Inquérito Multicêntrico Sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras buscou realizar um levantamento substantivo sobre o SUS. Para efetivar tal empreitada, de forma a também possibilitar o estabelecimento de comparações entre as regiões metropolitanas, foi elaborado em conjunto, contando com pesquisadores das quatro regiões antes mencionadas – Porto Alegre, Campinas, São Paulo e Fortaleza – questionários padrão para cada agravo de saúde pesquisado. Sendo assim, embora pudesse haver algumas diferenças entre as demandas de cada cidade, houve a procura por manter as questões elaboradas naquele momento, junto à coordenação geral da pesquisa na Universidade de Campinas, de modo a permitir a realização de uma análise quantitativa dos dados posteriormente.

Quanto à condução do Inquérito em Porto Alegre, o número de entrevistadores contratados foi de 17, os alunos contemplados pertenciam aos cursos de Ciências Sociais, Políticas Públicas e Saúde Coletiva, sendo que a cada um foi garantido um Tablet e um caderno de notas de campo para a feitura das entrevistas. Para facilitar o manejo dos dados a coordenação da pesquisa optou pela elaboração de um aplicativo que continha os questionários e direcionava os resultados das entrevistas diretamente para um banco virtual de informações coletadas.

Os objetivos do Inquérito, basicamente, eram entender três eixos sobre o funcionamento da saúde pública brasileira: (i) o funcionamento da atenção básica em saúde; (ii) o acesso à atenção especializada (CAPS, por exemplo); (iii) o grau de humanização dos serviços de saúde.

A partir desta contextualização do interesse em realizar um amplo quadro da saúde pública no Brasil por parte do Inquérito, pode-se inferir que se o método adotado permitiu ganhos importantes no que tange a dimensão quantitativa da análise, todavia esbarrou em algumas dificuldades quanto à dimensão qualitativa nos serviços especializados em saúde mental.

Sade et al em seu artigo “O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental” (2013) discutem como adotar a entrevista nesse campo que contém os desafios do desenvolvimento de uma relação que privilegia o cuidar em liberdade. Realizo esta interlocução com o intuito de demonstrar possíveis caminhos que privilegiam o aspecto qualitativo da relação que se constitui a partir da adoção da entrevista como instrumento de pesquisa. Dessa forma, me aproximo das propostas aventadas por aqueles autores, trazendo relatos de campo ilustrativos de como a entrevista pode estar afinada com o ideário proposto pela reforma psiquiátrica. Contudo, se faz necessário, expor antes em bases mais sólidas o que entra em jogo na discussão da assistência em saúde mental promovida por este movimento reformativo, ou seja, situar quais as questões e que movimentos aparecem como relevantes para um redirecionamento que promova o cuidar em liberdade em detrimento do isolamento manicomial. Realizo interlocução com a obra de Michel Foucault “A História da Loucura” de modo a estabelecer as bases desta discussão.

2.1.1 Os lugares da loucura no discurso, nas práticas e no espaço

A forma como a *loucura* é compreendida ao longo do tempo, apresenta-se como ponto de partida para que se possa pensar os modos como o Estado, e, em seus desdobramentos, como os serviços públicos de saúde lidam com comportamentos que escapam a uma lógica biopolítica que busca produzir a vida em moldes dóceis e disciplinados. Dessa forma, é inescapável recorrer às discussões empreendidas por Michel Foucault em “A História da Loucura “ (1972) para dar a entender quais são os processos e os regimes de saber/poder que se enunciam como possíveis acerca da *loucura*, sem ter o objetivo de alcançar a verdade, mas sim, realçando as correlações de poder que são capazes de estabelecer regimes de verdade.

Na obra referida, Foucault realiza uma abordagem sobre a loucura percorrendo os sentidos que lhe eram atribuídos desde a Renascença até a sua dominação subsequente com a consolidação de um discurso monológico que impedia o compartilhamento de uma linguagem sobre a razão e a desrazão. Sobre a efervescência cultural da Renascença o autor discorre sobre os modos como as diferentes formas de arte que se destacaram atribuíram sentido à loucura, assim

como, correlaciona essas interpretações aos registros históricos de como acontecia a vida dos *loucos*. “A Nau dos Loucos” – Narrenschiff de Brant (1497) – é aventada como uma das obras relevantes produzidas nessa época, esta que tem a potência de falar sobre uma prática da época: as pessoas designadas como loucas eram colocadas em barcos, escorraçadas de suas cidades,

(...) Narrenschiff é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. (...). Deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores ou a peregrinos. (FOUCAULT, 1972, pg. 9)

O ponto levantado expõe um momento histórico, localizado na Europa, que depõe a favor de uma relação mais heterogênea quanto a forma como lidava-se com a loucura. O exemplo colocado apenas aponta para uma outra possibilidade de relação, pois durante o mesmo período histórico já existiam lugares de detenção reservados aos loucos, embora a loucura ainda não seja associada a uma categoria biomédica - por exemplo na França e na Alemanha (Idem, pg. 10). Essa forma de expulsar os *loucos* das cidades, lança-os aos mares, de certa forma, guarda relação com as formas atuais com que se lida com tal alteridade, pois tal prática concedia-lhes o lugar da *margem*: se não havia um lugar específico para sua clausura, sua própria clausura incidia em que permanecessem fora dos muros da cidade.

O autor segue seu escrutínio detalhando outra forma de significação em que foi investida a *loucura* a partir da literatura. Ao final da Idade Média, tal condição – a do *louco* - é correlacionada a uma capacidade de denúncia, a fala que partia dessa posição detinha potencial crítico. Ou seja, a loucura apresentava-se disseminada e seguidamente estava aproximada da ideia de cegueira, e, ao louco, reservava-se o lugar central: o da revelação, o detentor da verdade. Ademais, a sua representação dada do ponto de vista mais acadêmico também sugeria que a partir desta poderia se “...estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão” (Idem, Pg. 15). No decorrer de suas reflexões, Foucault demonstra a existência de um discurso compartilhado, de uma linguagem que permitia a comunicação entre loucura e razão, e, de forma minuciosa, coloca sob análise a forma como vai se constituindo um abismo entre tais concepções, assim como, coloca em evidência a consolidação de um discurso médico-científico que assume fala privilegiada sobre o tema. A radicalidade da

filosofia da ciência empreendida aqui incide justamente na exposição da criação desses limites que constituem oposições antagônicas, ou, dicotômicas.

Embora as práticas médicas de internamento que trataram a loucura como doença mental estejam datadas do período do século XVIII, as práticas de internamento já se apresentavam nas sociedades durante a idade média (Amarante, 1995). Faço essa observação com o intuito de demarcar uma diferença importante na forma como esse internamento se justificava:

Durante a idade média, a percepção social da loucura, representada pela ética do internamento, não se cruza com a elaboração de conhecimento sobre a loucura. O internamento da idade clássica é baseado em uma prática de 'proteção' e guarda, (...); diferentemente do século XVIII, marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características médicas e terapêuticas. (AMARANTE, pg. 24, 1995).

Se o que propõe Michel Foucault sobre essa constituição de uma dissociação entre razão e loucura é considerado válido, a tal ponto em que surge a possibilidade de uma enunciação que é capaz de se apresentar como autorizada a determinar o que é racional, associando a loucura à categoria de doença, mostra-se importante prestar atenção para o modo como esse saber biomédico é produtor de discursos e verdades acerca do comportamento humano.

Ponto a não passar despercebido é o da aproximação da institucionalização da loucura pela medicina com a concomitante caracterização do louco como alguém representante de risco, de "periculosidade social". Dessa forma, segundo Denise Dias Barros (1994), há uma indissociabilidade entre punir e tratar, a autora apoia-se em uma leitura de Foucault para demonstrar como a categoria de doença mental aparece sob uma injunção moral que converge tratamento e punição como sinônimos.

Antes de adentrar as questões antropológicas que se relacionam mais diretamente com a minha vivência em campo nos Centros de Atenção Psicossocial de Porto Alegre, considero inescapável esboçar em algumas bases os processos e embates vividos na área de saúde mental pública no Brasil, tomando como acontecimento central o processo da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, além de permitir ao leitor uma melhor contextualização, terei a oportunidade de situar um pouco em que consiste o advento desses serviços substitutivos de saúde mental, tais como os CAPS.

2.1.2 O cenário da saúde mental no Brasil: algumas implicações da(s) reforma(s) psiquiátrica(s) brasileira(s)

Os processos que constituem a saúde pública no Brasil, mais especificamente no que tange à saúde mental, apresentam, segundo Resende (1997) uma especificidade que não deve passar despercebida. A partir do que propõe este autor, durante um longo período a loucura não teria aparecido como uma questão para o Estado brasileiro, tendo a doença mental apresentado sua constituição de forma concomitante a alguns eventos históricos específicos do século XIX. Resende descreve o cenário social e econômico do período do Brasil império de forma a registrar a força que as relações escravistas detinham. A vinda da família real para as terras tupiniquins, assim como, o esfacelamento do regime escravocrata nos termos oficiais, coincidiram com a criação e consolidação da instituição médica.

Para Resende, há que se observar os movimentos reformistas quanto ao tratamento das pessoas consideradas loucas no período do século XVIII no mundo, marcando um tratamento específico como “semente da assistência psiquiátrica de massa” (RESENDE, Pg. 25, 1997): “o tratamento moral”. Essa forma de tratamento apresentaria bases pouco sólidas no que se refere às opiniões dos historiadores da psiquiatria brasileira. Em geral, Resende aponta uma polarização entre o entendimento do tratamento moral como “libertador” e como produtor de um disciplinamento sofisticado que segundo o mesmo “nada mais teriam promovido senão a substituição da violência franca pela violência velada da ameaça e das privações” (Idem, pg. 26, 1997). Ainda, o autor registra que embora possa ser traçada minimamente a base moral advinda do contexto do iluminismo que subjaz ao tratamento moral, este processo jamais se constituiu como unívoco, e, sim, apresentou diferentes manifestações que diziam respeito às diferentes formas de condução dos diretores das instituições destinadas a assistência à saúde mental. Sendo assim, a partir de tal observação, é possível esboçar uma correlação com o que pontuam Fonseca et all. (2007) a respeito do contexto da reforma psiquiátrica realizada no final do século XX. Segundo estas autoras - assim como pontua Resende a respeito do tratamento que teria representado marco de influência sobre a assistência em saúde mental de massas no Brasil – não poderíamos nos referir ao movimento de reforma mais recente no campo da saúde mental como a reforma, no

singular. Na proposição das autoras, da qual assento concordância, o processo que se passa no Brasil é marcado por tamanha diversidade que há que se referir a este no plural como reformas psiquiátricas.

Basicamente, os elementos comuns que nortearam os processos que visavam a modificação da sistemática adotada na assistência em saúde mental no Brasil estavam assentados no acordo de que o modelo de isolamento/internação em espaços fechados teria fracassado. Segundo Andrade (pg. 71, ano), “Tal modelo, à época, foi reconhecido como incapaz e ineficiente, nas suas vertentes práticas e teóricas, como mostram os trabalhos de Foucault (1997[1972]), Erving Goffman (2001[1961]), David Cooper (1989), dentre outros.” Ainda ressalta a autora, em sua leitura de Desviat (1999)⁴, que o contexto que envolve as reformas psiquiátricas, embora resguarde-se algumas particularidades em cada localidade, apresenta relação com o advento dos psicotrópicos, assim como da psicanálise no pós-Segunda Guerra Mundial.

Manteve forte relação com a reforma psiquiátrica do Brasil, o movimento político ativo denominado reforma sanitária. Tal conjuntura de propostas de transformação da assistência em saúde pública brasileira se deu no momento de redemocratização política no Brasil, tendo repercutido na criação do SUS e da sua inscrição na Constituição Federal Brasileira de 1988 (Andrade, 2012). Seguindo o que propõe Amarante (1996, p.14[apud Andrade pg.74]) a reforma psiquiátrica “trata-se de um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica (...)”. A partir de Andrade, o que dá coesão ao movimento reformático, são três elementos consensuais dentre as divergências existentes: (i) o deslocamento do centro da rede de cuidados em saúde mental do Hospital para outros serviços através da gradual extinção de leitos em hospitais psiquiátricos; (ii) surgimento de serviços de saúde mental com base territorial que dessem conta do cuidado em liberdade e integral de modo a situar-se nas proximidades das moradias de quem o utilizasse; (iii) este, consistiria na:

Superação da cultura manicomial através de práticas que possibilitem outros modos de subjetivação e convivência, experimentadas com a diferença e com a loucura, pressupondo a ressignificação dos conceitos do campo da saúde mental, tais como “doença”, “sofrimento” e saúde mental.

⁴ Desenvolve uma análise sobre os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica no mundo.

Neste sentido, o processo da reforma psiquiátrica iria além da pura e simples desospitalização, mas pretenderia desconstruir o hospital psiquiátrico e todo o aparato teórico, subjetivo, ético, estético e físico que o mantém, enfim, tudo o que ele representa. (ANDRADE, p. 79, 2012)

Da direção antimanicomial proposta por este movimento, dá-se a criação de serviços de assistência em saúde mental substitutivos aos que até então vigoravam: ocorre a criação dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes espaços são destinados a servir como ponto de referência para a Rede de Assistência em Saúde Mental (RAPSM) - também fruto do processo reformativo na área da saúde.

A Reforma Psiquiátrica repercutiu de forma direta na organização da saúde pública da área mental no que diz respeito a modificações importantes em sua estruturação física. Todavia, há que se observar um acréscimo nas despesas nessa área da saúde pública com novos psicotrópicos. Andreoli et al (2007) realizam levantamento a partir do banco de dados Datasus sobre os serviços de saúde mental entre os anos de 1995 e 2005 observando uma mudança significativa em favor do que propunha o movimento reformativo. João Biehl (2008) ao realizar leitura daqueles autores expõe os seguintes números:

“Em 1995, por exemplo, as internações psiquiátricas representavam 95,5% do total dos gastos com saúde mental, passando para 49,3% em 2005. No mesmo período, houve um aumento significativo nas despesas com serviços comunitários e medicação. A distribuição dos psicotrópicos cresceu de 0,1% em 1991 para 15,5% em 2005. 75% dos gastos com medicamentos nesse período foram com novas drogas antipsicóticas. É importante ressaltar que, nesses dez anos, o crescimento na alocação de recursos para medicação foi acompanhado pelo decréscimo no número de psiquiatrias contratados e que, no geral, as despesas com saúde mental diminuíram 26,7%.” (BIEHL, p. 417, 2008)

Até esse ponto, exponho os processos que se relacionam com o deslocamento no entendimento e nas práticas no que tange à assistência em saúde mental. O surgimento dos CAPS se mostra como produto desse movimento que se pretende reformativo, e se apresenta com algumas variações, respeitando critérios que dizem respeito a população de abrangência, a capacidade operacional, horário de funcionamento e clientela.

“O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, apud Andrade, 2004b, p. 13)

Dessa forma, interessa para este trabalho a consideração do que este redirecionamento da assistência em saúde mental busca promover no que tange ao entendimento da pessoa que possui transtorno de saúde mental. Os deslocamentos que visam o cuidar em liberdade, a consideração das outras facetas da vida dessas pessoas para além do exclusivo enfoque sobre a doença mental, propõe desafios na constituição da relação entre equipe profissional e usuário do CAPS.

A partir da elaboração do cenário que está por trás da consolidação dos serviços substitutivos de saúde mental, procuro no próximo capítulo compreender o método da entrevista nesse contexto. Da mesma forma, a partir de vivências em campo procuro discutir de que forma cristaliza-se um entendimento sobre quem seria o usuário do CAPS a partir tanto do que a entrevista mobilizou, assim como das observações a respeito da relação estabelecida entre equipe e usuário tomando a autonomia como um valor para reinserção social.

3 O dispositivo da entrevista no campo da Saúde Mental: desafios e repercussões a partir da experiência em campo

Durante o período que estive presente no CAPS tive a oportunidade de entender um pouco das dinâmicas deste serviço no que tange ao universo de atividades/serviços oferecidos no mesmo. Como me apoio em experiências que estão inseridas no contexto das dinâmicas de trabalho desenvolvidas nesse equipamento de saúde, primeiramente exponho de modo geral a organização das atividades. Em seguida retorno a pensar a respeito dos limites e potencialidades do método de coleta de dados da entrevista.

O Centro de Atenção Psicossocial ao qual estive inserido por um período aproximado de 3 meses em função de minha atividade de entrevistador, é composto por uma série de serviços e atividades/oficinas. De maneira geral, o funcionamento deste se dá a partir de atendimentos psiquiátricos individuais ou com acompanhamento de familiar(es), atendimento psicológico na maior parte das vezes coordenado em grupo, atividades/oficinas (música, artes, jornal, educação física, higiene, culinária, estética, passeios, festas), e de refeições (café da manhã, almoço e café da tarde).

A relação que se estabelecia nesse momento inicial de minha presença no serviço com as pessoas que fazem usufruto deste tinha intermediação frequente principalmente de enfermeiro(a)s. Se por um lado, esse processo funcionou como um facilitador para a consecução da entrevista, pois eu desconhecia essas pessoas com as quais devia realizar a entrevista a ponto de não reconhecê-las fisicamente, por outro, nesta intermediação, em algumas situações ao perguntar sobre a presença de “usuários” elegíveis para a pesquisa, falava-se sobre estes mesmo com sua presença no mesmo ambiente. Maluf e Andrade (pg, 260, 2016), ao apoiar-se em observações de Basaglia (2001) acerca de uma situação vivenciada em um manicômio, comentam a situação de ter passado por experiência similar, “falava-se sobre eles com eles presentes sem que eles pudessem se manifestar, o que mostrava de forma evidente o sentido dessubjetivador do uso da ‘terceira pessoa’.” (ANDRADE, MALUF, pg. 260, 2016).

Com a lista de possíveis entrevistados em mãos, o trabalho de entrevistador era desenvolvido geralmente seguindo uma sequência específica de passos.

Chegando ao serviço direcionava-me diretamente a alguém da equipe profissional para tomar conhecimento dos presentes no CAPS naquele dia dentre os que estavam na lista elaborada pela coordenação do Inquérito juntamente com a equipe profissional do serviço de saúde. Essa etapa normalmente era cumprida em diálogo com profissional que trabalha como recepcionista, todavia, como este estava posicionado logo na entrada, de início precisei procurar auxílio dos profissionais da área da saúde que transitavam internamente para que estes me apresentassem aos futuros entrevistados e assim eu pudesse me apresentar e realizar o convite para fazer a entrevista.

Assim que o convite era aceito, dirigíamo-nos, como havia sido combinado, a procurar uma sala de atendimento com o intuito de garantir a possibilidade de o entrevistado sentir-se à vontade para responder às questões relativas ao nível de humanização do atendimento. Em algumas vezes, as salas encontravam-se ocupadas, mas na maioria das ocasiões, ingressávamos eu e o interlocutor da pesquisa em uma sala de atendimento para que a entrevista fosse então realizada. Em média, quando as entrevistas eram realizadas compreendendo a totalidade das questões nela contidas, o tempo de duração era de 30 a 40 minutos. Ao todo, tive a experiência de entrevistar 55 pessoas, sem contabilizar às que não puderam ser finalizadas e também sem contar com as relações que estabeleci com outros usuários que não se enquadravam nos critérios do Inquérito

Ao ingressarmos na sala eu me apresentava novamente, explicava que não era formado na área da saúde e que a pesquisa em questão visava compreender melhor o SUS a partir de perguntas sobre a trajetória de vida no que tange às experiências com a saúde pública: passagem pelo posto de saúde, acesso ao serviço especializado, dentre outros. Como já comentado anteriormente, a entrevista estava contida em um Tablet, e, sendo assim, as perguntas se encontravam já formuladas.

Na primeira semana da etapa de aplicação das entrevistas com os usuários cheguei ao CAPS com a lista que já havia sido levantada pela coordenação da pesquisa vinculada a área da Saúde Coletiva da UFRGS e apresentei-a ao José (trabalha na recepção do CAPS) para que o mesmo me indicasse quem eu poderia encontrar naquele dia para realizar a entrevista. De cara já me perguntou se a

Zenilda, uma mulher já com alguma idade que estava bem a nossa frente, se encontrava na lista, no que lhe respondi afirmativamente. De prontidão, já me apresentei convidando-a para que fizéssemos a entrevista, Zenilda disse que faria sim, só iria tomar a medicação antes.

Existia de minha parte uma expectativa a respeito do efeito das perguntas contidas no questionário, entendia que estas eram muito repetitivas quanto a reafirmação do problema de saúde mental. E, da mesma forma, quanto à parte que questionava o entrevistado a respeito do que o tinha motivado a procurar o CAPS. A questão expunha algumas situações possíveis tais quais as de planejar e/ou tentar tirar a própria vida, enxergar coisas, ouvir vozes, sentir sensações inexplicáveis no corpo, estar agressivo: me parecia demasiado invasivo. Contudo, o que se mostrou durante a entrevista com Zenilda é que a condição pela qual passava era colocada de forma direta, sem mais problemas. Quando a perguntei se tinha algum problema de saúde mental, ela de início ficou sem saber o que me dizer. Após alguns instantes me disse que tinha transtorno bipolar, fazendo referência ao que disse o médico que a acompanha.

Em outra situação de entrevista, quando fiz a mesma pergunta para outra pessoa que chamarei pelo nome de Isabela, “a senhora tem algum problema de saúde mental? ”, obtive uma resposta que aponta para a interpretação que a própria pessoa em condição de usuária apresenta para o seu estado de sofrimento. Da mesma forma que Zenilda, a pessoa apresentou a categoria médica que carrega sobre si, “disseram que sou esquizo alguma coisa. (...) acho que é esquizo-afetiva. Eu acho que não é isso. As vozes, eu escuto espíritos, eu sou espírita. Uma vez, quando eu estava internada em um Hospital, eu ouvi um chamado lá de fora, na frente do Hospital. Mas não me deixaram ir, me amarraram com cordas e me deram uma injeção. ”. Quando havia uma negativa à questão de ter um problema mental, seguia-se a pergunta “qual o motivo do Sr(a) ser acompanhado(a) no CAPS?”. Isabela, ao ser questionada replicou dizendo que um dos motivos que a fez continuar foi uma das atividades mantidas pelo serviço de saúde em questão: o grupo se dirigia a um clube para praticar tênis. “Sempre quis jogar tênis. Íamos jogar lá nas quadras do clube, mas nunca mais a gente foi. ”

Esse relato aponta para a problemática envolvida em torno do CID imputado às pessoas em situação de tratamento, quanto aos efeitos que impossibilitam a negociação sobre o entendimento do que causa o próprio sofrimento e a forma de trata-lo.

Recém-chegada no CAPS, foi Vera que me abordou na sala de espera. Sentei-me próximo a mesa de jogos para cumprimentar Paulo e Adílio, no que Vera me perguntou o que eu fazia ali. Quando expliquei que realizava entrevistas com as pessoas que frequentam o serviço, a mesma já se dispôs a fazer. Fomos até uma sala de atendimento dançando e cantando, Vera começou a cantar e me pegou pela mão para que dançássemos, que se encontrava vazia, e me apresentei dizendo que era um estudante de ciências sociais que participava dessa pesquisa da área da Saúde Coletiva para entender melhor o SUS. Quando falei do SUS, Vera me comentou que ela havia criado o SUS, disse *“nós criamos o SUS(...) Eu tava lá quando criaram o SUS”*. No decorrer de nossa conversa Vera contou-me sobre sua trajetória longa pelos serviços de saúde mental. Comentou que na sua última passagem pelo hospital espírita tinha sido deixada para morrer. Um detalhe interessante foi que quando eu lhe questionava, olhando para o tablet do Inquérito, a mesma me perguntava *“ta escrito aí?”*, mais de uma vez ela quis conferir comigo informações que eu buscava através da entrevista. Tal situação permite que se pense sobre a dimensão da não-autorização da fala das pessoas portadoras de doenças mentais, principalmente no que diz respeito a si-mesmas. As interdições passam por caminhos diversos, econômicos/financeiros, afetivas, hábitos alimentares, de tal forma que dentro do serviço de saúde há a dimensão de se reportar a alguém da equipe que fale o que pode e o que não pode. Por exemplo, Vera interrompeu a nossa entrevista, disse que ia pegar um café e comer uma fruta. No que não teve a permissão de tomar o café, discutiu com o profissional da equipe e voltou para que continuássemos a entrevista. Contou-me que tinha um médico responsável lá no Hospital, mas que agora estava passando para o CAPS. Disse-me que iria se mudar de vez para o CAPS, passar o resto da vida ali.

Quando perguntei se tinha um problema de saúde mental, ela me respondeu com o diagnóstico médico que tinha recebido, transtorno bipolar. Em seguida, quando coloquei a questão “quando pela primeira vez um profissional de saúde identificou que a senhora tinha problema de saúde mental? ” Vera se voltou ao

momento do nascimento de sua primeira filha. Disse que passou por muitas dificuldades, que começara ali o seu problema. Em seguida falou que teve três filhos, e que passou pela mesma situação no nascimento dos três. Falou de uma realidade dura, a de ter enterrado um filho. Contou-me que esse filho era psicótico, que acabou sendo morto com tiros nas costas desferidos por policiais. No momento seguinte voltou a comentar sobre a sua filha mais velha, que tinha se formado em ciências contábeis, inclusive buscou o álbum da formatura da mesma. Disse que a filha cedo assumiu a criação dos irmãos como pôde, que se orgulhava muito dela.

Na seção do questionário que se debruçava sobre a relação com os profissionais da equipe de saúde, mostrou-me uma folha de papel que continha os acertos da consulta que tinha feito com o médico. Uma, dizia respeito a medicação, sobre a qual Vera me comentou que não estava se adaptando, que sentia o gosto dos remédios, que o gosto permanecia em sua garganta, mas que sentia o gosto da água também. O médico lhe respondeu que podia tomar os medicamentos com café, com suco, com leite, com qualquer outra bebida. Vera me questionou se realmente podia, pois lá no outro hospital em que estivera internada tais bebidas eram proibidas, só se podia tomar os remédios com água.

Exponho essas experiências com o sentido de lançar um olhar qualitativo sobre as entrevistas, pensando essa dimensão como reveladora de algumas questões. A riqueza das vivências traz a questão de como encarar o método da entrevista como um dispositivo afinado com ideário da reforma psiquiátrica, assim como, permite um repensar de como se dá essa coleta de dados de forma mais complexa.

Tomo como pressupostos sobre a produção de conhecimento a relativização dos ideais de objetividade e neutralidade, no sentido não de negar a objetividade completamente, mas, apesar de buscar a objetividade, prestar atenção mais nas práticas de produção de conhecimento, no que elas produzem de realidade. Há que se pensar as práticas de pesquisa não como simples representações, mas como intervenções na realidade.

Como o grupo de entrevistadores contratados pelo Inquérito havia sido preparado nesse sentido, fomos informados em fase de formação de que o Inquérito

significaria uma intervenção nos serviços, gostaria de pensar a entrevista no que ela produziu de significados nesse sentido. Sade et al (2013) propõe que se pense a entrevista no campo da saúde mental como uma “colheita de dados” (SADE et al, p. 2816, 2013), e não como uma simples coleta destes. Assim, os autores promovem uma ênfase na dimensão produtiva deste conhecimento, colocando entrevistador e entrevistado na relação produtora deste. Ao realizar uma pesquisa-intervenção para melhor compreender o dispositivo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) utilizando-se da entrevista, os autores acima referidos procuram debater a respeito da potencialidade dessa ferramenta de pesquisa. Guardadas as diferenças entre os objetivos do Inquérito e da pesquisa-intervenção sobre o GAM, penso ser relevante expor algumas contribuições trazidas por estes autores para pensar a pesquisa qualitativa em um serviço de saúde. Há uma intersecção entre o entendimento que se tem sobre a defesa dos princípios da atenção psicossocial entre as pesquisas. A possibilidade de estabelecer uma relação de pesquisa com usuários do SUS da saúde mental é viabilizada justamente pelos princípios de enxergar o desenvolvimento da autonomia como uma direção do tratamento e o protagonismo do usuário na elaboração dos seus projetos terapêuticos em conjunto com a equipe de saúde.

No trabalho de Sade et al (2013) é referida como questão central a compreensão de que embora se atente - tanto nos processos de produção de saúde dos CAPS, quanto na realização de pesquisa com usuários deste - para a experiência pessoal, não se deve passar despercebida a dimensão coletiva da experiência. A atenção psicossocial se funda dessa forma:

A reforma psiquiátrica mudou a lógica do tratamento em saúde mental. A cura deixou de ser o alvo principal das ações de cuidado, as quais se voltaram para a existência concreta dos usuários dos serviços de saúde em sua relação com o território, pensando como rede de interdependência ou campo social. Quando dizemos que o CAPS tem uma ação psicossocial é porque o cuidado se dá nesse limiar entre o individual e o coletivo. (SADE ET AL, p. 2815, 2013)

A entrevista aparece dessa forma como uma ferramenta capaz de dar conta não só de experiências pessoais, mas também do entrelaçamento desta com a experiência coletiva. A possibilidade de equacionar distintos pontos de vista colocando em relação vivências e representações pessoais, se deu no texto desses autores com o processo chamado de transversalidade, elaborado por Felix Guattari:

Transversalidade se distingue tanto da horizontalidade, que organiza corporativamente os iguais, quanto da verticalidade, que hierarquiza os diferentes. Transversalizar é colocar lado a lado os diferentes, criando uma dinâmica de diferenciação que permite que as vivências e representações pessoais ganhem caráter processual, transformando-se sem se anularem nem se fecharem em perspectivas totalizantes. (SADE ET AL, p. 2815, 2013)

Essa ideia potencializadora da diretriz de coletivização para os serviços públicos de saúde que aposta inclusive na cogestão do projeto terapêutico corresponsabilizando profissionais de saúde e usuários do SUS, permite problematizar algumas vivências obtidas em campo a respeito da ideia de autonomia aí subjacente. Partindo dessa discussão da transversalidade, Sade et al, propõe que se pense a autonomia do grupo: “A transversalidade dos grupos atesta o seu grau de autonomia. É tão mais autônomo o grupo quanto maior for a sua abertura para a diferença intra e intergrupos” (Idem).

Um dos interlocutores que conheci no CAPS era Adílio. Acabamos por desenvolver uma relação de proximidade. Sempre que nos víamos, não nos limitávamos a um simples cumprimento. Trocávamos algumas ideias a mais, nossa relação era marcada por uma constante busca de Adílio por me ajudar nas entrevistas. “Gustavo, tu já falou com Rafael? Vi ele hoje pela manhã e disse que tu estava fazendo as entrevistas. ” Na maioria das vezes ele me interpelava dessa forma: “Faltam muitas entrevistas? Como que tá indo? ”.

Adílio era um homem, branco, com o ensino médio completo. Ele se mostrava muito ativo na relação com a equipe de saúde, me disse em entrevista, quando lhe perguntei se tinha algum problema de saúde mental, que possuía Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), mas me deu a seu próprio diagnóstico sobre si “Sabe, eu diria que eu sofro de Impotência Existencial”. Comentou que discutia muito com sua referência na equipe quanto a um outro diagnóstico que lhe era imputado. Disse que discordava do diagnóstico de Acumulador que também lhe tinham designado.

Trago a experiência com Adílio para apontar alguns questionamentos acerca de como a atenção psicossocial nesse caso específico dá significado à dimensão da autonomia. Novamente estabeleço diálogo com Sade et al para discutir os sentidos de autonomia assumidos no campo da saúde de forma a problematiza-los. É pertinente questionar de que forma a atenção psicossocial nas práticas dos CAPS

está referenciada no que tange a uma ideia de sociedade e de que conduta é trabalhada e considerado ideal visando a uma reinserção social. Desconfio a partir de experiências de campo vivenciadas no papel de entrevistador que apesar desse direcionamento para a coletivização da experiência como diretriz para pensar a autonomia no SUS tal qual elaborado pela política de saúde mental, ainda há uma ideia de autonomia muito atrelada à de individualidade, à de autossuficiência.

Em uma de nossas conversas, Adílio ao mais uma vez se propor a me ajudar nas entrevistas, me disse “Pode deixar comigo. Eu vou falar com Siméri hoje à tarde”. Adílio conhecia a pessoa que eu buscava entrevistar, e como eu tinha ficado no turno da manhã no CAPS, se comprometeu a marcar com esta pessoa uma data para que a entrevista pudesse se concretizar. Acontece que assim que Adílio se propôs a me ajudar, foi repreendido: “Adílio, nós já conversamos sobre isso. Não é para tu ficar te metendo nas coisas dos outros. Tu tens é que cumprir o que tu te comprometeste a cumprir aqui, nem isso tu consegues. ”

Em outro momento, em um dos passeios que realizei junto com todo o pessoal do CAPS, Adílio que estava acompanhando Zenilda, ajudando-a a subir no ônibus e a descer do mesmo, em visita ao centro da cidade também foi desencorajado a se manifestar. Havia convidado uma pessoa que trabalhava no ônibus a um passeio futuro, no que lhe foi replicado “Adílio, como tu convida sem saber se vai ter espaço? Tu tens que entender que tu quem te responsabilizar pelo que tu fala. Já pensou essa pessoa chegar lá para passear conosco e não poder entrar no ônibus por falta de espaço? ”. Em outro momento, após ter descido já do ônibus para visitar o centro, Adílio permanecia de braços dados com Zenilda. Profissional da equipe lhe recomendou que desfizessem os braços dados, “Como que se anda normalmente? Vocês não precisam ficar de braços dados, né? ”.

Com esses breves relatos de campo, acredito ficar realçada uma problemática em relação a questão da autonomia. Que direcionamento essas práticas da equipe com relação a Adílio pretendem promover de produção de reinserção social? Que tipo de conduta é visada na disciplina imposta nessa relação? Entendo ser interessante o sentido de autonomia assumido por Sade et al, quando da aproximação desse com o sentido de uma coletivização da experiência:

Para evitar uma concepção de autonomia que traria embutido um sentido de heteronomia, é preciso tomar a autonomia como criação simultânea do sujeito e das regras de seu funcionamento. Nesse sentido, as regras de um sistema autônomo não podem ser entendidas como imperativo heteronômico, mas expressão da relação criativa do sujeito com o seu território existencial. Autonomia se realiza, portanto, na relação de coemergência entre sujeito e mundo, sendo, por definição, uma autonomia relacional ou coletiva. (SADE ET AL, p. 2815, 2013)

É interessante conjugar nessa discussão sobre o entendimento que se têm de autonomia e a forma com que este se desdobra em práticas nas relações entre profissionais de saúde e usuários nos CAPS o que discute Strathern (1990) em seu ensaio: “O conceito de sociedade está teoricamente obsoleto? “. Nesse texto da referida autora, aparece a discussão a respeito da validade do conceito de “sociedade” para a antropologia, o que está em jogo, fundamentalmente, é demonstrar os perigos de enxergar a sociedade como uma “entidade discreta” (p. 232, 1990). Dessa forma, fica exposta a possibilidade de, ao utilizar a ideia de sociedade, reforçar o seu outro polo inerente o do individualismo. O principal elemento que não pode passar despercebido, principalmente, no que tange ao trabalho antropológico é o de prestar atenção à dimensão relacional e criativa do ser humano.

Quanto a dimensão da autonomia, percebe-se uma proximidade conceitual importante entre a proposta de Sade et al apoiando-se em Guattari e a discussão proposta por Marilyn Strathern. Ambos defendem um entendimento que rejeita o individualismo em prol do que é relacional e criativo. Desta problematização, emergem questões que não terei fôlego de exaurir nesse trabalho de conclusão de curso, mas que não podem deixar de ser colocadas: que ideia de sociedade subjaz às práticas de assistência da atenção psicossocial? De que forma a ideia de autonomia consegue ser traduzida em práticas que levem em conta o princípio da coletivização da experiência?

Após realizar discussão a respeito do método da entrevista no campo da saúde mental, procuro no capítulo seguinte estender a discussão para a capacidade da disciplina antropológica em lidar com a diferença a partir da interlocução com Mario Eugênio Saretta Pogli (2015) e João Biehl (2008).

4. Antropologia e os desafios do campo da saúde mental

No que tange às interseções entre a disciplina antropológica e o campo da saúde mental realizo uma tentativa de levantamento do que tem sido discutido e publicado nessa temática. Sendo assim, nesse capítulo exponho algumas possibilidades de correlação entre essas áreas de modo a elucidar razoavelmente de que formas é constituída essa ligação.

Em “Terceira Margem do Hospital Psiquiátrico: Ética, Etnografia e Alteridade”, Mário Pogliá (2015) realiza uma intensa pesquisa a respeito das formas com que a disciplina antropológica estabelece relações com o campo da saúde mental quando seu objeto são os pacientes psiquiátricos. A ideia de pensar uma *terceira margem* do hospital psiquiátrico foi trazida pelo autor como representativa da posição que busca assumir ao desafiar a antropologia e a etnografia nesse campo de atuação. Não há a intenção de assumir um ponto de equilíbrio ou neutralidade entre o lado dos que estão prestando assistência ou dos que estão recebendo, e sim buscar:

“(...) uma posição de mobilidade que não está vinculada a nenhum dos dois lados mais evidentes de uma proposição hospitalar: o dos envolvidos com o tratar e o dos envolvidos com o tratamento. Criar uma terceira margem aqui não é ocupar a posição de juízo, mas muito pelo contrário: visa produzir uma geografia etnográfica da relação cujo intuito é a tarefa antropológica de se engajar em um exercício especulativo com risco de desorientar o juízo.” (POGLIA, P. 110, 2015)

Ao realizar uma etnografia a partir de sua experiência em uma Oficina de Criatividade administrada junto ao Hospital São Pedro, Pogliá busca dar vazão à possibilidade de cristalizações singulares mesmo em se tratando de um espaço de um hospital-que-foi-hospício.

De modo a constituir um posicionamento dentre as correntes antropológicas, Pogliá em artigo intitulado “A verdade que está aqui com a gente, quem é capaz de entender? – uma etnografia com participantes de uma Oficina de Criatividade em um Hospital Psiquiátrico” traz como referência na prática etnográfica a dimensão dos afetos (Favret-Saada, 2005). Essa autora coloca em discussão a forma como a antropologia não tem dado conta dessa dimensão em suas produções, e, sendo assim, defende que a dimensão dos afetos seja considerada como constitutiva da

experiência humana (Idem, p. 155). Poglia, seguindo a esteira dessa proposta, expressa a partir de experiência de campo que:

“Senti que isso me abalara, pois eu estava à procura do significado da palavra enquanto que surgiu ali um sinal de uma relação que vínhamos estabelecendo, (...), e que eu ainda não havia percebido sua importância. Entendo que essa relação era justamente resultado da prática etnográfica, que compreende ocupar um lugar de uma comunicação peculiar com as pessoas estudadas no qual se é perpassado por intensidades específicas – os afetos” (Poglia, p. 71, 2014)

O autor referido observa em sua dissertação que a relação entre antropologia e saúde mental se estabelece, majoritariamente, a partir de um tipo de abordagem. Apoiando-se em Cardoso (2002), e na leitura de diferentes trabalhos que se constituem a partir dessa ligação, como os de Paula Andrade e Sônia Maluf (2014), Marcelo Dias (2011), Marina Monteiro (2012) e Lilian Chaves (2013), Poglia propõe que

“Considerando-se que se passou mais de uma década das considerações realizadas por Cardoso, parece pertinente destacar aqui, no que se refere a abordagens cujo objeto e sujeitos de pesquisa são pacientes psiquiátricos, que enquanto tais objetivos têm parecido estimulantes ao uso de etnografias em áreas da saúde mental, a abordagem com interesse antropológico ainda tem sido escassa conforme explicitam seus pesquisadores” (Idem)

No intuito de dar fôlego a possibilidade de pensar a etnografia no campo da saúde mental, o mesmo autor promove um diálogo profícuo com um movimento na historiografia⁵ que busca dar conta das impressões registradas em textos antigos por pacientes internados em instituições psiquiátricas sobre as mesmas. Ademais, é sugerida a impressão de que a etnografia é utilizada mais como um recurso metodológico por profissionais da área da saúde para relativizar algumas categorias acionadas na saúde mental, do que por antropólogos que busquem levar a sério a radicalidade dessa alteridade. Há o entendimento de que esse tipo de etnografia, se voltado para os fundamentos da própria teoria antropológica, poderia oferecer riscos para a solidez dos próprios pilares desta disciplina.

Por sua vez, João Biehl (2008), em sua publicação “Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo”, busca realizar justamente esse deslocamento que causaria hesitação por parte dos antropólogos. O autor, ao

⁵ Movimento que tem como forte representante Yonissa Wadi. (POGLIA, p. 88, 2015)

relacionar o pensamento de Deleuze com sua etnografia em Vita, pretende, na mesma linha de Pogliá (2015), desafiar a antropologia a dar conta dessa alteridade. A partir das reflexões de Deleuze, principalmente acionando sua ideia sobre o desejo “no modo humilde, marginal e ‘minoritário’ com que ele abre frestas em campos institucionais (...), as quais se tornam o motor de um devir (...)” (BIEHL, p. 421, 2008) este autor propõe uma antropologia do devir.

Biehl se posiciona a partir de sua experiência com Catarina, pessoa portadora de transtorno mental que passou pelo abandono familiar e social na clínica Vita, na busca por colocar em relação a capacidade criativa de Catarina com algumas ideias deleuzianas. Assim, aquele autor nos convida a considerar as colocações críticas e as tentativas de suplementação de Deleuze em relação às ideias de Michel Foucault quanto ao biopoder e sua influência na antropologia na atualidade (BIEHL, p. 420, 2008). Embora encontrem consonância em muitos aspectos teóricos, há uma marca que os diferencia: enquanto Foucault sustenta em “A História da Sexualidade” (1980) que “agora os arranjos de poder já não estavam normatizando simplesmente; eram constitutivos (da sexualidade)” (BIEHL, p. 421, 2008), Deleuze escreve “eu enfatizo a primazia do desejo sobre o poder” (DELEUZE, apud BIEHL, 2008).

A partir desse diálogo intenso com Deleuze, Biehl desafia a antropologia a prestar atenção ao dinamismo da vida cotidiana no que tange às possibilidades do vir a ser, da singularidade, da diferença. Pontua o autor:

Ou seja, pesquisas etnográficas atentas as pessoas de carne e osso movimentam-se entre infra-estruturas concretas e em tempo real, registrando particularidades de cada situação. Indo além de pressupostos universalizadores, a etnografia pode trazer a público os cálculos e interações por meio dos quais as possibilidades da vida são limitadas, além de iluminar rumos alternativos abertos por novos desejos. (BIEHL, p. 423, 2008)

4.1 Interpelações do Inquérito sobre a dimensão do desejo

Levando em consideração os apontamentos dos autores acima sobre os desafios em estabelecer uma relação entre antropologia e o campo da saúde mental, gostaria de tencionar algumas dimensões sobre os pontos em que a entrevista tocou na dimensão da humanização da assistência de saúde, e, por último

expor alguns questionamentos em relação ao conceito deleuziano de desejo. Com a proposta de entender o quadro da humanização no serviço de saúde em questão foram formuladas perguntas que buscam evidenciar a relação entre equipe do CAPS e usuário quanto ao alcance de alguns dos princípios da política nacional de humanização (2003). Os princípios de *protagonismo*, *corresponsabilidade* e *autonomia dos sujeitos e coletivos*, assim como o da *transversalidade* foram contemplados na redação das questões para a entrevista.

Esses princípios apoiam-se basicamente nas ideias de que transversalizar “(...) é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido (...)”, e de que, “(...) juntos esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (Portal da Saúde, 2014). O entendimento a respeito do que seja protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos é o de que:

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (Portal da Saúde, 2014.)

As questões presentes no questionário utilizado na realização das entrevistas que buscam mensurar o grau de humanização do serviço são as seguintes: “O Sr(a) teve a possibilidade de negociar, rejeitar escolher ou decidir sobre tomar o remédio?”; “O Sr(a) já foi medicado contra sua vontade?”; “o Sr(a) já sentiu dificuldade de falar com o médico ou com outras pessoas da equipe sobre diminuir, aumentar, remover ou iniciar alguma medicação para o seu problema de saúde?”. Antes de me debruçar sobre algumas experiências de entrevista que revelam dificuldades quanto ao entendimento das questões, trago alguns relatos de campo que de forma diferente também interpelam a questão de considerar o usuário como agente produtor de saúde que deve ser ouvido nesse processo. Dessa forma, a equipe profissional deve promover o tratamento em harmonia com as vontades e/ou demandas de quem busca assistência.

4.2 Contexto a partir de algumas vivências

Nas muitas vezes em que conversei com o funcionário do CAPS que trabalha na recepção – buscava saber quem estava presente no serviço, assim como descobrir as datas de consultas psiquiátricas dos usuários que só vinham até o mesmo para realizá-las – obtive como resposta falas como essa: “difícil saber se ele vem”, “tem vezes que até vem, mas na hora que quer e vai embora também, do mesmo jeito, quando bem entende. ”. Entendo ser interessante pensar sobre esse aspecto, pois, embora ainda não tenham sido apurados os resultados quantitativos do Inquérito, ao fazer parte do mesmo, pude observar que o número de altas por abandono era relativamente alto. A alta por abandono se caracteriza quando a pessoa que buscava assistência junto ao serviço de saúde deixa de comparecer ao mesmo. Não é intenção dar profundidade à discussão das motivações que se relacionam com a alta por abandono de forma a realizar um levantamento destas. Contudo, entende-se que esse tipo de dado é revelador de implicações que se relacionam diretamente com o deslocamento na assistência em saúde mental promovido pela reforma psiquiátrica e pela política nacional de humanização.

Junto ao Inquérito, tínhamos um número de entrevistados por equipamento de saúde que servia como alvo a ser atingido. Entra em jogo, dessa forma, o “N” da pesquisa como uma preocupação, um objetivo a ser alcançado. No momento final do Inquérito, tendo surgido algumas problemáticas envolvendo o alcance do “N”, conjuntamente às equipes dos CAPS, foram realizadas reuniões com o intuito de estabelecer uma relação de colaboração com os profissionais destes na consecução das entrevistas. Sendo assim, chegou-se a seguinte ideia: poderíamos realizar ligações telefônicas para pessoas que nos últimos tempos tinham se ausentado do CAPS e que ainda não tinham recebido alta por abandono. Com este procedimento, estaríamos aumentando a chance de alcançar um maior número de entrevistados, e ao mesmo tempo, estaríamos efetuando uma busca-ativa que poderia redundar no retorno de potenciais casos de abandonos do CAPS.

Busquei interlocução das pessoas que se enquadravam nos critérios eleitos pelo Inquérito com as quais ainda não tinha tido nenhum contato. Só obtive êxito com Ronaldo. Conversamos por telefone, certifiquei-o de que o Inquérito pagaria os custos relativos ao deslocamento até o CAPS de ida e volta, e acertamos um dia para a entrevista. Chegado o dia, nos cumprimentamos e nos dirigimos a uma sala

de atendimento que estivesse vaga. Ronaldo me comentou que tinha deixado de vir ao CAPS em função de que não recebia mais o auxílio-transporte para se deslocar e me disse que morava a duas conduções do CAPS. Já no telefonema tinha me comentado sobre isso, pediu que se possível, eu marcasse uma conversa para ele com algum profissional do serviço para que ele tentasse resolver essa questão. Quando lhe perguntei durante a entrevista “foi oferecida alguma outra forma de tratamento ou atividade além da medicação? ”, Ronaldo comentou que não tinha recebido outra alternativa que não fosse a de tornar-se mensalista do CAPS. Mostrou-se insatisfeito, pois tinha interesse em participar de algumas das atividades como a do jornal e a da culinária, e, de todo modo, já havia conseguido ficar bem sem os remédios.

João, por sua vez, era mais uma das pessoas que não havia aderido ao tratamento nos moldes propostos e construídos junto com a equipe profissional do CAPS. Ele se enquadrava nos critérios do Inquérito, e, sendo assim era uma possibilidade de entrevista. Acontece que dificilmente encontrava João no horário previsto, e, das vezes que o encontrei, estava de saída, ou envolvido em alguma das atividades/oficinas em grupo no serviço. João era um homem corpulento, de aproximadamente 30 a 40 anos, que tinha o temperamento forte. Por muitas vezes vi o mesmo em conversas onde expunha sua ideia de forma enfática, em uma destas ele falava diretamente com seu psiquiatra responsável. João, se posicionava de forma dura, dizendo que aquilo não estava certo, que achava uma falta de respeito. Não tenho intenção de expor o teor da conversa, e sim, de frisar o que essa cena têm a potência de expressar. Esse é um exemplo da diferença inaugurada pela criação dos serviços substitutivos de saúde mental. Na lógica manicomial/asilar, a possibilidade de diálogo já é de antemão suprimida. A possibilidade de a pessoa portadora de transtorno mental discordar da fala do psiquiatra e sair do equipamento de saúde é inaugurada pelo deslocamento promovido em favor do cuidar em liberdade. João falava alto com o psiquiatra, este que por sua vez, mostrava-se resignado, e mantinha seu olhar em direção a mesa.

Esses exemplos apontam para a problemática envolvida acerca do desenvolvimento do cuidado em saúde mental, descolado da lógica ambulatorial. Ou seja, o desafio da transversalização e os demais princípios de humanização são

buscados, mas ainda parece ser de difícil manejo, dado que tanto Ronaldo - que preferia um tratamento alternativo à simples administração medicamentosa - quanto João - afeito a discutir sobre seu diagnóstico, assim como escolher ir ou não ir no CAPS dependendo do dia – acabaram por abandonar às idas ao serviço de saúde em questão. De qualquer forma, essas experiências apontam para o que pontua Andrade (2012) a partir de Saraceno (2001) a ideia de que a prática de reabilitação psicossocial promovida no contexto dos serviços de saúde mental “pôs em seu centro uma ideia bastante interessante e bastante estimulante que é a negociação.” (SARACENO apud ANDRADE, p. 151, 2001)

Em certa vez que fui ao CAPS, pude observar Osvaldo tendo uma conversa com um dos profissionais da equipe em particular. Mais tarde, no mesmo dia, ele veio me contar que tinha decidido: iria para de tomar a medicação. Esse lugar que ocupavam o profissional da equipe e Osvaldo, o da conversa, da negociação em torno da adesão ou não ao tratamento medicamentoso, é fruto do deslocamento na assistência em saúde mental promovido pelos CAPS. Osvaldo acabou se tornando mais do que um interlocutor do Inquérito, sempre que nos víamos Osvaldo dizia que eu tinha voz de radialista. Durante uma das conversas que tivemos na sala de espera – lugar destinado a acolher as pessoas do CAPS no período entre as atividades/oficinas que continha cadeiras dispostas em “U”, uma televisão, algumas cadeiras especiais para repouso, um computador e uma mesa de jogos – ele me comentava, novamente, que eu tinha uma voz bonita, de radialista e disse para uma das profissionais da equipe: “tu não acha que ele tem voz de radialista? De Locutor de rádio? Mas viu, eu disse Locutor, e não disse *Lou-cu-tor*” e deu risadas. Durante um dos passeios que participei, fui sentado junto com Osvaldo no ônibus. Ele me perguntou se eu tinha uma namorada. Respondi que tinha uma companheira e inclusive disse-lhe que já era pai. Osvaldo me replicou dizendo que queria ter uma namorada e me perguntou se eu tinha medo de morrer. Comentou que seu pai tinha problemas de saúde e que tinha medo que este viesse a morrer, mas tinha medo que ele próprio pudesse morrer.

Outro elemento que pode oferecer subsídio para refletir sobre as mesmas questões aparece no tocante às dificuldades para alcançar o “n” de entrevistados que havia sido projetado. Isto se deu, principalmente, em função de dois fatores: ou

o usuário do serviço já tinha uma relação com o serviço que extrapolava o mínimo de três anos de tempo, ou seja, frequentava o CAPS por 4, 5, 6 anos e com alguns casos chegando a 10 anos; ou o potencial entrevistado tinha recebido alta, em muitos casos alta por abandono. Daqui, pode-se esboçar um quadro que realça o desafio de implementar os princípios da política nacional de humanização, assim como do ideário proposto pelo movimento antimanicomial.

Em suma, esses relatos de campo se fazem pertinentes de modo a contextualizar alguns aspectos atinentes a humanização do serviço em questão. A seguir me concentro nas questões anteriormente referidas, de modo a entender como a dimensão da humanização pode ou não ser percebida a partir da interação na entrevista.

4.3 As questões referentes a humanização na interação da entrevista e o desejo

O que busco colocar em jogo a seguir diz respeito à possibilidade de pensar na potência do desejo - no entendimento de Deleuze como sendo capaz de abrir "(...) frestas em campos institucionais e sociais rígidos e/ou reificados, as quais se tornam motor de um devir(...)" (BIEHL, p. 421, 2008) no que tange aos contextos de interação das entrevistas. Dado que o campo da saúde pública pode ser entendido como esse lugar onde o desejo poderia agir abrindo caminho para devires, procuro refletir a respeito dessa possibilidade a partir das pistas que as questões atinentes ao grau de humanização do serviço permitiram visualizar.

Um dos elementos das entrevistas que é importante de ser observado é o fato de algumas destas terem sido conduzidas em companhia de um familiar do entrevistado. Em uma dessas situações, estava realizando uma entrevista tendo como interlocutor principal o familiar, quando cheguei nas questões antes mencionadas. Quando questioneei: "O Sr(a) teve a possibilidade de negociar, rejeitar, escolher ou decidir sobre tomar o remédio?", obtive como resposta uma expressão de incompreensão. Expliquei que a pergunta desejava compreender se houve um momento específico no tratamento em que o profissional de saúde responsável perguntou se havia o acordo em tomar o remédio. Na maioria das vezes, havia essa incompreensão por parte dos entrevistados, e, sendo assim, tratava de tentar esclarecer essa dimensão. Nesse caso em que estavam usuária e familiar

participando da entrevista recebo como resposta da pessoa em tratamento no CAPS o seguinte “Se eu pudesse eu não tomava os remédios. Se desse para escolher...”; já seu marido replicou “Pergunta capciosa essa hein? Se ela não toma os remédios, ela entra em crise. “ A seguir questiono, “O Sr(a) já foi medicado(a) contra sua vontade? “, a entrevistada responde na mesma linha da resposta anterior “não tenho vontade de tomar os remédios... Tomo sempre contra a minha vontade... Mas parece que tenho que tomar, não tem jeito. ”

Essa incompreensão por parte dos entrevistados no que tange a essas questões parece sugerir que quanto a relação que se estabelece entre profissional de saúde e pessoa em situação de usuária, a medicação é parte inescapável. E a dimensão de autonomia, que vigora como um princípio nos serviços substitutivos de saúde mental, nesse quesito apresenta-se como elemento a ser trabalhado. Se a dimensão do desejo tem a capacidade de ter primazia em relação ao poder, tal qual é a posição de Deleuze em relação a Foucault, no que tange a dimensão da decisão, escolha ou vontade de tomar os psicotrópicos, vigora uma disciplina que dificulta a possibilidade de devires.

5. Considerações sobre o espaço dos CAPS

O presente capítulo realiza uma discussão a partir da consideração do espaço do CAPS como um elemento relevante dentro das diretrizes da política nacional de humanização do SUS. A partir da diretriz nomeada de ambiência aparece a vinculação que valoriza a dimensão do espaço físico do serviço de saúde como elemento relevante na assistência de saúde. Segundo Ribeiro et al (2014):

Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, diretamente envolvida com a assistência à saúde, devendo, portanto, proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Através da construção da ambiência é possível avançar qualitativamente no debate acerca da humanização, pois sua concepção pressupõe a valorização tanto das tecnologias médicas que compõe o serviço de saúde, dos componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelos órgãos do sentido (como por exemplo, a luminosidade, os ruídos a temperatura do ambiente), quanto da interação entre usuários, trabalhadores e gestores.

Ainda é da pretensão deste se aproximar das discussões que colocam em relação as configurações espaciais com o poder, pensando-os como elementos importantes na possibilidade da emergência de outras subjetividades. Dessa forma, novamente aparece referência a algumas reflexões que perpassam os escritos de Foucault (1984), quando o mesmo estabelece alguns questionamentos a respeito de espaços heterotópicos. Apresenta-se também relevante pensar nos espaços como relativos a conformação de interioridades, tal qual propõe Bachelard (1972), em “A Poética do Espaço”, observar como esse espaço de dentro é habitado, sentido afetivamente, de modo a criar novas possibilidades de relação com o fora, assim como entender que existe um espaço dos lugares reais onde podem se cristalizar contrapositionamentos aos posicionamentos utópicos não localizáveis das utopias (FOUCAULT, 1984).

Essa discussão está ancorada na própria preocupação a respeito da configuração espacial dos equipamentos de saúde substitutivos ao modelo manicomial de isolamento tal qual referida na Lei da Reforma Psiquiátria (2013), assim como no “Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento” (2013). No que diz respeito à Política Nacional de Humanização, existe uma diretriz que demonstra a relevância dessa questão para a saúde pública, diretriz esta, representada pelo conceito de ambiência. Dessa forma, pretendo realizar uma descrição de como esse espaço foi interpretado no início de

minha vivência em campo, e, posteriormente, a partir de algumas experiências com interlocutores da pesquisa, apontar para outros entendimentos a respeito do espaço, tendo relevância, ou não sob outros pontos de vista.

De forma a ilustrar esse cenário marcado por diversas bases ideológicas e de práticas distintas, trago no capítulo que segue um pouco da minha vivência em dois CAPS da cidade de Porto Alegre de forma a expor que mesmo em serviços substitutivos localizados no mesmo município, há diferenças importantes que não podem passar despercebidas. Para pensar essas diferenças, dado aos limites éticos que se impõem quanto à possibilidade de exposição das observações que obtive a partir da minha experiência junto aos serviços, atendo-me primeiramente a prestar atenção à produção de dois espaços destinados a funcionar como CAPS.

5.1 Dimensão espacial dos CAPS

“A época atual seria talvez de preferência a época do espaço. Estamos na época do simultâneo, estamos na época da justaposição, do próximo e do longínquo, do lado a lado, do disperso. Estamos em um momento em que o mundo se experimenta, acredito, menos como uma grande via que se desenvolveria através dos tempos do que como uma rede que religa pontos e que entrecruza sua trama.” (FOUCAULT, pg. 411, 1984)

Como propõe a referência acima, no entendimento aqui assumido de que há uma continuidade dessa “época do espaço” proposta até os dias de hoje, vivemos um momento em que se coloca como questão a possibilidade de pensar a respeito desse lado de fora que suspende a descrição comum de certos lugares e posicionamentos. (FOUCAULT, 1984). As heterotopias propostas por este autor emergem como uma potente reflexão para pensar a respeito desse “lugar real” que é o CAPS. Este conceito é entendido em oposição à definição de utopia como “(...) posicionamentos sem lugar real.” (FOUCAULT, pg. 414, 1984).

Como descrever esses espaços apareceu como uma questão de difícil resolução dado o entendimento de que o espaço tem a potência de se constituir em relação com quem o habita ou o frequenta. No sentido que lhe é atribuído por Bachelard (1972) em *A Poética do Espaço*, o espaço habitado, pode ser sentido afetivamente, de modo a criar novas possibilidades de relação com o fora.

Antes de começar a descrição desses espaços, penso ser relevante enfatizar um movimento também atinente ao espaço que foi fruto do acontecimento das

reformas psiquiátricas – tal qual salientam Fonseca et all (2007) – que se refere a dois deslocamentos: das regiões marginais da cidade em direção a regiões centrais, e dos hospitais para equipamentos localizados em outros espaços. Tais processos estão alinhavados com princípios que provocam efeito nas políticas e práticas de assistência em saúde mental pós processos reformativos tais quais o da desinstitucionalização e o que se posiciona contrariamente ao asilamento e à internação e buscam envolver os serviços substitutivos em saúde mental na tessitura urbana.

Tendo sublinhado esses aspectos espaciais que dizem respeito mais à localização geográfica, a seguir pretendo enfocar em nuances espaciais que dizem respeito ao espaço externo e interno dos CAPS. As diferenças dos CAPS onde desenvolvi vivências estão primeiramente situadas no registro de distâncias e proximidades com feições hospitalocêntricas nas configurações espaciais dos serviços de saúde. Como entra em jogo nesta análise a consideração da dimensão do espaço, mais especificamente, no que concerne a posse de características muito similares às de um hospital, realizo diálogo com Street e Coleman (2012) de modo a problematizar às polarizações que definem o espaço do hospital ou como ilhas isoladas reguladas espacialmente pelo viés biomédico ou como continuidades que refletem seu contexto cultural local. Seguindo as pistas que a vivência em campo inspirou é pertinente pensar nesses espaços como ambíguos, onde diferentes práticas se articulam com o espaço. Segundo as autoras acima referidas a ênfase se dá no entendimento desse espaço como possuidor de contradições: “Capacidade paradoxal dos hospitais, (...), de ser simultaneamente fechado em si mesmo e permeável, lugar de controle social e espaços onde ordens sociais alternativas e transgressivas emergem e são contestadas.” (STREET; COLEMAN et all Pág. 5, 2016) (tradução minha).

Utilizo-me desta interlocução com o sentido de dar conta do Centro de atenção Psicossocial mais assemelhado ao espaço de um hospital dentre os que tive oportunidade de conhecer. Levando em consideração que as diretrizes do campo da saúde mental apontam para uma atenção da interface com a arquitetura desses espaços, pretendo não só demonstrar, como já relatado anteriormente, a existência de diversas reformas psiquiátricas como também sugerir aproximações

com o *espaço* que se direcionam para posicionamentos contrários a respeito da diminuição de leitos em hospitais como eixo desinstitucionalizante.

Como propõe Vieceli (ano) em sua dissertação de mestrado “Lugares da Loucura”,

“A espacialidade dos novos lugares da loucura, interface da arquitetura com a saúde mental, tem reconhecimento e importância cada vez mais explícitos seja nas esferas políticas, administrativas sociais e acadêmicas. O estudo do espaço arquitetônico, como um conjunto expressivo capaz de revelar muito mais do que apenas fatores clínicos e funcionais, tem encontrado uma crescente valorização nos processos de planejamento em saúde pública, sobretudo em saúde mental, área na qual buscam-se constantemente respostas novas do espaço para o desenvolvimento de novas práticas.” (VIECELI, pg. 135, 2004)

Com este ensejo, mantendo estreito diálogo com a autora acima citada, esclareço que embora exista um programa arquitetônico da assistência à saúde mental elaborado após a irrupção dos movimentos reformativos da área, tal programa não se desdobrou em uma normativa que vincule inescapavelmente os serviços de saúde mental a uma configuração espacial específica. Somente no ano de 2013 surge o primeiro documento que propõe diretrizes arquitetônicas para os serviços do CAPS (Vieceli, pg. 135, 2004). O tempo tardio de lançamento de uma cartilha que sugerisse diretrizes quanto aos modelos espaciais arquitetônicos dos serviços é interpretada como um modo de evitar uma saída única para uma complexidade de contextos sociais, econômicos e culturais que envolvem os diferentes equipamentos de saúde em território nacional.

A partir da esteira deste questionamento considera-se o espaço uma dimensão importante a ser considerada para pensar na possibilidade de produção de novas relações e subjetividades dentro de serviços substitutivos de assistência de saúde mental tal qual exposto pela dissertação de mestrado “Os Lugares da Loucura” de Ana Paula Vieceli (2004). Contudo, não se pode desconsiderar a capacidade agentiva das pessoas mesmo em configurações espaciais que tendem a reproduzir uma organização biomédica de poder como elaborado por Street e Coleman (ano). Sendo assim, busco realizar uma descrição detalhada dos espaços dos CAPS em que tive vivência por aproximadamente 3 meses em uma rotina diária de trabalho.

5.2 Primeiras visitas aos serviços de saúde

No momento inicial preparatório para a participação como entrevistador nos serviços de saúde mental em Porto Alegre foram realizadas visitas aos mesmos para a tomada de conhecimento sobre detalhes práticos, como saber como chegar, conhecer os profissionais de saúde, e, também, conhecer os espaços internos e externos dos mesmos. Em visita a um dos serviços de saúde contemplados pelo *Inquérito*, fomos apresentados aos espaços do CAPS por uma das profissionais gestoras deste. Enquanto caminhávamos, fomos apresentados à sala de acolhimento, às salas de consulta, às salas das oficinas, à cozinha, e, quando chegamos a enfermaria, recebemos uma explicação do porquê ela era reservada aos profissionais de saúde. Apesar do princípio ali em vigor, de não limitar os espaços fisicamente, nem os demarcar de modo a assemelhá-los a aparelhos de saúde tradicionais, no que se refere a enfermaria por motivos de segurança ainda havia um espaço limitado. Esse relato de campo permite que se visualize a importância que o espaço detém para a equipe profissional primeiramente. Não pretendo, de forma alguma, questionar a postura de limitar a enfermaria, simplesmente, tenho a intenção de expor a relevância desta dimensão no interior dos serviços.

Em visita a outro CAPS, inevitavelmente tivemos uma experiência contrastiva no que tange a configuração espacial deste serviço em comparação ao outro. Logo na chegada, nos deparamos com uma recepção, etiquetada como “sala de acolhimento” com quatro assentos e espaço para no máximo mais três pessoas postadas em pé. Junto a essa entrada se encontra o lugar de trabalho de profissional administrativo deste serviço. À medida em que fomos sendo conduzidos para o interior do serviço, nos defrontamos com algumas diferenças, as quais exponho aqui, para colocar o leitor a par do que foram as impressões primeiras que obtive(mos) no encontro com o CAPS. Uma das diferenças que se apresentaram como importantes – pelo menos nesse primeiro contato – se encontravam nas salas de consulta. Enquanto no serviço da visita anterior pudemos observar salas mais amplas, portando janelas para o exterior do serviço, a ausência de mesa, no CAPS seguinte, apareceu a presença da mesa e de vidraça que abria campo de visão da sala de consulta para o interior do serviço.

Outro ponto que mereceria destaque diz respeito as partes externas dos mesmos – nesse momento do texto estou fazendo referência ao outro serviço com o intuito de registrar a impressão que derivou do contraste entre as primeiras visitas dos mesmos, posteriormente focalizo a análise no último. No que tange ao primeiro serviço visitado, pudemos caminhar por uma área externa localizada nos fundos da casa em que o equipamento de saúde foi posicionado, contando com jardins, uma área coberta para feitura de atividades artísticas, exposição de trabalhos realizados pelas pessoas que frequentam o serviço. Quanto ao outro, a parte externa se situa na entrada do serviço, não porta jardins, mas também é utilizado para exposição de trabalhos dos “usuários” do CAPS.

Feito esse registro, convido o leitor para seguir as interpretações que emergiram no decorrer de minha experiência nesse último serviço descrito, com o intuito de demonstrar os diferentes entendimentos que foram se mostrando no dia-a-dia do CAPS sobre uma relevância ou não conferida às dimensões espaciais do serviço.

5.3 vivências no interior do serviço

Em uma das entrevistas realizadas já relatadas, pode-se perceber que as formas de agenciamento do espaço podem se mostrar importantes, inclusive nos processos de tratamento.

Alberto, que havia se deslocado para o lugar de ‘outro’, contou-me durante a entrevista que era importante para ele ‘a sala lá de trás’. Lá podia se acalmar, pensar. De fato, das minhas presenças no serviço, era comum encontra-lo na sala etiquetada de ‘multi-uso’ na maioria das vezes, parado. Depois fui me dar conta de que em frente a ele estava um quadro negro, e que, desenhava e escrevia neste. Aproveitava-se dos momentos em que a sala se encontrava vaga para ir lá, e tomar o tempo que queria tanto na lousa, quanto em um canto da sala que só podia ser visto de seu interior, quando tocava o violão, utilizando somente uma das mãos.

Ou seja, embora todo o constrangimento suposto, pelas feições hospitalocêntricas do espaço, pela claridade dos espaços internos, as janelas voltadas para o interior permanentemente abertas pois compostas exclusivamente

por uma tela de vidro, era dentro desse espaço que Alberto buscava e me relatou encontrar-se em momentos melhores. Se, durante as consultas lhe era negada a possibilidade da diferença, na sala-multiuso permanecia a possibilidade de expressão de sua diferença, de ser outro que não o Alberto que carregava uma trajetória bastante longa em serviços de saúde mentais.

Paulo, por sua vez, um senhor com 60 anos de idade, que também apresentava uma longa trajetória nos serviços de saúde mental, tendo passado por muitas internações, era músico, tocava em uma banda. Em algumas ocasiões festivas, onde a sala-multiuso era utilizada, o mesmo tocava o pandeiro. Durante a entrevista, quando questionei Paulo “Foi oferecido no CAPS alguma outra forma de tratamento ou atividade além da medicação? ”, o mesmo respondeu-me afirmativamente. Em seguida, continuei: “Que outra forma de tratamento ou atividade foi oferecido no CAPS para o(a) Sr.(a) além da medicação? “, Paulo me disse que gostava da roda de conversa, da psicoterapia, da culinária, hesitou um pouco, comentou que não estava se lembrando das outras. Como eu já tinha conhecimento das oficinas que eram oferecidas neste serviço, perguntei se, por acaso não participava das caminhadas que eram oferecidas em alguns dias de manhã. Paulo disse rapidamente que não, a respeito das caminhadas comentou “querem levar a gente lá para fora, querem tirar a gente daqui. Mas eu não sou bobo, eu não vou junto.”

Em outro dia, Paulo me contou que inicialmente, passava o dia inteiro no CAPS nos dias que lhe haviam destinado. Com a melhora de seu quadro, disse que reduziram seu tempo no serviço, agora passava somente meio turno de cada dia em que comparecia. Disse que foi muito difícil de se acostumar com essa mudança. Lá dentro, Paulo utilizava o computador, jogava baralho, e mantinha relações tanto com outras pessoas que utilizavam o CAPS, como com os profissionais do mesmo. Paulo também encontrava no espaço deste serviço a sua acolhida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tomou como objeto de reflexão a experiência de entrevistador adquirida em papel exercido junto ao “Inquérito Sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”. Buscou-se dar vazão ao que o dispositivo da entrevista provocou de repercussões, de modo a questionar as formas de produção de conhecimento no campo da saúde mental.

Outrossim, houve a tentativa de compreender de que forma se constitui um entendimento sobre a alteridade da pessoa que frequenta o CAPS a partir de diferentes elementos presentes nas vivências construídas nesse espaço. Desde a sistemática de abordagem dos prováveis entrevistados, até as relações que se estabeleceram após mesmo a realização da entrevista, buscou-se dar luz tanto aos agenciamentos produzidos sobre a intervenção da entrevista no serviço, quanto observar algumas interações entre as pessoas tidas nesse contexto como usuárias, seus familiares e a equipe profissional do mesmo.

Alguns princípios da Política Nacional de Humanização vigentes no tocante à área da saúde mental foram considerados de forma a problematizar tanto o dispositivo da entrevista, quanto alguns elementos observados como relevantes na relação que se estabelece na atenção psicossocial entre quem oferece o serviço e quem o demanda. Da mesma forma, para dar sedimentação ao contexto que antecedeu e que conduziu a área da saúde mental pública no Brasil este trabalho visou retratar como se chegou aos CAPS demonstrando basicamente o que se coloca em jogo a partir do movimento reformativo da Reforma Psiquiátrica.

Da mesma forma, este trabalho evidenciou algumas abordagens antropológicas sobre o campo da saúde mental, demonstrando desafios e potencialidades dessa área. A partir de Biehl (2007; 2008) e Pogliа (2014; 2015), ficou demonstrado que apesar desse deslocamento que provoca deslizos nos pilares que fundamentam a antropologia na razão, a possibilidade de compor a antropologia com filósofos como Guattari e Deleuze permitem que se pense a diferença considerando a emergência de singularidades e dos devires que situam o desejo como hegemônico em relação ao poder.

Pode-se vislumbrar a partir desse trabalho de conclusão de curso que a experiência de entrevistador, embora esteja, a priori constituída sob o prisma de relações que pareciam situar o entrevistador em campo em determinada posição; e, do mesmo modo, apesar dos moldes de uma entrevista conduzida no interior das salas de consulta psiquiátrica, com um questionário fixo, o que se observou a partir de um olhar qualitativo foi possibilidades de suspensão e agenciamento do questionário. Sendo assim, ancorando-se nas propostas de Sade et al (Ano) sustenta-se a possibilidade do instrumento da entrevista como um processo que pode estar alinhado ao ideário da reforma psiquiátrica de forma a resultar, como frisam os autores, não em uma coleta de dados, mas em uma colheita destes.

Apontamentos realizados a partir da observação de campo acerca das relações entre usuários e profissionais do CAPS permitiram uma aproximação a respeito de um possível entendimento das pessoas que buscam assistência no serviço de saúde. Observou-se que persiste o desafio da implementação profunda das propostas reformativas da área de saúde em questão no modo como o valor da autonomia era conduzida em práticas de assistência. Pode-se considerar que a assistência psicossocial, também por esse tipo de assistência não ser portador de uma homogeneidade nos espaços e práticas, é envolta por ideias de sociedade e de autonomia que não necessariamente se confundem com os que são propostos pelo redirecionamento para um cuidar em liberdade.

Por fim, esse trabalho ainda flertou com a consideração das configurações espaciais como relevantes nos CAPS. A partir de diretrizes do SUS e de ideias de desinstitucionalização que valorizam a dimensão do espaço físico como partícipe nos processos de atenção em saúde, tencionou-se o peso conferido a essa dimensão e o que a experiência de campo pode demonstrar. Considera-se que, apesar de contextos marcados pelas feições hospitalares e de internamento, estes espaços podem se constituir em espaços de acolhida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. **Psychiatric reform and the challenges posed by deinstitutionalization**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 4. Reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ANDRADE, A. P. M. DE. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes**. Tese (doutorado em ciências humanas) – Programa de Pós-graduação interdisciplinar em Ciências Humanas, UFSC, Florianópolis, 2012.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. **Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [1]: 251-270, 2016.

BIEHL, J. **Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo**. Revista de Antropologia v. 51, nº 2. São Paulo: USP, 2008.

BIEHL, J. **Vita: Life in Zone of Social Abandonment**. 1. Ed. California: University of California Press, 2005.

DELEUZE, Gilles. Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia, vol 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed 34, 1995.

FAVRET-SAADA, J. **Ser afetado**. Tradução de Paula Siqueira. Bahia: cadernos de campo, nº 13: pg. 155-161. 2005.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. **Etnografias em Serviços de Saúde**. 1. Ed. Rio Comprido: Garamond Ltda, 2014.

FERREIRA, K. A.; TORRES, K. H. F.; ZAGO, S. J. A.; HATTORI, T. Y.; GLERIANO, J. S. **A ambiência em serviços de saúde: uma revisão de literatura**. Simpósio Internacional de Ciências Integradas, realizado na UNAERP – Campus Guarujá, em 2015.

FONSECA, Tania Mara Galli et. all. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação**. Porto Alegre: Sulina / UFRGS, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 3. Ed. São Paulo: Perspectiva S.A., 1993.

FOUCAULT, M. Outros espaços. **Ditos e escritos**. Nº 5, outubro de 1984. pg.46-49.

GUATTARI, Félix. ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.

PORTAL DA SAÚDE. **Transversalidade**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizausus/11-humanizausus/12417-principios>, acesso em 13/11/2016.

RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, S.A e COSTA, N. do R. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Editora Vozes, 1992.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFERN, M. B. **Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática**. USP, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf, acesso em 05/10/2016.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.

SADE, C.; BARROS, L. M. R. DE; MELO, J. J. M.; PASSOS, E. **O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(10):2813-2824, 2013.

SARACENO, Bendetto. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: PITTA, Ana (org.) Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SARETTA, Mário Eugênio. **As coisas não querem ser vistas por pessoas razoáveis: uma experiência etnográfica em um hospital etnográfico**. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

STRATHERN, M. **O efeito etnográfico**. 1. Ed. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

STREET, A.; COLEMAN, S. **Introduction: Real and Imagined Spaces**. Space and Culture, 15(1) 4 – 17. 2012.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. **A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer**. Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 2, 2013.

VIECELE, ANA PAULA. **Lugares da loucura: arquitetura e cidade no encontro com a diferença**. Dissertação (mestrado em arquitetura) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, UFRGS, Porto Alegre, 2004.