

Estranhando o familiar: uma experiência com saúde mental¹

Antônio César Camargo Miranda²

Recebido em julho de 2022

Aceito em janeiro de 2023

RESUMO

A necessidade de formular uma etnografia para conseguir concluir um curso de pós-graduação em Antropologia colocou a necessidade da escolha de um tema e, consequentemente, um objeto de pesquisa. Isso se tornou possível através do entendimento de que era possível transformar o “familiar em exótico”. Na medida em que a pesquisa de campo foi sendo feita, o movimento de “estranhar” o cotidiano e suas relações trouxe a complexidade daquilo que num primeiro momento se apresentava apenas como familiar, mas que de fato acabava contendo um imenso desconhecido. Assim, dos relatos e conversas a respeito de internações por dependência química e alcoolismo ou transtorno mental dentro de minha casa e ao presenciar indivíduos sendo dirigidos ou não para tratamento hospitalar, muitos questionamentos foram sendo formulados. Na tentativa de respondê-los, houve a descoberta de um equipamento de saúde que pretende a promoção de saúde mental de modo que essas pessoas não fiquem reclusas de forma contínua e prolongada - os Centros de Atenção Psicossociais. O objetivo dessa exposição é apresentar, de modo simples e resumido, como essas questões se tornaram um campo de pesquisa e uma possibilidade de experiência etnográfica.

Palavras-chave: objeto de pesquisa; familiar; saúde mental; saúde pública.

Strange the familiar: an experience with mental health

ABSTRACT

The need to elaborate an ethnography in order to complete a graduate course in Anthropology lead us to choose a theme and, consequently, a research object through the understanding that it was possible to turn the “familiar into the exotic”. As the field research was being carried out, the movement of taking everyday life and its relations for its “strangeness” brought complexity to what at first appeared only as familiar, but which in fact ended up containing a great amount of undiscover. Many questions were formulated from reports and conversations about hospitalizations for chemical dependency, alcoholism or mental disorders, and by witnessing individuals being referred or not for treatment, even inside our own homes. In an attempt to answer such questions, we approach a health apparatus intended to promote mental health and prevent prolonged and continuous incarcerations: the Psychosocial Care Centers. The objective of this work is to present, in a simple and summarized way, how these questions and experience became a field of research and a possibility for ethnographic experience.

Keywords: research object; familiar; mental health; public health.

¹ Esse trabalho é fruto de uma comunicação feita na XII Semana de Antropologia e Arqueologia na Universidade Federal do Paraná, em setembro de 2020, em Curitiba, contendo alguns acréscimos e revisões após a apresentação inicial.

² Graduando em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bacharel e licenciado em História pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Antropologia Cultural pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e em Ensino de Sociologia no Ensino Médio pela Universidade Estadual de Ponta Grossa e da Universidade Aberta do Brasil (UEPG – UAB).

Introdução

Ao término de um curso de graduação ou pós-graduação, o aluno que cursa Antropologia é levado a pensar um tema com um objeto de pesquisa para que consiga apresentar um trabalho de conclusão e com isso alcançar o seu almejado diploma. Na busca dessa finalização, já tendo passado por várias aulas sobre teorias antropológicas e discutido importantes questões a respeito do imponderável da vida ou do campo de pesquisa que se apresentasse, como aluno, também precisei então pensar a formulação dessas duas questões – tema e objeto de pesquisa – para realizar meu trabalho final.

A partir do contato de algo que me era *familiar*, surgiu o *insight* da possibilidade de formulá-los. Essa breve comunicação pretende apresentar, de maneira resumida, como o campo da saúde mental então *familiar* mas, como aponta Gilberto Velho³, “não necessariamente conhecido” pela sua proximidade tornou-se um tema de pesquisa. Situações cotidianas que solicitavam vagas de internamento para tratamento de álcool e droga, o caso do “fulano” que “não teve jeito” e foi parar no hospital na tentativa de parar de “beber ou usar drogas”, dentre outras situações que muitas vezes para mim eram fofoca de bairro, acabaram se destacando como algo que poderia ser investigado.

Com a proposta para uma pesquisa etnográfica me foi possível a tentativa constante de “transformar o familiar em exótico e o exótico em familiar”, presente na fórmula apresentada por DaMatta⁴. Nesse movimento duplo, surgiu um objeto de pesquisa, os Centros de Atenção Psicossocial, para relativizar o familiar e conseguir transcendê-lo. Assim, o campo da saúde mental e algumas de suas questões correlatas abriram um campo de pesquisa e um leque de oportunidades de pesquisa a ser trilhado. O objetivo aqui, portanto, é apresentar de modo resumido o dilema de como cheguei a esse tema, conseguindo formular um objeto de pesquisa através do que me

³ VELHO, Gilberto. “Observando o Familiar”. In: Edson Nunes (org.). **A aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 123 – 132.

⁴ DAMATTA, Roberto. “O ofício do etnólogo ou como ter anthropological blues”. In: **Publicações do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional**, 1974.

era *familiar*, ao mesmo tempo em que coloco uma simples reflexão de como eles me proporcionaram e me envolveram em uma etnografia.

Estranhar o familiar

Muitas coisas, lugares e situações cotidianas nos são familiares, mas nem sempre os conhecemos de fato ou captamos, se não todos, pelo menos uma parte dos seus significados. Minha mãe trabalhou mais de trinta anos em um hospital neuropsiquiátrico. Nele eram atendidas pessoas com transtornos mentais e dependência de álcool e drogas. Desde meados dos anos 2000 pelo menos, quando ainda era adolescente, me lembro de muitas pessoas que ligavam na minha casa pedindo ajuda para “arranjar” uma vaga para internar um filho, um neto, um pai, etc, nessa instituição. Além disso, minha tia, assistente social, algumas vezes contava casos de ter que ir buscar algum indivíduo em situação de risco e dependência, para conduzi-lo ao internamento nesse mesmo local. Geralmente casos carregados de violência ou situações problemáticas que exigiam uma investida por parte do poder público nessas situações apresentadas. Não obstante, boatos no bairro ou a respeito de “fulano” que “não teve jeito” e que “foi internado” também fazem parte de minhas memórias relacionadas à dependência química, transtorno mental e internamentos.

O transitar pelas ruas do município onde moro também traz um ambiente que reforça esse contexto. Figuras tidas como comuns podem ser vistas no dia a dia nos mais diversos espaços da cidade. O bêbado que todo mundo conhece e anda na avenida da cidade cercado de cachorros. Ou os loucos que de certa forma tornaram-se figuras caricatas nesse cotidiano popular e que através de vários apelidos que ao serem pronunciados ou escutados já prontamente identificam os indivíduos em questão. Independente muitas vezes do caminho que se toma como pegar um ônibus, entrar em um local de comércio ou passar por um sinaleiro, eles estão lá e chamam a atenção dos transeuntes.

Na maior parte das vezes esses fragmentos do cotidiano podem nos surgir como questões comuns, que em maior ou menor medida, podem nos ser familiares.

Gilberto Velho e Roberto DaMatta⁵ sugerem que ao vivermos dentro de uma sociedade complexa, nós somos levados a aceitar o mundo conforme uma organização prévia e que nos fornece prontamente uma hierarquia com categorias sociais que nos indica os lugares, as falas e os pensamentos a respeito do outro e do funcionamento desse mundo. Assim, formamos os estereótipos e, de certa forma, os alimentamos ou naturalizamos, dando continuidade nas relações de poder e de dominação. Gilberto Velho traduz isso com a ideia de como se ganhássemos um mapa que estabelece o lugar de todas as coisas – quem são os atores, o que eles fazem, quais os seus papéis e onde eles sempre se encontram⁶. São essas noções que nos familiarizam com o cotidiano e as situações que o mundo nos apresenta. Mas obviamente, não é porque temos esse mapa que ele não seja passível de ser reinterpretado e até mesmo questionado. Nem mesmo o fato de ter o mapa nos faz entender princípios e mecanismos que os regulam⁷. Estar anestesiado pela rotina, hábitos e estereótipos não necessariamente nos faz conhecer aquilo que nos é *familiar*.

Tudo isso começaria a fazer um maior sentido e as teorias antropológicas tornar-se-iam um pouco mais claras a respeito do que era “estranhar” esse *familiar* na medida em que tentava ver a complexidade do mundo social e buscar aprofundar as respostas dadas num primeiro momento de modo simples ou raso. O papel do cientista social, e aqui como estudante de antropologia, de iniciar os primeiros movimentos de relativizar o que se apresenta num instante inicial, para então transcendê-lo e tentar colocar-se no lugar do outro⁸ na busca pela alteridade, imprescindível para qualquer estudo antropológico.

No entanto, ultrapassar ou conseguir enxergar esse *familiar* com outros olhos só surgiu quando fui tocado de um modo muito particular. Enquanto dava aulas para turmas de Ensino Médio em uma escola particular, havia um aluno que tinha muitas dificuldades no seu aprendizado. Em uma das reuniões de professores, a coordenação relatou que o caso do menino era o seguinte: os pais eram alcoólatras e há pouco tempo nascera um bebê na família, a irmã do aluno. Quando o menino estava na

⁵ VELHO, op. cit., p.126-127.

⁶ Ibid., p. 127-128.

⁷ Ibid., p. 128.

⁸ Ibid., p. 127.

escola, ele tinha medo do que poderia acontecer a ela enquanto ele estivesse fora de casa a manhã toda por conta dos seus estudos. Diante desse relato, perguntei a um amigo que é assistente social o que poderia ser feito nessa situação. A conversa descortinou uma série de estruturas legais que o Estado brasileiro apresenta para o cuidado de crianças e adolescentes e também a respeito das possibilidades de tratamento para o consumo do álcool.

Resumidamente, uma das possibilidades colocadas por esse assistente social era a de que o Conselho Tutelar da cidade fosse acionado para que a vida dos filhos do casal pudesse ficar em segurança. Além disso, os pais poderiam ser levados ou eles mesmos se dirigirem a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para tratamento de seu alcoolismo. Diante dessa situação surgiu uma curiosidade que fez com que eu me voltasse a entender como esse aparato funciona e age ou pelo menos pretende fazê-lo.

Esse foi o *insight* que despertou a possibilidade de um tema e objeto de pesquisa para uma etnografia. O imponderável da vida, tantas vezes descrito em sala de aula por diferentes professores antropólogos, no qual situações podem surgir no campo de pesquisa ou até alterar o interesse do pesquisador. A conhecida história da pesquisa de Evans Pritchard que ao ir para a terra Zande não se interessava por bruxaria, mas acabou se “deixando” levar pelos Azande, seu campo de pesquisa, e retornou com uma etnografia a esse respeito⁹. Diferente dos antropólogos que pegaram seus barcos e atravessam distâncias para fazer suas etnografias no final do século XIX e início do XX, a Antropologia passou a investigar as diferenças e experiências humanas também em contextos de maior proximidade física, como os centros urbanos¹⁰. Foi então, a junção desses dois pontos, a possibilidade de uma pesquisa a ser realizada num local próximo e a partir de uma situação que me atingiu de modo muito particular, em uma situação aleatória que se apresentou, a ponto de fazer com que minhas reflexões tomassem novos caminhos, que me levaram a entender que era possível o tal “estranhamento” de algo que a princípio me era *familiar* ou comum, mas dotado de um imenso desconhecido.

⁹ PEIRANO, M. G. S. A favor da etnografia. *Anuário Antropológico*, 17 (1), p. 207.

¹⁰ MAGNANI, J. G. C. Quando o campo é a cidade. IN: Magnani, José Guilherme C. & Torres, Lilian de Lucca (orgs.) *Na Metrópole* – textos de Antropologia Urbana. p. 3.

Levando em conta o que Peirano diz a respeito da pesquisa de campo que não tem um momento para começar e acabar e que muitos desses são arbitrários¹¹, aqui está um ponto em que a teoria antropológica surtiu um dos seus maiores efeitos. De fato, ao começar a estranhar pude potencializar as perguntas e retomar os eventos, as falas, as conversas a respeito desse universo que era próximo mesmo sem saber o nome pelo qual era denominado, a saúde mental. Assim, foi só a partir desse estranhamento que se abriu um novo olhar, uma nova reflexão e possíveis conexões¹² com vivências e experiências que proporcionaram o fazer a etnografia.

Consegui então ver que eu tinha um mapa, como colocado por Gilberto Velho, e que muitas das suas explicações eram mesmo como ele descrevera. As perguntas e respostas são fornecidas do modo mais corriqueiro e de forma que nos faça aceitar uma lógica específica. O que é um hospital psiquiátrico? Mais especificamente, o que é esse local no qual minha mãe trabalhou durante tantos anos e que carrega tantas histórias e memórias? E para que ele serve? Um local para tratar, curar e cuidar das pessoas. Mas quem são essas pessoas e o que elas têm para que necessitem ir para lá? Em qual momento da vida elas são destinadas ou inseridas nesses espaços? Os loucos, os drogados e os bêbados, uns para terem onde morar enquanto outros para deixarem suas dependências, nos momentos pelos quais passam a necessitar desse tipo de auxílio. Ir além dessas perguntas e respostas triviais, sempre estranhando, indagando, relativizando, foi aprofundando a formulação de novas perguntas e suas tentativas de respostas. Ou seja, o desconhecido aos poucos foi tornando-se conhecido.

Como Magnani (2009) apresenta, a etnografia em específico produz um conhecimento diferente, que depende de um trabalho paciente e contínuo no qual os fragmentos possam ir se ordenando e perfazendo um significado até mesmo inesperado¹³. No entanto, a reunião desses fragmentos ou a combinação desses dados etnográficos dependem da sensibilidade do pesquisador, sua biografia, as opções teóricas que ele escolheu, o contexto de sua pesquisa e o que ele encontra no campo

¹¹ PEIRANO, M. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**. 2014, v. 20, n. 42, p. 379.

¹² Ibid., p. 378.

¹³ MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**. 2009, v. 15, n. 32, p. 135.

em seu cotidiano de pesquisa¹⁴. Por esses motivos, hoje entendo porque não há como se ensinar pesquisa de campo, mas ela de fato deve ser experienciada pelo pesquisador. Ele é que de alguma forma vai dar sentido aquilo que chamou de objeto de pesquisa e através da etnografia descrevê-lo da melhor forma que puder.

Conhecer o familiar

Tendo então escutado a respeito da existência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de modo superficial entendido o que era sua proposta, passei então a buscar respostas mais complexas de como esses centros funcionavam. Morando em um município da Região Metropolitana de Curitiba onde é comum que muitas pessoas se conheçam e, ainda sem ter consciência de imediato, acionei essa rede de sociabilidades dando celeridade ao contato direto com o que seria o campo de pesquisa. Minha mãe, por ter trabalhado no hospital neuropsiquiátrico da cidade, trabalhara anos com a então coordenadora de Saúde Mental do município. Através dela, eu reconhecia que poderia ter maior facilidade de acesso ao campo de pesquisa que imaginava pesquisar. De outro lado, ao saber que o filho de uma amiga do antigo trabalho gostaria de entrar em contato, obtive então acesso a Secretaria de Saúde do município.

Não é impossível que qualquer pessoa e, portanto, pesquisador tenha acesso aos servidores públicos dos diversos equipamentos, de saúde ou outros, existentes ou dos CAPS aqui em questão. Porém, se o campo de pesquisa não tem momento para começar ou terminar, como colocado Peirano (2014), é de conhecimento de que enquanto acadêmicos temos diversos prazos para a elaboração dos trabalhos de conclusão e que esses muitas vezes nos limitam o tempo de pesquisa, reflexão, elaboração da escrita pelas datas de entregas, de modo que a facilitação desse ingresso e contato com os profissionais me poupou um tempo importante. Além disso, as apresentações feitas, da mesma forma, contribuíram com o fato de que alguns profissionais quisessem se disponibilizar para conversar a respeito de suas atividades no CAPS.

¹⁴ PEIRANO, op. cit., p. 209.

Uma vez estado na Secretaria de Saúde, a coordenadora de Saúde Mental me disponibilizou um manual do Ministério da Saúde¹⁵ que explica o que são os CAPS, sua organização e tipos. Juntamente com isso, uma cópia da lei n. 10.216 de 2001¹⁶ que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e como o Estado passou a estabelecer proteção, assistência e direitos aos portadores de transtornos mentais. Diante desses materiais, se fez necessário à leitura a respeito da formação desses Centros, o que me levou a história da Reforma Psiquiátrica¹⁷ e a concepção da substituição do modelo hospitalocêntrico para um atendimento que privilegie o contexto no qual o indivíduo continue integrado a sua realidade cultural e social sem ser internado em uma instituição. Ou seja, aqueles taxados de “loucos, bêbados e drogados” diante dessas diretrizes legais e de políticas públicas, passaram a ser cidadãos com plena possibilidade de exercerem direitos e terem acesso à educação, saúde, lazer, trabalho, moradia, dentre outros.

Com esses elementos a bibliografia tornou-se enorme e aquele mapa de fato foi se tornando complexo ao longo do tempo. De Canguilhem¹⁸ a Foucault¹⁹, para repensar o que é a ideia de normal/normalidade e o nascimento dos hospitais psiquiátricos²⁰ e a própria história da loucura²¹, a segregação desses indivíduos considerados problemáticos e perigosos, aos artigos a respeito do entendimento e promoção da saúde mental e do próprio funcionamento dos CAPS²². Assuntos relacionados às

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

¹⁶ BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF.

¹⁷ TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2002, v. 9 n.1

¹⁸ CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

¹⁹ FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: **Microfísica do poder**. (trad. Roberto Machado) Rio de Janeiro: Graal, 1992, p. 113-128.

²⁰ FOUCAULT, M. O nascimento do Hospital. In: **Microfísica do poder**. (trad. Roberto Machado) Rio de Janeiro: Graal, 1992, p. 99-112.

²¹ FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012. Para citar apenas algumas referências das várias possíveis desse autor, mas que foram as que tive contato no período da pesquisa.

²² RAMMINGER, Tatiana & BRITO, Jussara Cruz de. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia Social**, Florianópolis, 2011 v. 23, p. 150-160.

indagações que surgiam e ajudavam a tentar conhecer, aos poucos, melhor o *familiar* e relativizar todo o senso comum que se apresentava cotidianamente.

Porém, foi a pesquisa de campo e o fazer etnográfico que fizeram com que aquele mapa ganhasse cada vez mais sentido. Em contato com os profissionais no CAPS II, voltado ao atendimento de pacientes com transtornos mentais, e no CAPS AD, para atendimento de pacientes que usam prejudicialmente álcool e/ou drogas, os fragmentos que conhecia foram sendo reunidos. Ao conversar com esses profissionais entendi que o que eles chamam de *sofrimento*²³ é o que determina se um indivíduo é inserido para o tratamento em um CAPS ou se ele acaba sendo redirecionado para outros serviços de assistência e/ou saúde – como a Unidade Básica de Saúde, o Programa da Família ou o Centro de Especialidades. O *sofrer* corresponde a fatores individuais e/ou sociais que levam o indivíduo a comportar-se de determinadas maneiras. Cabe ao profissional de saúde que o atende identificar como estão as relações familiares e de trabalho, observando se o indivíduo convive e como ele se dá com os que estão à sua volta. O isolamento ou a tendência ao isolamento, a autonomia de realizar atividades cotidianas como sair de casa, acessar lugares como mercados, bancos, farmácias, áreas de lazer, etc, e dar conta de si como alimentação e higiene, são grandes indicativos de que essa pessoa sofre ou não, qual o seu nível de sofrimento e que já desencadeou ou ainda trará transtornos mentais, depressões, ansiedades, surtos psicóticos, ideação de morte, audição de vozes, perda da crítica de si, dentre outros. No caso da pessoa que acessa o CAPS AD, voltado para álcool e drogas, a análise do *sofrimento* está relacionada com o que ele consome e como o faz. Uma vez que ele esteja em uma situação colocada como dependência, caracterizada por um quadro prolongado em que o indivíduo não consegue mais levar sua vida e sua rotina sem usar

²³ O *sofrimento* aqui é uma categoria de análise através da qual os profissionais de saúde dos CAPS pesquisados acabam por delinear quais sujeitos serão ou não inseridos no tratamento disponibilizado por esse equipamento de saúde. Por não ser objetivo do artigo apresentar em profundidade a etnografia feita, apenas elenco os principais aspectos pelos quais esses profissionais utilizam a ideia de “sofrimento” em seu dia a dia. Para entender as tensões e possíveis problematizações existentes sobre o que é sofrimento e como ele é utilizado, ver MIRANDA, A. C. C. **Marginalizados inclusos:** a proposta de atuação dos Centros de Atenção Psicossocial e seus profissionais. 2016. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) Curso de Antropologia Cultural, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016. p. 4 – 24.

a substância e que apresente danos que interfiram em sua vida social e individual, ele pode ser inserido no tratamento fornecido por esse CAPS.

Através desses primeiros conceitos utilizados pelos profissionais de saúde e a visão do CAPS enquanto equipamento de saúde de não proceder com o internamento para toda e qualquer pessoa de imediato, o *familiar* pôde ser cada vez mais relativizado para ser melhor compreendido. De forma simples, o indivíduo só acaba sendo internado se ele apresenta um *risco* a sua própria vida ou a de outro. Ideações de homicídio ou suicídio, violências contra terceiros ou ainda quebra de objetos, coisas e lugares podem leva-lo a um internamento involuntário, quando o indivíduo se nega a ir para a internação, ou compulsório, quando existem determinações judiciais. Há internamentos de caráter voluntário, quando o indivíduo aceita e autoriza que o levem ou ele mesmo se dirige ao internamento. Esse é mais comum para casos de pacientes em dependência de álcool e drogas, que mesmo fazendo tratamento no CAPS AD de forma intensiva, todos os dias da semana, não conseguem diminuir seu consumo e ter uma mínima abstinência. Porém, em todos esses casos existe uma Central de Regulação de Leitos do Estado que disponibiliza as vagas e para onde esses indivíduos poderão ser encaminhados. Ou seja, é necessário que todo paciente seja encaminhado por um médico clínico ou psiquiátrico para que com isso possa ingressar nesse mecanismo de regulação estatal, o que faz com que ele tenha que ter sido atendido em algum equipamento de saúde – seja Unidade Básica de Saúde ou o próprio CAPS. Conseguir uma vaga pode demorar, principalmente no caso das mulheres e adolescentes, pois o fornecimento do atendimento a este público é muito menor em relação aos homens adultos. Em teoria, e como pude averiguar no campo de pesquisa até então, não há como transpor ou burlar todos esses procedimentos.

Dessa maneira, alguns daqueles fragmentos então, fizeram sentido. Entendendo a lógica de funcionamento do CAPS, seja através do manual, da lei ou da bibliografia que aos poucos consultava, mas sobretudo estando no campo de pesquisa, foi possível desvendar através do contato com os profissionais de saúde o que eles colocavam ser suas rotinas de trabalho. Tudo isso foi sendo somado aquele *familiar* inicial. As pessoas buscavam entrar em contato com a minha mãe para “arranjar” uma vaga de internamento para seu familiar por alguns motivos passíveis de serem

respondidos. Com a pesquisa, observei nitidamente que muitas pessoas desconhecem o que é e como funciona o CAPS – até mesmo profissionais de saúde que estão em outros equipamentos, autoridades judiciais, policiais e administrativas do município. Então, várias dessas pessoas imaginavam que ao acionarem a rede de conhecidos na cidade, elas poderiam ajudá-las e facilitar o processo de conseguir uma vaga rapidamente. Mesmo aquelas que já tinham conhecimento do processo de internamento, insistiam apelando para uma forma de “dar um jeitinho” e conseguir uma vaga de modo menos burocrático e com maior urgência. Lembro-me que as respostas dadas por minha mãe sempre eram as mesmas: “Procure a fulana no CAPS. Vocês têm que dar entrada por lá, não é mais diretamente pelo hospital”.

Em alguns casos a pressa em obter uma vaga para o internamento também se tornou clara. Geralmente o contexto de violência doméstica faz com que a família do indivíduo busque rapidamente essa alternativa por acreditar que só assim a pessoa pode melhorar seu quadro de dependência e/ou agressividade ou pelo menos afastá-los durante um período de tempo de si, da sua casa e dos seus próximos. Os casos se agravam ainda mais quando o risco de vida chega a níveis maiores, como as tentativas de homicídio. Geralmente, como esses internamentos são de caráter involuntário, passei a entender porque minha tia, enquanto assistente social no município e, portanto, como uma agente que representava o poder do Estado, participava das buscas por esses indivíduos para encaminhá-los para o hospital. Por existir risco de vida, as equipes de saúde, às vezes até acompanhadas pela polícia, se dirigem à residência daquele que será levado para o hospital. A presença da ambulância e da viatura de polícia parada na porta de uma casa, na rua tal, é motivo suficiente para que a vizinhança toda fique sabendo e comentando o acontecido. Logo, o “boca a boca” faz o papel de passar as informações daquilo que aconteceu ou não e seus “por quês”, de modo que o assunto atinge grande parte do bairro e para além dele.

No entanto, como apenas uma minoria acaba sendo dirigida para o hospital e também não ficam muito tempo por lá – os homens ficam internados por até no máximo sessenta dias, enquanto que os adolescentes e as mulheres o máximo de quarenta e cinco – o senso comum aponta várias vezes para o fato de que o internamento não funciona. O hospital hoje se pretende como apenas uma parte do

tratamento, não ele por completo. Ou seja, o indivíduo para conseguir “sua melhora” precisará de equipamentos e formas de se manter abstinente ou convivendo com suas questões. Isso implica em não o separar mais da sociedade dentro de um espaço hospitalar, mas que ele possa, enquanto cidadão, ter liberdade de ir e vir, acesso a lazer, trabalho, educação, saúde, etc.

Diante disso, passei a entender alguns dos motivos pelos quais aquelas figuras tratadas como caricatas na cidade continuam transitando pelos espaços públicos. Não é papel do CAPS simplesmente sair inserindo-os no tratamento ou colocando-os em hospitais. Esses indivíduos são caracterizados como cidadãos e dotados de autonomia²⁴. Uma vez que eles conseguem conviver com suas questões e darem conta de si, há liberdade para que transitem nos espaços públicos, mesmo que outras pessoas se sintam incomodadas com isso. Todo esse entendimento está diretamente ligado a “luta antimanicomial” e a Reforma Psiquiátrica que buscaram proporcionar um modelo de atendimento que substituísse o modelo hospitalar, por um no qual essas pessoas pudessem ter acesso a saúde mental sem mais estarem confinadas a um espaço que as impediam de acesso à educação, lazer, moradia, etc, e, muitas vezes, a própria saúde²⁵.

A experiência com a pesquisa de campo e o fazer etnográfico então, proporcionou o que Gilberto Velho coloca:

Acredito que seja possível transcender, em determinados momentos, as limitações de origem do antropólogo e chegar a ver o familiar não necessariamente como exótico mas como uma realidade bem mais complexa do que aquela representada pelos mapas e códigos básicos nacionais e de classe através dos quais fomos socializados. O processo de estranhar o *familiar* torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos e situações (VELHO, 1978, p. 131).

²⁴ Assim como o “sofrimento”, a “autonomia” é uma categoria utilizada pelos profissionais de saúde dos CAPS que identificam quando o indivíduo consegue conviver com suas questões mentais e/ou dependência química. Em resumo, significa para os profissionais que o indivíduo tem discernimento para fazer escolhas, sem prejudicar a si ou outra pessoa, conseguindo fazer o que deseja – estudar, trabalhar, cozinhar, transitar por lugares, dentre outras infinitas possibilidades – de acordo com as suas capacidades. Sobre as discussões e entendimento dos profissionais a respeito do que é a “autonomia”, como ela é desenvolvida, podendo ou não ser alcançada, ver Ibid., p. 1 – 65.

²⁵ TENÓRIO, op. cit., p. 26 -32.

Estranhar esse familiar resultou não só em um trabalho de conclusão de curso²⁶, mas provocou novas leituras a respeito do cotidiano, promovendo contínua reflexão, pensamento e a busca do melhor entendimento da complexidade do mundo social que estou inserido.

Um pouco do campo e seus contextos

Apenas para apresentar rapidamente a experiência do “campo de pesquisa” no qual atuei, faço essa breve colocação do contexto de pesquisa e das possibilidades que consegui desenvolver. Minha primeira busca de conhecimento de um Centro de Atenção Psicossocial, como já apontei, foi por meio do contato com a coordenadora de saúde mental do município, ex-colega de trabalho e amiga de minha mãe. Indo a secretaria de saúde do município, o contato intermediado por minha mãe facilitou em pelo menos duas grandes questões. A primeira, repito, foi a questão do tempo. Tendo livre acesso a essa coordenadora, bastava ser anunciado na secretaria para que ela conseguisse me atender de prontidão, sem necessariamente marcar horários ou simplesmente não me receber. No início, como eram conversas informais e para conhecer o campo de pesquisa, isso deu celeridade aos processos que vieram na pesquisa propriamente dita. Em outros momentos, a facilidade para entrevistas ou em dúvidas específicas, também ajudaram. Além disso, esse tipo de contato de igual modo me ajudou a transitar por um espaço que não ficava restrito ao cotidiano do CAPS e que se mostrou útil para reconhecer dimensões que envolvem esse equipamento de saúde. Por exemplo, em um dia que esperava para a coordenadora me atender, uma moça chegou à Secretaria de Saúde pedindo informações a respeito de como proceder e qual o local apropriado para levar uma pessoa que ela acompanhava e que apresentava sintomas de depressão²⁷. As duas recepcionistas na ocasião, após uma rápida conversa a encaminharam diretamente para o CAPS de tipo II, demonstrando assim um problema que eu exploraria depois nas entrevistas com os profissionais, pois segundo o entendimento destes a entrada do paciente no CAPS deve ser por meio de

²⁶ MIRANDA, op. cit., p. 1 – 65.

²⁷ Ibid., p. 9.

um encaminhamento vindo da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou de algum Pronto Atendimento (PA), não diretamente como as atendentes fizeram na ocasião presenciada²⁸.

A segunda questão foi que, por meio da coordenadora de saúde mental, existiu uma maior facilidade de contato e uma boa recepção dos profissionais que se prontificaram a participar da pesquisa. O contato inicial com os profissionais de ambos os CAPS existentes no município, de tipo II e AD, foi em suas respectivas reuniões semanais na qual eles discutiam casos de pacientes, suas rotinas de trabalho e tudo que envolve o Centro de Atenção Psicossocial. Ao ser apresentado pela coordenadora de uma só vez, pude me apresentar e fazer o convite para a pesquisa. Devido a submissão da pesquisa ao comitê de ética de pesquisa que envolvem seres humanos²⁹, optei em entrevistar apenas os profissionais de saúde, devido a preocupação com a duração que o parecer levaria e sua aprovação. Assim, não entrevistando pacientes diretamente, não precisei pedir permissão para ler prontuários, solicitar espaços ou me deslocar até algum lugar que fosse possível conversar e, tendo então que, traçar estratégias para alcançar esses usuários que estariam disponíveis e desejariam participar da pesquisa. Tudo isso, conseqüentemente, poderia levar a despender mais tempo, bem como exigiria um maior fôlego de pesquisa que não conseguiria atingir naquele momento. Cabe rapidamente apenas assinalar que para o pesquisador essas são sempre questões importantes, pois conciliar a vida pessoal e profissional com os estudos e a pesquisa exige um grande esforço, além de dedicação e planejamento. No entanto, o período e a forma pela qual consegui efetuar a pesquisa deu a possibilidade de observar a rotina desse equipamento de saúde, seus usuários e suas atividades.

²⁸ Os profissionais dos CAPS pesquisados se referem a necessidade de “matriciamento” entre os diferentes dispositivos de saúde que existem no município. Basicamente, “matriciar” seriam treinamentos e investidas nos quais os profissionais dos CAPS se dirigem aos outros diversos equipamentos de saúde – UBS, PA, Pronto Socorro, etc – nos quais tiram dúvidas a respeito do cuidado, tratamento, providências e o melhor tipo de contato com pacientes com problemas de saúde mental e que devem ou não ser encaminhados para os CAPS. Esse caso em específico seria um momento de exercer o “matriciamento”, onde as recepcionistas aprenderiam que o “correto” seria encaminhar solicitante da informação para uma UBS e de lá o caso seguiria para o CAPS ou não. Mais detalhes da discussão consultar em Ibid., p. 10 – 11.

²⁹A aprovação da pesquisa consta em: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf?jsessionid=8868E2874DAFoCD7DE6DCC33149A6DD5.sserver-plataformabrasil-srvjpdfi31>.

Entre o primeiro contato com a coordenadora de saúde mental e os materiais por ela disponibilizados, pelos quais julgo ter iniciado a investigar o que era o CAPS e sua atuação, a elaboração, tramitação e aprovação do projeto no comitê de ética, até a última entrevista feita com um assistente social do CAPS AD, foram pelo menos oito meses debruçados em torno das questões aqui colocadas. Ao longo desse período, dois meses e meio foram destinados especificamente as entrevistas feitas com três psicólogas, dois enfermeiros, uma assistente social, uma musicoterapeuta, duas terapeutas ocupacionais e um educador físico. Alguns desses profissionais ainda estavam como coordenadores em exercício do CAPS II e AD, que mudaram ao longo da pesquisa, assim como outros profissionais que deixaram de trabalhar nesse equipamento ou no município³⁰. Essas mudanças foram uma das dificuldades encontradas, pois a proposta inicial elaborada era de três conversas com cada um dos profissionais para entender como se davam as etapas de entrada no CAPS, o tratamento proporcionado e o processo da alta do mesmo. No entanto, as saídas de alguns dos entrevistados e a necessidade de angariar novos participantes para suprir as demandas em aberto, foram alongando o processo. Porém, como já colocado, esse impacto foi mitigado na medida em que minha introdução ao campo de pesquisa se deu através da coordenadora de saúde mental, bem como a boa recepção dos profissionais.

Entre visitas a Secretaria de Saúde e aos espaços dos dois CAPS aqui apontados, as entrevistas aconteceram com o agendamento de horários conforme a disponibilidade dos profissionais que se disponibilizaram em participar e os quais eu consegui conversar. Devido aos prazos de entrega do trabalho final, não pude entrevistar todos os que se disponibilizaram. Nos dois meses e meio de entrevistas, mais o período prévio da pesquisa na elaboração do projeto, frequentei esses locais tanto no período da manhã, quanto da tarde e em horários diversos. Isso proporcionou uma maior proximidade do cotidiano dos profissionais, bem como dos usuários, pois ao esperar pelos horários na recepção, entradas e saídas de salas e espaços, pude observar atividades que aconteciam – como rodas de conversa, cultivo da horta, saídas

³⁰ Problemas que descrevi como impactantes tanto no tratamento do paciente como também na administração da política pública e do próprio equipamento de saúde. MIRANDA, op. cit., p. 60 – 63.

e chegadas de passeios, oficinas de pintura e música, confecção e venda de artesanato, dentre outras. Essas situações, atividades ou conversas que presenciava indiretamente, como as na secretaria de saúde que aqui coloquei, faziam parte do meu caderno de campo, como também eram levados os acontecimentos ou questões que não entendia para as conversas com os profissionais para que eles pudessem esclarecer ou discutir os “por quês” daquelas situações presenciadas.

Uma delas, por exemplo, foi a saída dos pacientes do CAPS AD para uma caminhada no parque municipal³¹. Tal atividade fazia parte do tratamento dos usuários, que ao estarem em seus locais de moradia e vivência diária³², estavam sendo estimulados a ocupar esse espaço público, bem como se exercitarem e terem seus momentos de lazer. Enquanto aguardava o horário para realizar uma das entrevistas, o técnico responsável pela recepção explicava que a atividade naquele dia era uma ida ao parque e aqueles que comparecessem receberiam “presença” normalmente. Cheguei ao conhecimento então de que as “presenças e ausências” acabavam tendo papel importante dentro dos prontuários dos pacientes. De um lado, através do controle da frequência se caracterizava se o indivíduo estava aderindo ou não ao tratamento³³, o que impacta diretamente na sua melhora e processo da alta do equipamento. De outro lado, os profissionais relataram que ao utilizarem o prontuário para receber benefícios – seja a busca de isenção tarifária para o transporte público, questões de carga horária em seus empregos ou até mesmo em questões ligadas ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) – a frequência acabava sendo item importante para os usuários e suas relações fora do CAPS³⁴. Assim, esse aspecto exemplificado só foi possível devido a essa possibilidade de transitar por esses espaços de formas e em horários variados.

³¹ Ibid., p. 45 – 46.

³² Tanto o manual do CAPS, quanto a prática dos seus profissionais, colocam a noção de que o tratamento deve ocorrer no “território” do indivíduo. Ou seja, o local onde habita, tem todas as suas vivências e acesso a locais públicos, quanto privados – igrejas, locais de trabalho, comércios, associações, etc. Ibid., p. 2.

³³ Aderir ao tratamento é um critério essencial para que o mesmo possa acontecer. Isso implica no comprometimento de participar das atividades propostas pelo Projeto Terapêutico Individual feito pelo paciente e seu técnico de referência (profissional responsável por acompanhá-lo durante todo o tratamento), comparecer ao CAPS, tomar os medicamentos indicados e se esforçar em tudo aquilo que venha ser solicitado. Ibid., p. 12.

³⁴ Ibid., p. 45 – 46.

A pesquisa então efetuada, foi percorrendo caminhos e momentos que geram dúvidas, pensamentos e reflexões. Tal como Peirano (2014) descreve a respeito de seu processo de cadastro biométrico, no momento em que a autora é despertada pela curiosidade dos motivos pelos quais deixou uma série de informações pessoais, sua foto e suas impressões digitais em um banco de dados da Justiça Eleitoral e, portanto, em posse do Estado brasileiro, para receber um título de eleitor igual ao seu anterior que foi retido, é através da capacidade de explorar as surpresas e os inesperados que a vida proporciona que o “instinto etnográfico” pode ser acionado³⁵. A etnografia então tem a capacidade de inquietar o senso comum e as certezas do nosso cotidiano, as “verdades” que carregamos, impondo a necessidade de observação e refinamento de nossas percepções enquanto pesquisadores³⁶. Nesse caminho, podem ser desvendados muitos outros novos lugares, culturas, pessoas e pensamentos que nos auxiliam a entender o mundo que habitamos³⁷.

Foi desse modo que buscando o exercício de “estranhar” as conversas e relatos sobre dependência química, alcoolismo e transtorno mental, ao experienciar uma possibilidade de encaminhamento de indivíduos para a rede de saúde pública para tratamento de alcoolismo e então descobrir a existência dos Centros de Atenção Psicossocial, que pela primeira vez experenciei a possibilidade de etnografar. A intenção então passou a ser de conhecer esse equipamento de saúde quanto ao que ele se propõe fazer em relação ao usuário do sistema de saúde que acessa a ele e se torna seu paciente ou não. Mas obviamente que com a própria pesquisa e desenvolvendo-se outros olhares a respeito do mapa que ora se ampliava, ora se aproximava, estão ligadas muitas outras várias interfaces de pesquisa que perpassam e se entrelaçam com temas diversos como as de construção e desenho da política pública, aspectos da administração pública, funcionamento da saúde pública, discussões sobre saúde mental, Reforma Psiquiátrica, etc. O intuito aqui foi tão somente relatar uma experiência de pesquisa ligada ao tema de saúde mental e algumas das reflexões que ainda permeiam meus estudos e vivências.

³⁵ PEIRANO, op. cit., p. 378.

³⁶ Ibid., p. 385.

³⁷ Ibid., p. 389.

Referências

- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Secretária de Atenção à Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: Secretária de Atenção à Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica – relatório de gestão 2007-2010**. Brasília, DF: Secretária de Atenção à Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados 10**. Brasília, DF: Secretária de Atenção à Saúde, 2012.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DAMATTA, R. “O ofício do etnólogo ou como ter anthropological blues”. IN: **Publicações do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional**, 1974.
- FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: **Microfísica do poder**. (trad. Roberto Machado) Rio de Janeiro: Graal, 1992, p. 113-128.
- FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.
- FOUCAULT, M. O nascimento do Hospital. In: **Microfísica do poder**. (trad. Roberto Machado) Rio de Janeiro: Graal, 1992, p. 99-112.
- MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**. 2009, v. 15, n. 32, p. 129 -156.
- MAGNANI, J. G. C. Quando o campo é a cidade. IN: Magnani, José Guilherme C. & Torres, Lilian de Lucca (orgs.) **Na Metrópole – textos de Antropologia Urbana**. p. 1 - 30.
- MIRANDA, A. C. C. **Marginalizados inclusos: a proposta de atuação dos Centros de Atenção Psicossocial e seus profissionais**. 2016. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso

(Especialização) Curso de Antropologia Cultural, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016.

PEIRANO, M. G. S. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**. 2014, v. 20, n. 42, p. 377-391.

PEIRANO, M. G. S. A favor da etnografia. **Anuário Antropológico**, 17 (1), p. 197-223.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. de. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia Social**, Florianópolis, 2011 v. 23, p. 150-160.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2002, v. 9 n.1

VELHO, G. “Observando o Familiar”. In: Edson Nunes (org.). **A aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 123 – 132.