

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ROBERTA DE OLIVEIRA SOARES
roberta.osoares@gmail.com

**Ajustamentos primários e secundários na instituição
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

(Versão corrigida)

São Paulo
2018

ROBERTA DE OLIVEIRA SOARES

**Ajustamentos primários e secundários na instituição
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcos César Alvarez

(Versão corrigida)

São Paulo

2018

DE OLIVEIRA SOARES, Roberta. **Ajustamentos primários e secundários na instituição Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Sociologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de realização do curso.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa de mestrado que possibilitou a realização desta pesquisa.

Ao Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde, pela aprovação da pesquisa e pela reflexão aprofundada a respeito da ética na pesquisa.

Aos funcionários e usuários da unidade CAPS, pela disponibilidade e por aceitarem participar da pesquisa. Sem isso não teria sido possível a realização da pesquisa de campo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Marcos César Alvarez, pelo apoio e pelos ensinamentos nos anos de convivência desde a pesquisa de Iniciação Científica.

À Prof.^a Dr.^a Bruna Gisi Martins de Almeida, por me acompanhar na minha compreensão sobre o pensamento de Erving Goffman. À Prof.^a Dr.^a Márcia Regina de Lima Silva, pelo auxílio durante a disciplina de Análise de Projetos, que foi essencial para o desenvolvimento da pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Sylvia Gemignani Garcia, por ter aceitado participar da banca de defesa e pelos diversos ensinamentos desde a graduação.

À Prof.^a Dr.^a Fernanda Emy Matsuda e ao prof. Dr. César Assis, por terem aceitado participar da banca de defesa e terem colaborado com minha compreensão a respeito da pesquisa.

Aos amigos dentro e fora do mundo acadêmico, pelas conversas sobre sociologia e pelos momentos de descontração. Especialmente à Cibele Assensio, Aline Chiamonte, Juliana Tonche e Rafael Godoi pelos comentários que auxiliaram a realização da pesquisa.

À minha família pelo apoio, incentivo e companheirismo de sempre.

RESUMO

DE OLIVEIRA SOARES, Roberta. **Ajustamentos primários e secundários na instituição Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2018. 150f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

A Reforma Psiquiátrica brasileira defende o tratamento não asilar para indivíduos diagnosticados com transtornos mentais severos e/ou persistentes, principalmente através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esta pesquisa propõe mostrar como se dá a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários em uma unidade CAPS, levando em consideração as interações sociais e os discursos produzidos na instituição. Para isso, é utilizada a técnica de observação participante e a análise de documentos formais e informais. O diálogo teórico principal é com a produção de Erving Goffman e é tomado como contraponto o trabalho de Michel Foucault. Existem dois fatos que chamam a atenção na unidade pesquisada: o ativismo da equipe técnica e a obrigação de aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde. Verifica-se que a participação dos usuários modificou a forma como se dão as relações sociais na instituição. Em instituições não totais que buscam respeitar os direitos humanos, como o CAPS, há controle social e, conseqüentemente, resistência. O controle social imposto pela instituição gera, por parte dos pacientes, a necessidade de defender seus *self* dessas violações mesmo que esses possam ser consideradas mais sutis, em comparação com a realidade de um hospital psiquiátrico. Acredita-se que a fronteira entre os ajustamentos primários e secundários se tornou mais conflitiva e que essas questões foram reformuladas devido à participação dos usuários na instituição, o que leva a instituição a constantemente fazer acordos com os pacientes para manter o controle da instituição. Ao verificar na instituição os ajustamentos e as relações de poder através das interações e dos discursos dos atores sociais, pode-se dizer que uma característica nova na instituição CAPS, em relação ao hospital psiquiátrico, é a participação dos usuários na instituição e essa mudança produz acordos e conflitos entre usuários e membros da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: ajustamentos primários e secundários, interações sociais, instituição, CAPS.

ABSTRACT

DE OLIVEIRA SOARES, Roberta. **Primary and secondary adjustments at the Psychosocial Care Center (CAPS) institution.** 2018. 150f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The Brazilian Psychiatric Reform advocates non-asylum treatment for individuals diagnosed as suffering from severe and/or persistent mental disorders, mainly through the Psychosocial Care Centers (CAPS). This research proposes to show how the dynamics of primary and secondary adjustments occurs in a CAPS unit, taking on account the social interactions and the discourses produced in the institution. For that, it is used the participant observation technique and the analysis of formal and informal documents. The main theoretical dialogue is with the production of Erving Goffman and it is taken as counterpoint the work of Michel Foucault. There are two facts that draw attention in the unit researched: the activism of the psy staff and the obligation to have the research approved by an Ethics Committee related to the Ministry of Health. It is verified that the participation of the users modified the way in which the social relations in the institution take place. In non-total institutions that seek to respect human rights, as the CAPS, there are social control and, consequently, resistance. The social control imposed by the institution generates on the part of the patients the need to defend their self from these violations even if they can be considered subtler, when compared to the reality of a psychiatric hospital. It is believed that the boundary between primary and secondary adjustments has become more conflicting and that these issues have been reformulated due to the participation of the users in the institution, which leads the institution to constantly make agreements with the patients to maintain the control of the institution. When verifying in the institution the adjustments and the power relations through the interactions and the discourses of the social actors, it can be said that a new feature at the CAPS institution, in relation to the psychiatric hospital, is the participation of the users in the institution and this change produces agreements and conflicts between users and members of the multiprofessional staff.

Keywords: primary and secondary adjustments, social interactions, institution, CAPS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Ciências Humanas e Sociais
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RG	Registro Geral
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UA	Unidade de Acolhimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

Introdução	10
1. Contexto e problema de pesquisa	13
1.1 Contexto	13
1.2 Descrição da instituição CAPS	17
1.2.1 Primeiros contatos no campo de pesquisa	17
1.2.2 Cenário e atores	19
1.3 Problema e objeto de pesquisa	21
1.4 Metodologia e procedimentos de pesquisa	23
1.4.1 Observação participante e definição da situação	25
1.4.2 Análise documental e análise do discurso	29
1.5 Diálogos entre Erving Goffman e Michel Foucault e o conceito de instituição	33
2. Aprovação ética da pesquisa e discurso antimanicomial do CAPS	45
2.1 Situar a pesquisadora	45
2.2 Aprovação ética da pesquisa	48
2.2.1 Voluntariado e processo de aprovação do Comitê de Ética	49
2.2.2 Acesso às atividades abertas e fechadas	57
2.2.3 Resolução 466/12 e Resolução 510/16	59
2.3 Discurso antimanicomial oficial do CAPS	63

2.3.1 Lei 10.216 (2001)	67
2.3.2 Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial (2004)	69
2.3.3 Manual de estrutura física dos CAPS e Unidades de Acolhimento (2013)	72
2.3.4 Saúde mental em dados 12 (2015)	75
2.4 Discurso antimanicomial informal do CAPS	76
3. Ajustamentos primários e secundários na instituição CAPS	82
3.1 Acolhimento e participação	83
3.1.1 Classificação e estigma	84
3.1.2 Ajustamentos primários e mortificação do <i>self</i>	88
3.1.3 Participação e disciplina	96
3.1.4 Circuito e salvar as aparências	107
3.2 Adaptações e reações à instituição	113
3.2.1 Regras, recompensas e punições	113
3.2.2 Acolhimento integral	118
3.2.3 Fontes, locais, recursos e estrutura social	127
3.2.4 Regras de conduta: rituais de insubordinação e profanações cerimoniais	135
Considerações finais	144
Referências	147
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	150

Introdução

Esta pesquisa objetiva compreender o funcionamento da instituição Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) através de uma análise teórica e empírica, tanto a partir de interações sociais quanto de análise documental, tendo por referência, sobretudo, os conceitos de ajustamentos primários e secundários de Erving Goffman (2010). Esta dissertação de mestrado é estruturada em três capítulos.

O primeiro capítulo apresenta brevemente o contexto histórico da loucura e da doença mental, passando pela reforma psiquiátrica até chegar à instituição CAPS. Em seguida faço a descrição da instituição, tanto dos primeiros contatos quanto do cenário e dos atores. Também apresento o problema e o objeto de pesquisa, ou seja, introduzo os conceitos de ajustamentos primários e secundários. Em seguida, trato da metodologia e dos procedimentos de pesquisa, no caso, a apresentação da técnica da observação participante e, especificamente, o conceito de definição da situação, e da técnica de análise documental, em especial, a análise do discurso. Por fim, procuro aproximar as perspectivas de Erving Goffman e de Michel Foucault, uma vez que são os autores principais trabalhados na pesquisa e busco abordar especificamente possíveis relações entre discurso e interações sociais e entre relações de poder e ajustamentos primários e secundários, além de introduzir os conceitos de instituição e de instituição total.

O segundo capítulo é dividido em duas partes: uma discussão sobre a aprovação ética da pesquisa e uma análise do discurso antimanicomial do CAPS. Uma vez que o processo de aprovação por um Comitê de Ética se tornou parte desta pesquisa devido ao campo empírico que ela propõe, a primeira parte do capítulo é a respeito da discussão do tema da ética na pesquisa a partir da análise das Resoluções 466/12 e 510/16 e da descrição do caso desta pesquisa em relação ao Comitê de Ética, levando em consideração tanto o vínculo de voluntária quanto de pesquisadora na instituição. Além disso, o capítulo trabalha a questão de situar a

pesquisadora e faço comentários a respeito do acesso às atividades ditas abertas e fechadas na instituição.

A segunda parte do capítulo traz uma análise de alguns documentos produzidos pelo Ministério da Saúde a respeito do CAPS, já que eles direcionam a forma de funcionamento das unidades do CAPS. Assim, levando em consideração o foco de análise da pesquisa escolhi os seguintes documentos: *Lei 10.216 (2001)*¹, *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial (2004)*², *Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento (2013)*³ e *Saúde mental em dados 12 (2015)*⁴. Realizo também uma análise do discurso informal que aparece na instituição, no caso, uma análise focada nas postagens de um blog com produções de usuários da unidade e, testemunhos de usuários e técnicos sobre o CAPS, além dos trechos do caderno de campo que perpassam a dissertação.

Por fim, o terceiro e último capítulo traz informações empíricas e analíticas a respeito do campo de pesquisa, isto é, a unidade do CAPS acompanhada nesta investigação. Neste capítulo discuto como acontece o acolhimento e participação dos atores sociais na instituição, especificamente questões relacionadas ao cotidiano da instituição, isto é, as oficinas terapêuticas, a terapia em grupo, a medicação, o papel dos técnicos como referências, entre outros. E, observo também como esses pontos se relacionam com questões como estigma, mortificação do *self* e ajustamentos primários e secundários.

Ainda no capítulo três, investigo adaptações e reações à instituição por parte dos atores sociais. Para entendê-las, utilizo não apenas os conceitos de ajustamentos primários e

¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

² Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

³ Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

⁴ Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

secundários, mas também a discussão a respeito das regras, das recompensas e das punições na instituição e a relação do comportamento de portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes com as regras de conduta, de que trata Goffman. Utilizo, ademais, como complemento e contraponto, o trabalho de Michel Foucault a respeito da temática, sobretudo, a questão das relações de poder dentro da instituição.

1. Contexto e problema de pesquisa

1.1 Contexto

A maneira de entender e vivenciar a loucura variou no tempo e no espaço. A loucura já foi sátira, mistério, não-razão e tornou-se doença. Segundo Foucault, “a loucura só existe com relação à razão” (Foucault, 2012a, p. 33). Antes do século XVII, os loucos⁵ não eram necessariamente excluídos. A partir do século XVII se iniciou a construção dos asilos onde os loucos passaram a ser segregados juntamente com outros excluídos, como criminosos, pobres, entre outros (Foucault, 2012a).

Castel (1978) considera dois momentos principais na história da loucura: a idade de ouro do alienismo, que começou em 1780, mas tomou forma com a Lei de 1838 e, na década de 1860, o *Aggiornamento*, que foi o nascimento da psiquiatria contemporânea, pós Pinel. Com a Lei de 1838 o poder real foi substituído pelo poder da justiça e dos médicos e o louco passou a ter um novo status, o de doente, e uma instituição específica para tratá-los, o asilo.

No início, as instituições para onde eram levados os loucos não tinham um caráter médico, mas principalmente de controle. Com Pinel, houve uma reforma asilar alienista, uma nova terapia que isolou o louco do mundo exterior, mas com a promessa de cura. A psiquiatria passou a ter a função de administrar a loucura e também de torná-la um problema técnico ao invés de político. Os loucos eram tutelados e considerados incapazes para o trabalho, mas não eram tratados da mesma forma que aqueles que transgrediam as leis (Castel, 1978).

No século XVIII, houve a junção do hospital e da medicina, isto é, o nascimento da medicina social. Havia dois tipos de instituições: as prisões e os asilos. Os criminosos eram

⁵ Nesta pesquisa, optou-se por respeitar os termos utilizados por cada autor, assim como pelos pesquisados, por acreditar que seja importante considerar os momentos históricos em que foram escritos ou ditos e refletir sobre o quanto terminologias são modificadas ou reapropriadas com o passar do tempo. Diversas terminologias são utilizadas para se referir ao mesmo tipo de indivíduo: louco, usuário, paciente, doente mental ou portador de transtornos mentais; assim como, seus derivados, como loucura e doença mental, como veremos em detalhes no decorrer da dissertação. Assim, a utilização dessas terminologias não intenciona nenhum tipo de preconceito.

enviados às prisões e julgados pela justiça, enquanto os loucos eram enviados aos asilos sob cuidados médicos. A prisão tinha como objetivos a punição e a reeducação penal, enquanto o asilo tinha como objetivos a assistência e o tratamento moral. No entanto, as tecnologias disciplinares de ambas as instituições eram parecidas. No século XIX, o louco se tornou anormal e recebeu tratamento terapêutico, ele era visto como uma ameaça às regras que precisava ser controlada. A partir de Pinel, os loucos foram desacorrentados, mas não desinstitucionalizados, pois o tratamento era asilar. (Foucault, 2012a; Castel, 1978).

As causas da loucura foram atribuídas a diversos fatores, tanto internos, como sentimento de tristeza, paixão intensa, medo, etc., quanto externos, como as fases da lua, o tipo de clima, entre outros. Além disso, o discurso do louco era utilizado para detectar perturbações e delírios (Foucault, 2012a).

Durante o século XX também houve diversos momentos que marcaram a história da psiquiatria. Na década de 1960, surgiu o movimento da antipsiquiatria, a partir da iniciativa de psiquiatras como Cooper, Laing, Szasz e Basaglia, mas também de pensadores de outras áreas que foram identificados com o modo de pensar antipsiquiátrico, como Goffman, Castel e, mesmo, Foucault. Surgiram outras psiquiatrias de diversas origens, tais como a psiquiatria de setor na França, a psiquiatria comunitária nos Estados Unidos, a psiquiatria democrática na Itália e a rede alternativa psiquiátrica na Europa (Amarante, 2010).

É possível dividir a história da psiquiatria de diferentes formas, mas de modo geral, pode-se dizer que houve a primeira psiquiatria biológica liderada por Pinel e seu tratamento moral na primeira metade do século XIX e também houve outras teorias na época, como a psiquiatria da degeneração de Morel. Depois, talvez seja possível afirmar que a psicanálise de Freud se tornou hegemônica até o final da década de 1970 (Amarante, 2010).

A segunda psiquiatria biológica surgiu a partir da década de 1980 com a farmacologia e essa por sua vez diminuiu o poder da psicanálise na psiquiatria, assim como, influenciou a

diminuição das hospitalizações psiquiátricas. Ainda na década de 1980, um marco importante foi o manual de diagnóstico e estatística conhecido como DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) que teve ao longo dos anos o número de psicopatologias acrescido consideravelmente (Amarante, 2010).

A psiquiatria se estruturou através do saber que construiu sobre a loucura. Os psiquiatras se tornaram especialistas da loucura e seus discursos passaram a possuir o poder de definir o que é a verdade dentro de sua especialidade, isto é, definir as noções de normalidade e anormalidade. A ciência se tornou detentora e produtora da verdade, enquanto as instituições a reproduzem (Foucault, 2012b).

Durante o final do século XX, diversos países e, também o Brasil, passaram por um processo de Luta Antimanicomial em defesa dos direitos humanos de indivíduos diagnosticados como *portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes* (Brasil, 2004) que, por sua vez, resultou em Reformas Psiquiátricas. No caso da Reforma Psiquiátrica brasileira, houve influência especialmente da Reforma Psiquiátrica italiana representada por Franco Basaglia (Amarante, 2010).

Alguns fatores foram essenciais no desenrolar da Reforma Psiquiátrica no país. Em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Neste mesmo ano, vieram ao Brasil, para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições, vários pensadores importantes do movimento de antipsiquiatria, como Basaglia, Castel, Goffman, Szasz, entre outros (Amarante, 2010). A antipsiquiatria constrói uma crítica à psiquiatria, isto é, à instituição e suas práticas e ao saber-poder psiquiátrico no geral (Prado Filho; Lemos, 2012).

Em 1987, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2001, foi aprovada no Brasil a Lei nº 10.216 que defende o tratamento não asilar a estes indivíduos, que se dá principalmente por meio dos

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Lei nº 10.216 foi aprovada em 2001 após 12 anos de tramitação, mas antes da aprovação da Lei, surgiu o primeiro CAPS do Brasil em 1986 em São Paulo, chamado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Em paralelo aos CAPS, também surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo o primeiro NAPS inaugurado em 1989 em Santos. O CAPS se tornou o dispositivo central de uma rede de serviços de saúde, que se articula com outras instituições como: Hospital Geral, Residências Terapêuticas e Unidades Básicas de Saúde (Amarante, 2010; Brasil, 2004).

O CAPS é um serviço “substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos” e indica-se sua utilização para os indivíduos que “apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida”, isto é, pessoas com transtornos mentais considerados severos e/ou persistentes, sejam adultos ou crianças e adolescentes ou também pessoas com dependência de álcool e/ou drogas (Brasil, 2004).

O objetivo oficial do CAPS é criar um projeto terapêutico para cada *usuário*, que inclui atendimentos e atividades como: psicoterapia individual, psicoterapia em grupo, oficinas terapêuticas, atendimento a familiares e gerenciamento dos medicamentos, embora algumas atividades possam variar de uma unidade CAPS para outra. O Ministério da Saúde utiliza o termo *usuário* para se referir às pessoas que possuem transtornos mentais severos e/ou persistentes e fazem acompanhamento terapêutico no CAPS (Brasil, 2004).

A unidade do CAPS a ser frequentada por um usuário depende da região de moradia desse e a frequência de participação também varia de acordo com o projeto terapêutico de cada um. A frequência de participação no CAPS também varia de acordo com a necessidade de cada usuário, podendo ser diária, chamado “atendimento intensivo”; até 12 dias no mês, “atendimento semi-intensivo”; e até 03 dias no mês, “atendimento não-intensivo”. Assim, o objetivo é que o atendimento aconteça sem segregar os usuários da sociedade. (Brasil, 2004).

Há vários tipos de CAPS: o CAPSi, ou CAPS infantil, atende crianças e adolescentes; e o CAPSad, ou CAPS álcool e drogas, é voltado para usuários de álcool e/ou drogas. Os chamados CAPS I, II e III são voltados a adultos. Os CAPS I e II são diurnos, funcionam de segunda à sexta, sendo o primeiro menor do que o segundo, pois o tipo de CAPS em uma determinada localidade depende do tamanho do município. Os CAPS III se localizam em municípios com população acima de 200.000 habitantes e funcionam 24 horas, todos os dias. A equipe que compõe um CAPS também varia em tamanho e em especialidades de acordo com o tipo de CAPS (Brasil, 2004).

1.2 Descrição da instituição CAPS

1.2.1 Primeiros contatos no campo de pesquisa

Como as notas de campo apontam para problemáticas desenvolvidas na pesquisa, eu irei abordar brevemente minhas primeiras impressões nesta instituição.

...

A primeira vez que fui ao CAPS, ao andar pelo local passei por pessoas que entendi serem usuários. O primeiro deles me disse em voz alta: “Você trouxe os remédios?” Sem saber o que responder, apenas sorri para ele e continuei caminhando. Alguns dormiam nos bancos ou sofás, outros davam voltas pelo local ou apenas ficavam sentados em silêncio. Alguns pareciam quietos demais e outros agitados demais. Todos os pré-conceitos que tinha e até os que nem sabia que tinha, apareceram.

Em minha primeira visita fui advertida por um membro da equipe: “Há pacientes em crise andando pelos corredores”. Não soube dizer naquele momento se isso era para me informar que eu não deveria me assustar. Descobri, mais tarde, que nem sabia reconhecer bem

as *crises*. Quando conversava com usuários, nem sempre conseguia entendê-los, pois às vezes parecia faltar lógica em suas falas. Alguns faziam questão de enfatizar que eu era *normal* e demonstravam se aproximar de mim justamente por isso, pois não se interessavam em falar do CAPS ou das *doenças* deles, mas queriam conversar sobre política, sobre o que eu gostava de fazer em meu tempo livre, sobre a vida.

Além das interações nos corredores e em outras atividades, chamaram minha atenção também as interações no âmbito da *Assembleia*. A Assembleia é uma atividade semanal, administrada por alguns técnicos, em que todos os usuários são convidados a participar. A finalidade formal desta atividade é discutir questões relacionadas ao cotidiano do CAPS, isto é, são dados informes que são de interesse de todos, e há pautas sobre assuntos internos, como o cardápio das refeições, e assuntos externos, como os benefícios previdenciários que os usuários recebem.

A primeira vez que fui à Assembleia foi significativo para mim: a reunião começou com informativos, mas logo surgiram algumas reclamações sobre as refeições. A pauta do dia foi sobre o Ato da Luta Antimanicomial e essa pauta gerou uma discussão sobre o tema da loucura. Um usuário falou que não gostava de ser chamado de louco e que, em sua opinião, não havia mais preconceito com negros e homossexuais, então também não deveria mais haver com “doentes mentais”, como ele disse. Um segundo usuário contou que não se importava em ser chamado de louco. Em seguida, outro usuário perguntou como havia sido o Ato no ano anterior, falaram um pouco sobre como foi e o convidaram a participar, enfatizando a importância da participação.

Aos poucos, passei a me sentir consideravelmente confortável entre eles. Até mesmo me questionei diversas vezes sobre o enquadramento destas pessoas na categoria de *portadores de transtornos mentais*. Segundo Goffman (2010), ao fazer parte do cotidiano de um grupo que

se estuda, podem-se verificar ações que fazem sentido para os que as praticam, isto é, há racionalidade e normalidade, mesmo em grupos que são comumente desacreditados pela sociedade de que fazem parte, como é caso dos que possuem transtornos mentais.

1.2.2 Cenário e atores

A unidade do CAPS pesquisada está localizada na cidade de São Paulo, atende exclusivamente adultos e, sendo do tipo III, permanece aberta 24 horas por dia, todos os dias da semana. A unidade atende atualmente cerca de 300 pacientes, aproximadamente 50 usuários no período diurno, pois a frequência de atendimento de cada indivíduo varia conforme a indicação de tratamento para cada caso; e a unidade possui uma equipe técnica multiprofissional de cerca de 50 pessoas em revezamento, sendo cerca de 15 técnicos por turno. Porém, é importante enfatizar que os usuários utilizam a instituição no período noturno e nos finais de semana somente quando a equipe julga necessário. Portanto, o maior número de usuários se concentra na instituição durante o período diurno e de segunda a sexta-feira e, por consequência, também a equipe presente neste período é maior.

Esta unidade do CAPS foi escolhida para a pesquisa devido à possibilidade de acesso, por se tratar de um CAPS do tipo III, isto é, possuir uma gama mais ampla de serviços e por possibilitar aprofundamento da pesquisa de Iniciação Científica. Ainda, esta unidade não parece destoar de outras unidades do CAPS, isto é, pode ser considerada como uma unidade típica do CAPS⁶.

⁶ Os técnicos da unidade informam que a qualidade de serviço prestado pode variar de uma unidade para outra, embora o modelo CAPS seja o mesmo. Acredita-se que isso ocorra tanto devido a recursos públicos que são distribuídos de forma diferenciada, quanto ao nível de ativismo na luta antimanicomial por parte dos técnicos, que varia de uma unidade para outra. Além disso, segundo testemunhos, há diversos CAPS que ainda funcionam “dentro de uma lógica manicomial”.

A respeito do espaço físico, a unidade conta com diversos ambientes: estacionamento, recepção, banheiros para funcionários, banheiros para usuários, sala da equipe administrativa, sala da equipe técnica, cozinha, refeitório, sala das funcionárias da limpeza, lavanderia, sala de artes, sala de estar (com televisão e sofás), sala de recreação (com alguns jogos, livros e colchonetes), sala dos estagiários e residentes, sala da enfermagem, dormitório masculino (com três camas), dormitório feminino (com três camas), farmácia, almoxarifado e salas de consultórios (que são utilizadas para consultas e reuniões). Do lado de fora e no centro do estabelecimento há grama e algumas árvores com bancos por perto. Há sofás nos corredores e cadeiras de plástico nas salas de consultórios.

A instituição possui dois grupos principais: os funcionários e os usuários. Os funcionários são subdivididos em equipes: administrativa, técnica, de limpeza, da cozinha, dos seguranças e o coordenador da unidade. A maioria dos funcionários são contratados de uma Organização Social de Saúde (OSS)⁷, como é o caso também de diversos outros órgãos públicos da saúde. Por uma questão de acesso e por serem os que mais interagem com os usuários, minhas observações e interações foram focadas na equipe técnica e nos usuários.

Faz parte do objetivo oficial do CAPS contar com diferentes especialidades em saúde mental para lidar com transtornos mentais, portanto, a equipe técnica é composta de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. O coordenador da unidade possui duas funções: psiquiatra e gestor da unidade.

Quanto à classificação dos usuários, cada usuário é classificado de acordo com um ou mais CID (Classificação Internacional de Doenças) e embora os usuários e os profissionais conheçam os códigos e os nomes das doenças mais comuns, estes termos não são muito

⁷ Uma Organização Social é uma qualificação que uma entidade privada, sem fins lucrativos, pode possuir. As Organizações Sociais de Saúde (OSS) possuem uma parceria com o governo do Estado de São Paulo para gestão de unidades de saúde.

utilizados. Apesar de bastante incomum, acontece de um usuário perguntar para outro: “Qual é seu CID? O meu é ...” (Trecho do caderno de campo).

1.3 Problema e objeto de pesquisa

Vários sociólogos refletiram sobre como a sociologia poderia colaborar com o tema da saúde mental e sua institucionalização. Na opinião de Whitaker, o enfoque sociológico é útil porque a doença mental tem se tornado, cada vez mais, um problema social. O papel do sociólogo seria “muito mais o de tentar compreender as dificuldades que a suposta racionalidade do sistema sociocultural opõe à integração de alguns indivíduos e, situando essas dificuldades, fornecer propostas no sentido explicativo e preventivo, jamais terapêutico” (Whitaker, 1992, p. 182). A sociologia estuda o componente social da doença mental, isto é, como os atores sociais lidam com a doença mental: “A sociologia, portanto, não estuda a doença mental, mas a relação dos atores com a doença mental, ou seja, a conduta deles diante da desordem mental” (Hirano, 1992, p. 289).

Segundo Souza (1999), há duas vertentes principais nas Ciências Sociais que exploraram o tema: de um lado, a antipsiquiatria, a teoria da rotulação e o pensamento de Erving Goffman, e de outro, o de Michel Foucault. Há também outros focos sociológicos de análise, como racionalidades leigas, cidadania, gênero ou a contrarreforma psiquiátrica⁸, e de áreas correlatas que analisam questões como a hospitalização psiquiátrica atual de crianças e adolescentes, a medicalização da vida ou a psiquiatrização da instituição CAPS⁹. É também possível trabalhar o tema pela via da gestão de populações consideradas em situação de risco¹⁰. Em outras áreas, muitas pesquisas recentes a respeito das doenças mentais e sua

⁸ Cf. Alves (2008), Santos (2008), entre outros.

⁹ Cf. Blikstein (2012), Aguiar (2003), Prado Filho e Lemos (2012), entre outros.

¹⁰ Cf. Foucault (2008b), entre outros.

institucionalização focam em questões como: empoderamento do indivíduo, a questão familiar, políticas públicas ou condições de trabalho adequadas¹¹.

No caso desta pesquisa, objetiva-se verificar como se dá a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários em uma unidade do CAPS a partir das interações sociais que acontecem na instituição. Goffman (2010) entende que os ajustamentos primários são adequações do indivíduo à instituição e também da instituição em relação ao indivíduo; e os ajustamentos secundários são práticas do indivíduo com o objetivo de conseguir coisas que são proibidas na instituição ou que são permitidas, mas por meios proibidos.

Por via da Reforma Psiquiátrica brasileira, foi aceita a reivindicação de que indivíduos considerados *portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes* precisavam de atenção psicossocial, mas que fosse mais humanitária, isto é, que respeitasse os direitos humanos destes indivíduos, ao contrário do que costumava acontecer em hospitais psiquiátricos.

Na unidade pesquisada, chama atenção o ativismo por parte dos técnicos que ali trabalham, pela defesa de melhores condições no que concerne ao tratamento à saúde mental no país. No entanto, a pesquisa não busca criticar ou defender a existência da instituição CAPS e nem minimizar a importância de um tratamento psicossocial que respeite os direitos humanos dos indivíduos.

Partindo do pressuposto de que a sociedade busca controlar seus desviantes para manter a ordem social, uma vez que estes indivíduos podem ser considerados perigosos, imprevisíveis e predispostos à atos insanos, a pesquisa se propõe a demonstrar que, também em instituições não totais que buscam respeitar os direitos humanos, como o CAPS, há controle social e, por consequência, resistência. O controle social imposto pela instituição – representada pela equipe

¹¹ Cf. Martins (2013), Marini (2012), entre outros.

no seu cotidiano – gera por parte dos usuários a necessidade de defender seu *self* destas violações, ainda que possam ser consideradas mais sutis, em comparação com a realidade de um hospital psiquiátrico, por meio dos ajustamentos secundários.

Assim, considerando a instituição CAPS como uma instituição não total que busca respeitar os direitos humanos, a pesquisa quer saber: como a instituição CAPS se diferencia de uma instituição total e o que essa mudança produz e, especificamente, de que forma se dá, na instituição, a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários?

Embora a instituição CAPS não seja uma instituição total, é possível estudar a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários, pois Goffman (2010) afirma que esses conceitos não são exclusivos da instituição total. A pesquisa procura compreender como a instituição CAPS lida com os ajustamentos primários e secundários, e como se dá a participação dos usuários na instituição.

Acredita-se que a fronteira entre os ajustamentos primários e secundários se tornou mais conflitiva e que esta questão foi reformulada devido à participação dos usuários na instituição, pois a instituição é levada a constantemente fazer acordos com os usuários para manter o controle social. Considera-se que os espaços de participação no CAPS possam ser também espaços de *negociação* e de *construção disciplinar* (Goffman, 2010; Foucault, 1999b).

1.4 Metodologia e procedimentos de pesquisa

Utiliza-se a técnica de *observação participante* (Whyte, 2005) para estudar as *interações sociais* que acontecem dentro da instituição CAPS pesquisada com foco na *definição da situação* (Goffman, 2013), e a técnica de *análise documental* (Cellard, 2008),

especificamente, a *análise do discurso*¹² (Foucault, 2008a), no sentido do caráter *performativo* do discurso, para analisar fontes documentais produzidas pelo Ministério da Saúde a respeito dos CAPS e os discursos informais existentes na instituição.

Entende-se que a observação participante é a técnica mais adequada para o foco nas interações sociais por permitir a observação e a participação nas interações sociais, e possibilitar a complementação de dados a partir de entrevistas não-estruturadas, para checar as informações percebidas nas participações e nas observações das interações sociais. A análise documental permite avaliar a documentação produzida pelo Ministério da Saúde a respeito dos CAPS, pois estas produções escritas são as diretrizes a serem utilizadas pelas unidades do CAPS.

Por um lado, a partir da observação participante nas interações sociais da instituição é possível verificar os ajustamentos primários e secundários e, por outro lado, os documentos mostram o que é explícito na instituição – ajustamentos primários –, isto é, para saber o que contornar – ajustamentos secundários – é necessário também analisar os documentos que servem como diretrizes para o funcionamento da instituição.

A análise documental e a observação participante permitem verificar os objetivos oficiais e a forma como a instituição funciona, isto é, o trabalho da equipe acontece entre o objetivo oficial da instituição e o que ela realmente faz. Segundo Becker (1994), deve-se considerar que os propósitos de uma organização vão além do que ela reconhece como sendo seus propósitos e, independentemente de quais eles sejam, nenhuma organização consegue alcançá-los plenamente.

¹² Nesta pesquisa, a noção de *análise do discurso* não é considerada como no campo da linguística, mas sim dentro da reflexão proposta por Michel Foucault (1999a; 2008a).

1.4.1 Observação participante e definição da situação

Para Whyte (2005), a observação participante consiste em acompanhar da forma mais próxima e sistemática possível o contexto cotidiano dos sujeitos estudados com o objetivo de recuperar a visão que os próprios sujeitos possuem do âmbito social em estudo. As características da observação participante implicam no acompanhamento do cotidiano das atividades do grupo estudado, sem basear-se em parâmetros previamente padronizados, mais próximos da pesquisa etnográfica. Segundo Becker (1994), o observador deve ficar especialmente atento para questões consideradas pelo grupo ou instituição estudada, como conflitos ou problemas, para melhor compreender o funcionamento da instituição.

Goffman considera que ao estudar uma instituição é importante observar seus padrões de decoro. Decoro é o “modo como o ator se comporta enquanto está ao alcance visual ou auditivo da plateia, mas não necessariamente empenhado em conversar com ela” (Goffman, 2013, p. 121). Segundo Goffman, toda instituição lida com problemas decorrentes do descontrole dos bastidores: “parece que nenhuma instituição social pode ser estudada sem que surjam problemas relativos ao controle dos bastidores” (Goffman, 2013, p. 135).

Whyte (2005) comenta que é preciso colocar em contexto o que é observado e uma maneira de fazer isso é por meio de entrevistas. A observação participante pressupõe interação entre observador e observados e, embora a entrevista seja uma técnica de pesquisa específica, é possível, como parte da interação na observação participante, conversar com os observados também os entrevistando, ainda que se trate de entrevistas informais (Becker, 1994). Também Tim May afirma que “a observação participante emprega a técnica de entrevista não-estruturada como uma parte rotineira da sua prática” (May, 2004, p. 187). A entrevista focalizada ou não-estruturada oferece mais liberdade para a pessoa entrevistada, embora dentro de um tópico

conduzido pelo entrevistador; é uma técnica que se preocupa mais com a flexibilidade do que com a padronização (May, 2004).

Quanto à análise das observações, Becker sugere quatro estágios. O primeiro seria: “seleção e definição de problemas, conceitos e índices”, em que se busca desenvolver hipóteses sobre problemas. O segundo, “controle da frequência e da distribuição de fenômenos”, isto é, encontrar regularidades. O terceiro, “construção de modelos de sistemas sociais”, em que descobertas em campo podem ser generalizadas para se construir sistemas sociais. E por último, há a apresentação dos resultados em que há “re Checagem” e “reconstrução dos modelos” (Becker, 1994).

Embora esta pesquisa faça uma análise institucional, importa como um todo a reflexão de Goffman sobre as interações sociais, uma vez que o foco da observação participante é nas interações. Goffman define a interação face a face como: “a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros, quando em presença física imediata” (Goffman, 2013, p. 28) e considera que boa parte do “comportamento psicótico é, em primeira instância, uma falha em seguir as regras estabelecidas para a conduta da interação face a face”, é agir de modo impróprio em uma determinada situação (Goffman, 2011, p. 135). Assim, é deste ponto de vista que esta pesquisa considera as interações sociais na instituição CAPS.

Goffman compreende a *ordem interacional* como um domínio próprio, isto é, com regras próprias. (Goffman, 1983; 2013). Estas regras se preocupam em: “...como mostrar desatenção civil, [...] como praticar deferência e porte, como apresentar-se, como respeitar os territórios uns dos outros, [...] como mostrar uma quantidade adequada de envolvimento na situação”¹³, etc. (Jacobsen; Kristiansen, 2015, p. 63, tradução minha).

¹³ No original: “...how to show civil inattention, [...] how to practice deference and demeanor, how to present oneself, how to respect each other's territories, [...] how to show an appropriate amount of involvement in the situation”.

Para compreender as regras das interações sociais, Goffman (2013) utiliza metáforas. O autor emprega a *metáfora da dramaturgia* para tratar da *representação*, no sentido de *performance*, e considera que importa, tanto os comportamentos de *palco* quanto de *bastidores* das pessoas. Goffman define representação como: “toda atividade de um indivíduo que se passa num período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre estes alguma influência” (Goffman, 2013, p. 34).

Nos bastidores, o ator pode relaxar, não precisa se preocupar com sua *fachada*, pois nesse momento ele não está no palco. Os bastidores também servem para ensaiar a performance. Fachada “é o equipamento expressivo de tipo padronizado intencional ou inconscientemente empregado pelo indivíduo durante sua representação” (Goffman, 2013, p. 34). Assim, faz parte deste equipamento: posição social, gênero, vestimenta, entre outros. Além disso, com relação as regiões de fundo e de frente, é interessante verificar os momentos de transição de uma região para outra (Goffman, 2013; Jacobsen; Kristiansen, 2015).

Ao contrário, no palco, há o cuidado com a fachada e com o cenário, em prol de uma performance para a plateia. Goffman define plateia como: “aqueles que contribuem com os outros desempenhos” (Goffman, 2013, p. 28). A fachada objetiva *definir a situação* para quem observa a performance. Porém, não apenas no nível do indivíduo, isto é, do ator, mas também de forma coletiva, ou seja, da equipe. Goffman chama de equipe: “qualquer grupo de indivíduos que cooperem na encenação de uma rotina particular” (Goffman, 2013, p. 92). Toda equipe pode também ser considerada plateia, porém a equipe que controla o cenário possui mais controle sobre a performance como um todo.

Comumente, os atores que fazem parte da situação buscam uma *definição da situação*, mas esta tende a ser providenciada pela sociedade e não criada pelos atores: “ordinariamente, tudo o que eles fazem é avaliar corretamente o que a situação deveria ser para eles e então agir

de acordo” (Goffman, 2012b, p. 23). Embora os atores também negociem aspectos: “É verdade que negociamos pessoalmente certos aspectos de todos os arranjos nos quais vivemos, mas frequentemente, uma vez negociados esses aspectos, prosseguimos mecanicamente como se a situação estivesse resolvida desde sempre” (Goffman, 2012b, p. 23).

Além disso, as definições da situação existem em acordo com os quadros. Quadros são: “os princípios de organização que governam os acontecimentos – pelo menos os sociais – e nosso envolvimento subjetivo neles” (Goffman, 2012b, p. 34). A noção de quadro não está relacionada com a “estrutura da vida social”, que diz respeito à macrossociologia, mas com a “estrutura da experiência” dos indivíduos (Goffman, 2012b, p. 37).

Atores na presença uns dos outros procuram por sinais que ofereçam informações a respeito da outra pessoa e, ao mesmo tempo, buscam administrar os sinais que dão, de forma consciente ou não, a respeito de sua própria performance, isto é, o gerenciamento de impressões: “A expressividade do indivíduo (e, portanto, sua capacidade de dar impressão) parece envolver duas espécies radicalmente diferentes de atividade significativa: a expressão que ele transmite e a expressão que emite” (Goffman, 2013, p. 14).

Os atores podem utilizar informações que possuem – de interações anteriores – ou deduzir informações – baseadas em estereótipos¹⁴, por exemplo – a respeito uns dos outros para ajudar a definir a situação e para saber o que esperar de cada ator em uma determinada situação. Nas interações sociais face a face, os atores sociais agem e interpretam as ações dos outros presentes. Faz-se necessário um consenso mínimo entre os atores presentes para evitar conflitos a respeito de definições da situação. Assim, é preciso que cada indivíduo desempenhe seus papéis sociais de forma consistente (Goffman, 2013; 2011).

¹⁴ Julgamentos a respeito da aparência e da conduta do ator sob exame.

Retornando ao foco institucional, especificamente para análise de uma instituição total, Goffman sugere: verificar o que a instituição faz, como é a experiência dos internos na instituição, quais são os discursos oficiais da instituição, distinguir os ajustamentos primários e secundários e, examinar os ajustamentos secundários em relação ao sistema semioficial efetivamente praticado na instituição ao invés do oficial (Goffman, 2010; Otero, 2017). Assim, é preciso observar “expressões faciais, postura corporal, comportamento geral”¹⁵ dos atores sociais, que são indicadores dos “estados internos”, além de verificar atitudes e crenças (Gronfein, 1999, p. 97-98, tradução minha.)

1.4.2 Análise documental e análise do discurso

Quanto à análise documental, por um lado, ela não depende apenas da memória das pessoas e também diminui a influência do pesquisador devido à sua presença no campo pelas interações sociais. Por outro lado, o pesquisador não tem como pedir mais detalhes ou explicações para o documento, como pode fazer a uma pessoa. De qualquer forma, o pesquisador precisa checar a representatividade do documento e considerar o contexto social em que foi produzido, por quem ele foi criado e para quem foi destinado (Cellard, 2008).

A pesquisa documental pode ser utilizada em conjunto com as observações para contextualizá-las e, também, os documentos são utilizados pelos atores, uma vez que o conteúdo desses documentos faz parte do discurso dos atores sociais. A pesquisa documental “tem a capacidade de situar os relatos contemporâneos em um contexto histórico. Também permite fazer comparações entre as interpretações dos eventos feitas pelo observador e aquelas registradas nos documentos relacionados aos mesmos” (May, 2004, p. 205).

¹⁵ No original: “facial expression, bodily posture, general demeanour”.

Da mesma forma que a análise das observações, através da análise documental, busca-se encontrar e interpretar padrões, chegando-se a categorias. Além disso, os documentos, assim como o pesquisador no campo, precisam ser situados. Tim May sugere três estágios para análise de conteúdo de documentos: “estabelecer o problema de pesquisa, recuperar o texto e empregar métodos de amostragem, interpretação e análise” (May, 2004, p. 222). O documento informa sobre algo, mas é também resultado de práticas sociais e gerador de outras práticas, pois há diversos usos possíveis para o documento (Foucault, 2008a).

Com relação aos discursos, Foucault os considera como práticas que possuem regras e produzem efeitos de saber e de poder. O autor fala da “realidade material” do discurso e como isso gera “inquietação”, pois o discurso e sua proliferação são considerados perigosos. A produção do discurso é “controlada, selecionada, organizada e redistribuída” (Foucault, 1999a, p. 9) por procedimentos externos e internos.

Os procedimentos externos ou de exclusão são: a palavra interdita, pois não é qualquer um que pode falar, não se pode falar sobre qualquer coisa e nem em qualquer lugar; a segregação da loucura, já que o discurso do louco não é considerado como o das outras pessoas; e a oposição entre verdadeiro e falso ou “vontade de verdade”, pois a sociedade valoriza o que é entendido como discurso verdadeiro. Foucault diz que cada sociedade possui uma relação entre verdade e discurso, isto é, quais discursos são considerados verdadeiros e quais são sancionados, quem decide o que é considerado como verdadeiro e por quais procedimentos (Foucault, 2012b).

Os procedimentos internos ao discurso são: o comentário, em que discursos novos são criados ou os já existentes são repetidos ou silenciados; o autor, noção que oferece identidade e unidade aos discursos; e a disciplina, que é um princípio de controle do discurso por meio de regras, técnicas, etc. (Foucault, 1999a).

O discurso conta também com princípios de seleção: o ritual, que diz respeito ao processo ritualístico que acompanha o discurso, como a forma de se comportar, os gestos e a fala, como em discursos religiosos, jurídicos ou políticos; as sociedades de discurso, que diz respeito a produção, distribuição e manutenção de regras específicas, como por exemplo, em discursos judiciários ou religiosos; os grupos doutrinários, por exemplo os discursos religiosos, políticos ou jurídicos, pois estes existem dentro de doutrinas específicas; e o sistema de educação como apropriação de discursos (Foucault, 1999a).

O autor também discorre a respeito dos princípios metodológicos: inversão, que se trata de examinar a rarefação do discurso, isto é, mostrar como se dá a diminuição do discurso ao invés de sua multiplicação através dos elementos de: a vontade de verdade, a disciplina e a função do autor; descontinuidade, isto é, tratar os discursos como práticas descontínuas; especificidade, no sentido de que o discurso não tem um significado prévio; e exterioridade, pois não há nada escondido no discurso (Foucault, 1999a).

E Foucault (1999a) trata de quatro noções para análise do discurso: o acontecimento, pois o discurso é produzido de forma aleatória; a série, já que não há continuidade; a regularidade, o que significa que um acontecimento pode ser original ou vinculado a outro; e a condição de possibilidade, no sentido de que não há um significado central no discurso.

Foucault (2008a) entende a arqueologia e, posteriormente, a genealogia como procedimentos para lidar com os discursos. Não se trata de uma análise histórica linear que procura conhecer a origem e o fim, mas sim compreender como um discurso se formou e se cristalizou, isto é, tornou-se legitimado dentro de um determinado campo de saber e como produz novos discursos.

Por isso, Foucault (2008a) não hierarquiza os discursos, mas considera todos importantes para análise, por exemplo, o que é produzido pela mídia, por um especialista de um

determinado campo de saber, por leigos, entre outros, isto é, importa conhecer também os documentos que são comumente desconsiderados pela sociedade. Foucault propõe “novos recortes cronológicos” e escolhe “analisar documentos e arquivos considerados até então como secundários (Bert, 2013, p. 64).

Para Foucault (2008a) não importa o conteúdo, mas a forma do discurso; e, o autor questiona: quem fala, de onde fala, por que fala e para quem fala, isto é, quais são as condições e os objetivos de produção do discurso. Da mesma forma, para Goffman importa menos o conteúdo e mais a forma das interações sociais, por isso o autor também levanta questões sobre a forma das *impropriedades situacionais*, isto é, o que é ou não considerado impróprio em uma situação varia e importa menos do que *o que é dito* ou *feito*, do que *quem* diz ou faz, *onde*, *quando* e *para quem* (Goffman, 2011; Gronfein, 1999). Goffman afirma: “Eu não dou quase nenhum peso ao que as pessoas dizem, mas eu tento triangular o que elas estão dizendo com os eventos”¹⁶ (Goffman, 1989, p. 131, tradução minha).

Foucault procura verificar quais enunciados permanecem e quais desaparecem; e quais discursos são considerados como verdadeiros ou falsos. O autor define enunciado como a “unidade elementar do discurso” (Foucault, 2008a, p. 90), são coisas ditas, nem verdadeiras, nem falsas e, se caracterizam por sua “materialidade repetível” (Foucault, 2008a, p. 115). Analisa-se acontecimentos e não fatos: “um enunciado é sempre um acontecimento que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente” (Foucault, 2008a, p. 31). Assim, o que é dito e não dito, o que é feito e não feito possuem efeitos, não devido ao conteúdo, mas à forma.

Segundo Foucault, o discurso produz efeitos de verdade e de poder. Assim, importa para o autor não só a arqueologia do saber, mas também, a genealogia do poder. Discurso é prática,

¹⁶ No original: “I don't give hardly any weight to what people say, but I try to triangulate what they're saying with events”.

portanto, discurso pode ser fala, escrita, imagem, entre outros; e no caso da genealogia como procedimento, o autor foca sua análise nas tecnologias de poder. Bem como, interessa saber como o poder circula e como se dá a resistência (Foucault, 1999b).

Além disso, posteriormente, o autor se concentra em outro tipo de poder, o biopoder, para analisar a questão da condução de condutas de indivíduos e possibilidades de ação de uns sobre outros: “nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas [...] ou coletividades” (Foucault, 2008b, p. 164). Para o autor, a condução de condutas também se relaciona com a produção discursiva.

1.5 Diálogos entre Erving Goffman e Michel Foucault e o conceito de instituição

Esta pesquisa faz uso, sobretudo, dos trabalhos de Erving Goffman e de Michel Foucault. Há uma preocupação sobre como dialogar com ambas produções na mesma pesquisa, isto é, relacionar discursos e interações sociais ou relações de poder e ajustamentos primários e secundários. Acredito que seja possível aproximar os conceitos desses autores, tanto do ponto de vista teórico, quanto do ponto de vista metodológico. Por consequência, trata-se de uma reflexão sobre aproximações entre os níveis micro e macrosociológico e sobre o quanto uma análise de foco institucional, como é caso, e o uso de conceitos como o de instituição total ainda podem ser relevantes.

Primeiramente, enfatizo que a utilização dos autores e seus pensamentos se dá como *caixas de ferramentas*, isto é, há diversos usos possíveis para os conceitos dos autores, portanto esses podem ser utilizados conforme são válidos para a reflexão intencionada (Foucault, 2012b). Além disso, as ideias dos autores precisam ser refletidas e não mecanicamente transpostas para a realidade atual do Brasil, por exemplo, é importante referir-se a sociedades

disciplinares no plural, ao invés do singular, por entender que há diversas realidades sociais (Alvarez, 2015).

De modo geral, Erving Goffman é reconhecido por uma abordagem mais microsociológica e por se interessar pela ordem interacional, pelas interações entre indivíduos e entre indivíduos e instituições, tendo por referência a definição da situação e os quadros. Enquanto Michel Foucault utiliza uma abordagem mais macrosociológica para estudar as relações de poder que atravessam instituições e são observadas através dos discursos.

Por um lado, verifica-se que os dois autores se concentram de forma diferenciada no papel institucional. Goffman destaca a ruptura que acontece ao se entrar em uma instituição total, enquanto Foucault está mais interessado no quanto o poder atravessa instituições. Ao invés de se concentrar na análise de uma instituição e suas funções, Foucault defende a análise das tecnologias de poder para além da instituição e a análise microfísica das formas de poder de uma instituição. Para Foucault, o poder não fica restrito às instituições, mas as ultrapassam: “as instituições não são espaços exclusivos de exercícios do poder, mas sim espaços atravessados por tecnologias de poder cuja aplicação não está restrita aos muros institucionais nem às práticas de confinamento” (Lemos; Cardoso Junior; Alvarez, 2013, p. 101).

Por outro lado, há uma aproximação plausível entre interações sociais e discursos. As interações sociais são também estruturadas por discursos que, por sua vez, funcionam como sistemas de classificação. Goffman foca na performance dos indivíduos na interação face a face, enquanto Foucault enfatiza que há um caráter performativo no discurso. Além disso, os enunciados costumam produzir performances e possibilitar interações e, não apenas face a face. Assim, pode-se considerar que o discurso é uma forma de definição da situação.

Segundo Dorothy Smith (1993), Goffman entende que a doença mental pode ser socialmente construída e que importa a definição da situação. A autora indica que também o

texto pode ser utilizado como autoridade para o mesmo fim quando analisa o caso “K is mentally ill” e mostra, por exemplo, que a opinião da própria K é desconsiderada ou, mesmo, que outras formas de analisar a questão da doença mental de K são excluídas. Trata-se de um discurso sobre a experiência que se pressupõe real e sua legitimidade não é questionada, portanto, há aqui um ponto em comum com Foucault. Logo, o discurso pode ser utilizado igualmente para interpretar as interações sociais.

No entanto, Busfield sugere que haja ponderação na utilização da noção de construção social pelos sociólogos para se referir aos transtornos mentais, pois esta noção pode sugerir que a doença mental é apenas uma categoria social, isto é, não existir na realidade, pressupondo que esta ideia “rejeita a realidade da dor, dificuldade e sofrimento envolvidos nos transtornos mentais”¹⁷ (Busfield, 2000, p. 547, tradução minha).

Outro ponto muito importante é a crítica feita aos interacionistas simbólicos, que afirma que eles se limitam ao microsocial, e que, portanto, abstêm-se de questões como o poder¹⁸. Especificamente, Goffman é criticado principalmente por dois pontos: concentrar-se em assuntos considerados triviais, isto é, da vida cotidiana e utilizar metáforas – da dramaturgia, do ritual, do jogo e do quadro – para descrever e analisar as interações sociais, ou seja: “o estudo da interação face a face, em situações cotidianas comuns através de lentes metafóricas”¹⁹ (Jacobsen; Kristiansen, 2015, p. 54, tradução minha).

Williams discorda que Goffman desconsidera o macrossocial, pois acredita que o trabalho do autor “é uma tentativa de conectar situações e estruturas”²⁰ (Williams, 1986, p. 351, tradução minha). Na visão de Williams (1986), Goffman diz que é possível a sustentação da interação social porque a sociedade e suas regras estão nos encontros cotidianos das pessoas.

¹⁷ No original: “rejects the reality of the pain, difficulty and suffering involved in mental disorder”.

¹⁸ Cf. Giddens (2009), entre outros.

¹⁹ No original: “the study of face-to-face interaction, in ordinary everyday settings through metaphorical lenses”.

²⁰ No original: “is an attempt to bridge situations and structure”.

Os interacionistas simbólicos podem estudar fenômenos sociais tais como poder e estrutura social e, de fato, o fazem, dentro da abordagem em questão, isto é, “mostrando como eles são gerados e reproduzidos interacionalmente”²¹ (Dennis; Martin, 2005, p. 204, tradução minha).

Segundo Jacobsen e Kristiansen (2015), Goffman não negava e, mesmo, enfatizava a existência da estrutura social, sobretudo em seus últimos trabalhos, como com a noção de *quadro*, que se relaciona com a noção de definição da situação, mas não se parte da posição do indivíduo, pois quadro é entendido como um mecanismo que restringe o comportamento dos indivíduos, embora mudanças nos quadros sejam possíveis: “A sociologia de Goffman trata das relações entre indivíduos e estruturas sociais à medida que se mostram nas micro normas e nos rituais na vida cotidiana”²² (Jacobsen; Kristiansen, 2015, p. 87, tradução minha).

Também Berger acredita que com o trabalho de Goffman, sobretudo com a noção de quadro, é possível conectar microssociologia e macrossociologia e, afirma: “... preferimos considerar as relações face a face como um dos últimos redutos de calor humano num inverno burocrático. Sob as lentes de Goffman, vemos uma micropolítica tão implacavelmente e tão otimisticamente encenada quanto a diplomacia internacional” (Berger, 2012, p. 22).

Burns considera que tanto Foucault quanto Goffman trataram do exercício do poder e entende que Foucault continuou no nível macro a questão trabalhada por Goffman da imposição de uma identidade por instituições: “É quase como se Foucault tivesse adotado a interpretação de Goffman sobre o processo pelo qual as organizações impõem uma identidade apropriada aos

²¹ No original: “showing how they are generated and reproduced interactionally”.

²² No original: “Goffman's sociology deals with relations between individuals and social structures as they show themselves in the micro norms and rituals in everyday life”.

seus membros e a tenha expandido para uma tese mais ampla de como o poder político é exercido na sociedade moderna”²³ (Burns, 1992, p. 160, tradução minha).

O autor também aproxima a noção de carreira moral de Goffman com a de normalização de Foucault, pois considera que a carreira moral de um paciente pode ser entendida como resultado de “testar as forças de normalização para além de seus limites de tolerância”, sendo a normalização entendida no sentido de “a pressão para se conformar a normas sociais”²⁴ (Burns, 1992, p. 165, tradução minha).

Hacking (2004) acredita que ambos autores se interessam, de alguma forma, pelas questões de: discurso, circuito ou *looping*, doença mental e sua institucionalização. Além disso, Goffman e Foucault afirmam a existência do controle social, porém não deixam de enfatizar que onde há controle, há também resistência, que estão nas “fendas” do sistema disciplinar (Goffman, 2010; Foucault, 1999b). Otero (2017) também aproxima o submundo da instituição total de Goffman à noção de ilegalismos de Foucault.

Segundo Benelli e Costa-Rosa (2003), apesar das especificidades, é no detalhe que as análises de Foucault e Goffman se encontram. Foucault fala da microfísica do poder, isto é, do poder que se dá pelo detalhe na disciplina do corpo; enquanto Goffman faz uma “observação minuciosa do detalhe” dentro de uma instituição total (Benelli; Costa-Rosa, 2003, p. 36).

Também Hancock e Garner (2011) traçam paralelos entre algumas noções de Foucault e Goffman. De um lado, noções utilizadas por Foucault: poder disciplinar, microfísica do poder, efeito panóptico, governamentalidade e biopoder; e de outro, noções utilizadas por Goffman: quadro, contenção do caos, circuito e a ordem normativa.

²³ No original: “It is almost as if Foucault had taken up Goffman’s interpretation of the process by which organisations impose an appropriate identity on their members and expanded it into a much wider thesis about how political power is exerted in modern society”.

²⁴ No original: “[to] test the forces of normalization beyond their limits of tolerance”; “the pressure to conform to social norms”.

Goffman afirma que o caos ou *havoc*²⁵, que pode perturbar a ordem social, precisa ser contido: “Havoc interessa aos sociólogos porque descreve a ruptura final das interações normativas e leva à dissolução de uma situação particular e, em última instância, à ordem social”²⁶ (Hancock; Garner, 2011, p. 323, tradução minha).

Segundo Hancock e Garner (2011), há contenção do caos nos níveis micro e macro, isto é, um caos potencial a ser contido tanto nas relações entre indivíduos, quanto entre indivíduos e instituições: “onde há transgressão, geralmente há recuperação de volta à ordem normativa”²⁷ (Hancock; Garner, p. 326, tradução minha). Os autores também relacionam a noção de quadro de Goffman com a noção de poder disciplinar de Foucault, pois ambas noções podem ser consideradas produtivas e repressivas. Há também um processo de vigilância que se torna autovigilância e autocontrole através do efeito panóptico e do circuito.

Ainda de acordo com Hancock e Garner, através do conceito de filosofia de contenção, é possível pensar problemas de níveis macro, micro e *meso*: “A filosofia de contenção de Goffman nos permite pensar simultaneamente sobre a ocorrência de caos, problemas macro, práticas de nível meso das instituições e do estado, e micro práticas de controle que estão ligadas entre si em todas as sociedades ...”²⁸ (Hancock; Garner, 2011, p. 338, tradução minha).

Além das questões de níveis micro e macrossocial e as aproximações conceituais entre Goffman e Foucault tratadas acima, para fins desta pesquisa é preciso discutir especificamente a noção de instituição total e, antes disso, a noção de instituição. Na opinião de Otero, a sociologia escolheu a noção de instituição para compreender os fatos sociais designados por

²⁵ A palavra *havoc* é de difícil tradução, porém é possível pensar nas palavras “destruição” ou “caos” como tentativas de aproximação ao termo original.

²⁶ No original: “Havoc concerns sociologists because it describes the final breakdown of normative interactions and leads to the dissolution of a particular situation and ultimately the social order”.

²⁷ No original: “where there is transgression, there is usually recuperation back into the normative order”.

²⁸ No original: “Goffman’s philosophy of containment allows us to think simultaneously about the occurrence of havoc, macro problems, meso level practices of institutions and the state, and micro practices of control that are linked to each other in all societies...”.

Durkheim: “Qual ‘palavra especial’ é mais adequada para se referir aos fatos sociais que são o objeto específico da sociologia? Os autores escolhem a palavra ‘instituição’”²⁹ (Otero, 2017, p. 226, tradução minha).

As instituições são ao mesmo tempo consistentes e dinâmicas e uma nova instituição se apoia em outras instituições já existentes. A noção de instituição pode ser utilizada para analisar outros fenômenos sociais e pode ser um objeto específico de estudo, mas é preciso levar em consideração o meio social com o qual a instituição se relaciona (Otero, 2017).

Já o conceito de instituição total é utilizado por Goffman (2010) para se referir a instituições fechadas, isto é: 1) em um mesmo local indivíduos dormem, trabalham e se divertem; 2) há uma barreira entre os indivíduos e o mundo externo e 3) há uma divisão entre um grupo maior – internos – e um grupo menor – equipe.

Sobretudo a partir dos anos 1960 começou uma onda crítica às instituições fechadas ou totais e a partir de então surgiu a noção de *desinstitucionalização* e foram realizadas reformas psiquiátricas com o objetivo de não apenas reformar instituições consideradas inapropriadas, mas também possibilitar a desinstitucionalização (Amarante, 2010).

Na opinião de Prado Filho e Lemos (2012), a reforma psiquiátrica brasileira é mais um processo de desospitalização do que de desinstitucionalização. Mais ainda, trata-se de um processo de desospitalização incompleto, uma vez que ainda há hospitais psiquiátricos. Os autores acreditam também que os CAPS possam passar por um processo de psiquiatrização.

Segundo Otero (2017), enquanto Goffman foca na instituição em si e em seu funcionamento, Foucault se concentra nos discursos científicos e morais sem os quais a instituição não pode existir. As alternativas à instituição, seja psiquiátrica ou carcerária, só

²⁹ No original: « Quel ‘mot spécial’ convient le mieux pour désigner les faits sociaux qui sont l’objet spécifique de la sociologie ? Les auteurs choisissent le mot ‘institution’ ».

garantem que as mesmas funções continuem na comunidade. Assim: “A institucionalização e a desinstitucionalização, longe de se oporem, constituem duas formas históricas da instituição”³⁰ (Otero, 2017, p. 240, tradução minha).

Goffman (1969) também se concentra na questão da loucura fora da instituição. Em *The Insanity of place*, o foco de análise do autor não é mais a loucura e sua institucionalização, mas sua existência fora da instituição, isto é, na comunidade. A mudança de foco do autor foi um reflexo do que acontecia na sociedade. O autor se refere ao processo de desinstitucionalização como uma contenção na comunidade (Goffman, 1969; Gronfein, 1999). Estas mudanças afetam os atores sociais envolvidos e suas interações na comunidade: “...os problemas interacionais criados por pessoas com doença mental grave não são mais escondidos na relativa escuridão das ‘regiões de fundo’ [...] do asilo”³¹ (Gronfein, 1999, p. 85, tradução minha).

Goffman analisa três situações da loucura na comunidade: o esquizofrênico nas ruas, o paranoico no local de trabalho e o maníaco nas relações com a família. Após a desinstitucionalização, a família passa a ser mais requisitada pela própria instituição de saúde mental, e uma vez mais presente na vida dos portadores de transtornos mentais, ela passa a executar mais a função de vigilância. Com a presença dos portadores de transtornos mentais na sociedade, a vigilância passa a ser compartilhada e executada diferentemente por vários atores sociais (Goffman, 1969; Gronfein, 1999). No caso brasileiro, tanto a instituição CAPS quanto a família são importantes atores sociais de vigilância dos portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes.

Conforme informam tanto técnicos quanto usuários, o CAPS recebe indivíduos de diferentes backgrounds: alguns estiveram internados em hospitais psiquiátricos durante um

³⁰ No original: « L’institutionnalisation et la désinstitutionnalisation, loin de s’opposer, constituent deux formes historiques de l’institution ».

³¹ No original: “...the interactional problems created by persons with serious mental illness are no longer hidden in the relative darkness of the ‘back regions’ [...] of the asylum”.

longo período, mesmo décadas; outros por menos tempo, embora também tenham sido experiências traumatizantes; e outros, ainda, nunca foram internados em hospitais psiquiátricos. De qualquer forma, atualmente, há ainda pacientes que são encaminhados para clínicas psiquiátricas, especialmente durante crises.

Além disso, os usuários frequentam a instituição CAPS de modo voluntário, embora muitas vezes seja necessário insistência por parte da família, dos técnicos, etc. Ademais, é válido também mencionar que as instituições passam a contar com um número menor de pacientes em comparação com os hospitais psiquiátricos.

O processo de desinstitucionalização trouxe também a crítica de que o modelo da instituição total se tornou irrelevante para auxiliar em reflexões nas pesquisas. Porém, verifica-se que alguns aspectos da instituição total são reproduzidos após a desinstitucionalização, por isso Goffman sugere estratégias analíticas para verificar como o *self* de portadores de transtornos mentais continuam sob ataque. Não só na instituição total, mas também na comunidade, a auto expressão e a auto definição do *self* do indivíduo continuam limitadas por serem transformadas em reações sintomáticas pelos profissionais da área da saúde, familiares e sociedade em geral (Goffman, 1969; Gronfein, 1999).

Da mesma forma, Foucault considera que não se trata mais de um *grande confinamento* ou de controlar exclusivamente através das instituições disciplinares, mas de um controle “cada vez mais invisível e imperceptível” que passa a “invadir o conjunto do espaço social”; passa a existir um “encarceramento generalizado” que afeta a todos, tanto os que exercem o poder quanto os que são sujeitados a ele (Bert, 2013, p. 82; Foucault, 2012a; 1999b).

Na opinião de Cunha (2008), o conceito de instituição total pode limitar uma análise, uma vez que há fluxos possíveis entre uma instituição total e seu entorno que influenciam tanto a instituição total quanto o entorno. A autora utiliza o conceito de *instituição hiper-total* após

ter verificado empiricamente que uma prisão feminina fazia parte de um fluxo direto com famílias de presas e, de forma mais ampla, com o bairro, e tal influência era mútua, isto é, a instituição influenciava o entorno e vice-versa. Logo, uma análise que se focasse unicamente no que acontecesse dentro da instituição total deixaria de verificar outros fluxos presentes e essenciais para a compreensão da própria instituição.

No entanto, é essencial lembrar que o termo instituição total ou instituição fechada trata menos das influências externas em relação à instituição e “mais com o fato de que a pessoa precisa realizar todas as atividades do seu dia no mesmo espaço e de modo pouco determinado por ela” (Almeida, 2010, p. 63).

Ainda assim, a análise de uma instituição precisa levar também em consideração os vínculos com o entorno e com a sociedade mais ampla para não arriscar apenas reproduzir a realidade da própria instituição, como se fosse deslocada da sociedade. A forma de funcionamento das instituições totais e não totais se modificou, porém, elementos do poder disciplinar e da governamentalidade se fazem ainda presentes. Dessa forma, talvez não seja o caso de se falar de instituições pós-disciplinares, mas sim neodisciplinares (Godoi, 2017). Assim, as instituições e seu funcionamento estão relacionados a questões estruturantes para além do poder disciplinar, isto é, relacionados à compreensão do gerenciamento de condutas e às questões do biopoder e da governamentalidade (Foucault, 1999b, 2008b).

É possível analisar os fluxos dos quais uma instituição faz parte³², porém, também é válido, como é o caso desta pesquisa, focar-se nas interações entre atores sociais de uma instituição em prol de uma análise microssociológica, uma vez que este tipo de pesquisa também possibilita o conhecimento do mundo social, sobretudo, do escopo da ordem interacional (Goffman, 1983). Além disso, no caso desta pesquisa, leva-se em consideração não

³² Cf. Godoi (2017), entre outros.

apenas as interações sociais através da observação participante, mas também a análise documental, assim possibilitando verificar questões externas relacionadas à instituição.

O CAPS não é uma instituição total e a relação da instituição e seus atores sociais com o entorno e, mesmo, com a sociedade mais ampla, é cotidiana. Fora exceções, os usuários costumam frequentar a instituição no período diurno e durante a semana e, no período noturno e nos finais de semana, os usuários retornam a seus lares. Além disso, os usuários frequentam o bairro, onde está localizado a unidade do CAPS frequentada, e outros pontos da cidade, como incentivado pela própria equipe e, muitas vezes há saídas coletivas organizadas pela instituição.

Assim, esta pesquisa não ignora a relação dentro – fora, no sentido de dentro e fora da instituição, e apresenta dados desta relação, embora o foco principal da pesquisa seja as interações sociais que se passam dentro da instituição, ainda que ciente de que tais interações influenciam e são influenciadas pelo mundo fora da instituição.

Além disso, a pesquisa segue, conforme indicado por Goffman, o que desestabiliza a ordem. Neste caso, antes de considerar conceitos como ajustamentos secundários ou, mesmo, controle social, concentra-se nas regras da instituição e, também, nas quebras das regras ou conflitos. Goffman (2013) defende que uma maneira de conhecer as regras ou o que mantém a ordem social é a quebra de regras ou o que desestabiliza a ordem social: “Goffman frequentemente analisa as regras interacionais concentrando-se em sua violação”³³ (Gronfein, 1999, p. 84, tradução minha). Logo, a violação de regras institucionais informa sobre o funcionamento da instituição e sobre as interações dos atores sociais.

Como vemos, há diversas formas de aproximar as produções de Erving Goffman e de Michel Foucault, tanto do ponto de vista teórico quanto do metodológico. Assim, é possível e

³³ No original: “Goffman frequently analyses interactional rules by concentrating on their violation”.

útil fazer uso de ambas produções para refletir a respeito da temática e do problema desta pesquisa.

Com relação ao conceito de instituição total e a limitação institucional do escopo de análise, esses são aplicados nesta pesquisa como pontos de partida, pois como já foi visto, a instituição CAPS não pode ser considerada como uma instituição total e, além disso, leva-se em consideração o entorno e a sociedade mais ampla ao analisar a instituição em questão, embora o foco de análise permaneça sobretudo microsociológico.

2. Aprovação ética da pesquisa e discurso antimanicomial do CAPS

A primeira parte do capítulo trata do tema da ética na pesquisa, pois foi necessária a aprovação do presente estudo por um Comitê de Ética devido ao campo empírico em questão, isto é, uma unidade da instituição CAPS. Especificamente, discuto as Resoluções 466/12 e 510/16 e faço a descrição da tramitação do projeto de pesquisa por um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde, levando também em consideração os vínculos do voluntariado e da pesquisa de iniciação científica. Além disso, situo-me como pesquisadora e apresento, não apenas como se deu o acesso à instituição, mas também, uma vez conseguido o acesso, quais atividades foram abertas ou fechadas à observação e como se deram as interações com os atores sociais.

A segunda parte do capítulo analisa alguns documentos oficiais: *Lei 10.216, Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial, Manual de estrutura física dos CAPS e UA e Saúde mental em dados 12*; e alguns documentos informais: produções escritas de um blog e testemunhos de usuários e membros da equipe. Tratam-se de discursos formais e informais que informam sobre o funcionamento da instituição e seus atores sociais.

2.1 Situar a pesquisadora

Ao escrever um trabalho acadêmico que contempla uma análise empírica, como a observação participante, há uma expectativa de que a dissertação ofereça não apenas descrições empíricas e sua análise, mas também trechos do caderno de campo que proporcionem aos leitores uma proximidade com o campo de pesquisa.

Ao mesmo tempo, é importante que isto aconteça sem expor os atores sociais envolvidos, isto é, de forma a proteger suas identidades. Além disso, é preciso refletir sobre a

posição da pesquisadora no campo, isto é, como sua presença e seus atributos podem influenciar o trabalho de campo da pesquisa. Não se espera neutralidade por parte da pesquisadora, uma vez que isso é impossível e, mesmo, indesejável, porém intenciona-se o menor viés possível e uma postura ética. Assim, o sigilo a respeito da instituição e de seus atores, saber até que ponto e de que forma informar, foram desafios constantes da pesquisa.

No caso desta pesquisa, há regras éticas acadêmicas, bem como, regras éticas específicas ao campo. As regras do campo são de âmbito formal e informal, pois contemplam, além das interações com atores sociais no campo, um processo de aprovação por um comitê de ética. Assim, é preciso levar em conta tanto a esfera acadêmica quanto a do campo, isto é, respeitar as regras destes dois mundos.

Segundo Becker (1994), o pesquisador pode influenciar o campo através de questões como classe, raça, gênero, entre outros. Correntes sociológicas discutem se é possível ou mesmo desejável eliminar por completo a influência do observador em campo. No entanto, há algumas formas de garantir o menor viés possível. Uma delas é fazer muitas observações: “ao fazermos numerosas observações, nós nos vemos diante dos principais traços da atividade coletiva que estudamos de modo repetido e gritantemente explícito, de tal forma que é pouco provável que inconscientemente evitemos registrar algumas questões importantes” (Becker, 1994, p. 90-91). Além disso, o autor lembra que o observador pode utilizar suas próprias experiências como evidências, documentando e analisando como os observados reagem ao observador (Becker, 1994).

Há critérios para garantir a cientificidade da pesquisa: critério de validade interna, isto é, a verificação dos resultados de pesquisa; critério de validade externa, ou seja, o que é observado precisa ser considerado típico para ser generalizado; e, critério de confiabilidade, que permite que outros pesquisadores, fazendo o mesmo caminho, possam chegar às mesmas

conclusões. Esses critérios ajudam a garantir menos viés e mais objetividade, embora também haja valor na subjetividade, pois importam as experiências e as interpretações tanto do pesquisador quanto dos pesquisados (Laperrière, 2008). Assim, “A única coisa que podemos conhecer com certeza é como as pessoas interpretam o mundo ao seu redor” (May, 2004, p. 28). Além de ser importante que o caso defina o conceito e não o contrário (Becker, 2007).

Esta pesquisa apresenta interações com diferentes grupos: usuários de uma unidade CAPS, equipe de uma unidade CAPS, representantes de um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde e, pares da comunidade acadêmica. Públicos diferentes podem exigir abordagens diferentes ao se apresentar um mesmo assunto, uma vez que cada grupo tem seus próprios interesses e critérios.

Usuários, equipe e representantes do Comitê de Ética estavam cientes de que se tratava de uma pesquisa de mestrado em sociologia na Universidade de São Paulo. Porém, acredito que tenha sido rotulada diferentemente por cada grupo: como pesquisadora da área de humanas, pelos representantes do Comitê de Ética e pela equipe da unidade CAPS; e, pelos usuários, como estagiária³⁴, pois era um termo com o qual eles pareciam estar acostumados, uma vez que a instituição recebe pesquisadores e voluntários, mas sobretudo, estagiários.

No entanto, pelo que pude perceber, as características a meu respeito que mais pareceram influenciar o campo foram: 1) sou considerada “normal”, do ponto de vista da oposição normalidade – loucura; 2) sou da área de ciências humanas, logo, leiga na área da saúde e isso impediu acessos comuns à especialistas da área da saúde; 3) sou “estudada”, como

³⁴ Houve duas apresentações formais para explicar minha presença na unidade: uma para equipe, em uma “reunião de equipe” e outra para usuários, em uma reunião da Assembleia. No entanto, alguns usuários continuaram a perguntar se eu era estagiária. As primeiras vezes que isso aconteceu, eu expliquei que era voluntária e pesquisadora. Procurei também explicar um pouco sobre minha área de estudo, embora a maioria desconhecesse do que se tratava uma pós-graduação em sociologia. Porém, quando a mesma pergunta continuou a se repetir, até pelos mesmos usuários, passei a simplesmente confirmar que eu era estagiária.

me disse certa vez um dos usuários, no sentido de não ser considerada ignorante. Esses atributos me tornavam diferente dos usuários e dos membros da equipe técnica.

Quanto à minha postura em campo, procurei ser discreta, tanto quanto possível, no que diz respeito à linguagem verbal e não-verbal, isto é, utilizar tom de voz baixo, aproximar-me mantendo certa distância, manter um sorriso, não ficar com braços e pernas cruzados, observar sem encarar e, apenas conversar, quando havia abertura para tal, mas mais ouvindo do que falando.

Além disso, carregar um caderno para anotações de campo não foi possível, uma vez que o caderno parecia deixar alguns usuários desconfortáveis quando eles reparavam que eu fazia observações e escrevia. Assim, a ausência do caderno me auxiliou a não chamar atenção. Porém, isso significou fazer anotações após sair da instituição e, também utilizar o próprio celular para fazer anotações em campo. Embora, às vezes, o celular também chamasse atenção. Alguns usuários se aproximavam para saber o que fazia ou pediam para acessar à internet.

Certa vez, enquanto fazia anotações utilizando o celular, um usuário me solicitou para checar o resultado da loteria. Como não cabia a mim tomar nenhum tipo de decisão em relação a um usuário, pedi autorização de um técnico da equipe para depois fazer a pesquisa na internet solicitada pelo usuário. Sendo assim, é possível afirmar que tanto o caderno quanto o celular atraíam curiosidade, mas acredito que o celular tenha sido notado de forma mais inofensiva do que o caderno, por isso minha escolha por fazer anotações em um aplicativo de notas do celular.

2.2 Aprovação ética da pesquisa

O acesso ao campo se deu a partir de diferentes formas e houve necessidade de aprovação ética da pesquisa. Para além do vínculo de pesquisadora, primeiramente de iniciação

científica, e, posteriormente de mestrado, trabalhei também como voluntária na instituição. Porém, além do voluntariado e do processo de aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde, houve também um processo interno de aprovação a respeito de quais atividades na instituição eu poderia acessar e como se daria minha interação com os atores sociais, sobretudo com os usuários.

Sabe-se que a forma como os atores sociais reagem à presença do pesquisador, sobretudo no início, pode informar a respeito do campo. As dificuldades de acesso precisam também ser levadas em consideração: “As reações iniciais à sua presença podem causar uma sensação de desconforto pessoal, mas dizem muito a você sobre as relações e preocupações das pessoas e deveriam ser registradas, e não simplesmente consideradas problemas ou falhas pessoais” (May, 2004, p. 185).

2.2.1 Voluntariado e processo de aprovação do Comitê de Ética

Para que fosse possível a realização do trabalho de campo, esta pesquisa precisou passar por um processo de aprovação por um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde e, também, foi realizado voluntariado. O contato com o comitê de ética se deu sobretudo através da internet, tanto por e-mail quanto pela chamada Plataforma Brasil, mas, também houve alguns contatos telefônicos, quando eu necessitava esclarecer dúvidas sobre preenchimento de formulários.

Em relação à equipe da instituição, algumas questões surgiram nos primeiros contatos. Um membro da equipe técnica me questionou sobre o que minha pesquisa iria trazer de prático para a instituição. Informei que não se tratava de uma pesquisa aplicada, embora essa pudesse trazer benefícios práticos, ainda que não de forma direta e sugeri também trabalhar como voluntária.

A pesquisa de iniciação científica, a pesquisa de mestrado e o voluntariado foram meus três vínculos com a instituição entre o período de 2014 a 2016. Sendo que o voluntariado se deu por determinados períodos durante as pesquisas de iniciação científica e de mestrado. Passava em campo uma média de seis horas por semana, cujo foco variava de acordo com o acesso permitido a atividades e a atores sociais.

Assim, em paralelo ao processo burocrático de aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde, desenvolvi um vínculo de voluntariado com a unidade do CAPS pesquisada, por ser uma forma de me aproximar e de conhecer a instituição pesquisada e, também, por ser uma oportunidade de colaborar com a instituição de forma prática, uma vez que a pesquisa em questão não contemplaria benefícios diretos à instituição ou aos seus atores sociais.

No primeiro contato com a instituição, foi-me solicitada uma proposta de voluntariado. Ofereci algumas possibilidades que foram consideradas como necessidades não prioritárias para a instituição, como por exemplo, oferecer aulas de inglês aos usuários. Então, foi-me sugerido que passasse um período conhecendo a instituição para posteriormente propor um trabalho voluntário que eu fosse capaz de oferecer e que fosse útil para a instituição. Logo surgiu uma necessidade por parte da instituição com a qual eu pude auxiliar: a equipe técnica me sugeriu que atualizasse as informações dos murais, em conjunto com usuários que estivessem interessados em fazê-lo.

Assim, em conjunto com alguns usuários que quiseram participar, os murais foram organizados, desde sua limpeza até a atualização de informações sobre as atividades. No mural de comunicados constavam comunicados de interesse de todos os usuários, mas que não se tratavam de atividades fixas, como por exemplo as saídas culturais organizadas pela equipe. Porém, alguns meses depois, esse mural foi quebrado por uma usuária durante uma crise. Após,

foi colocado uma lousa com o mesmo objetivo do antigo mural, isto é, informar a respeito de eventos, internos ou externos.

Há outros dois murais: um focado em atividades internas e outro em atividades externas. Escolhi não apenas informar quando e onde as atividades aconteciam, mas também compartilhar testemunhos de participantes, para explicar o que são as atividades, e opiniões de algumas pessoas que já participavam dessas atividades.

Estas tarefas voluntárias proporcionaram a oportunidade de conhecer as atividades internas e externas do CAPS, especialmente por se tratarem de atividades de cunho não terapêutico. De tempos em tempos, atualizava as informações dos murais ou recolocava-as quando aconteciam contratemplos, como quando os papeis eram rasgados ou havia a quebra de um mural. Esse tipo de reação aos murais é tratado também no próximo capítulo.

Quanto à aprovação ética, uma vez que o campo desta pesquisa é uma instituição de saúde, é necessária a aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde. O processo de aprovação da pesquisa de iniciação científica e de mestrado durou cada um, cerca de seis meses, porém o processo do segundo foi mais exigente. Pode-se dizer que no caso da aprovação da pesquisa de iniciação científica aconteceram duas fases de aprovação, enquanto no processo de aprovação da pesquisa de mestrado foram quatro fases de aprovação.

No caso da pesquisa de iniciação científica, ao entrar em contato com o coordenador da unidade fui informada sobre a necessidade de aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde, algo que desconhecia até então. O primeiro passo foi apresentar o projeto de pesquisa para a Coordenadoria de Saúde responsável pela área onde se encontra a unidade pesquisada. Depois de preenchida a documentação solicitada e solucionadas as dúvidas a respeito da pesquisa, o projeto foi encaminhado para aprovação do Comitê de

Ética. A segunda fase foi a de aprovação por meio da Plataforma Brasil e após as justificativas solicitadas, a pesquisa foi aprovada.

Já a pesquisa de mestrado, como foi mencionado, passou por quatro fases de aprovação. A primeira fase foi o processo de aprovação pela Coordenadoria de Saúde responsável pela área da cidade de São Paulo onde está localizada a unidade pesquisada. Essa fase demorou mais de um mês, mas não houve questionamentos adicionais, isto é, a documentação apresentada: projeto de pesquisa e documentos que comprovavam meu vínculo com a pós-graduação foi suficiente. Acredito que a experiência durante a pesquisa de iniciação científica tenha auxiliado para que eu pudesse antecipar possíveis questionamentos.

A segunda fase aconteceu a partir da Plataforma Brasil. A Plataforma Brasil é uma ferramenta na internet utilizada pelo Ministério da Saúde para receber, analisar e aprovar pesquisas relacionadas à área da saúde. Nesta plataforma o pesquisador deve informar detalhes sobre a pesquisa e anexar tanto os documentos exigidos, quanto os complementares, isto é, os documentos que o pesquisador considere importante para a análise em questão. Primeiramente, é necessário fazer um cadastro com os dados do pesquisador responsável pela pesquisa. Neste cadastro são requisitados informações e documentos pessoais, como: RG, foto, currículo lattes, endereço, informações de vínculo com a universidade, entre outros.

Em seguida, devem ser inseridas na plataforma as seguintes informações a respeito da pesquisa: resumo, introdução, hipóteses, objetivos, metodologia, riscos, benefícios, amostra, apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou justificativa para sua dispensa, cronograma, orçamento, referências, entre outros. Nota-se que a plataforma solicita itens comuns de um projeto de pesquisa, mas chama a atenção os pontos: riscos, benefícios, amostra e TCLE.

Como esta pesquisa diz respeito a uma pesquisa qualitativa no âmbito das Ciências Humanas e Sociais, também uma pesquisa que se trata de uma ciência “não aplicada” ou “pura”, os quatro itens mencionados acima são de difícil adaptação, podendo ser considerados “não aplicáveis”. Não surpreendentemente são esses itens os responsáveis por tornar mais lenta a aprovação desta e das próximas fases por serem necessárias diversas justificativas que, por vezes, não são aceitas. Logo, verifica-se a legitimidade da pesquisa aplicada e das ciências biomédicas em contraposição à das ciências humanas e sociais.

Depois de preenchido o formulário da plataforma, anexei os mesmos documentos enviados na primeira fase e também o documento de aprovação da coordenadoria de saúde, além da “folha de rosto”, que é gerada pela plataforma ao fim do preenchimento, em que tanto o pesquisador principal quanto um responsável pela universidade, assinam, confirmando a veracidade das informações e a relação da pesquisa com a universidade. Logo depois, o formulário e os anexos são enviados pela plataforma para análise.

Em seguida, um dos responsáveis na Plataforma Brasil enviou a pesquisa de mestrado para aprovação pelo Comitê de Ética de uma universidade em São Paulo com a justificativa de que a faculdade da qual faço parte não possui Comitê de Ética. De fato, a Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo não possui, até o momento, Comitê de Ética, embora outras faculdades da mesma universidade possuam.

O Comitê de Ética desta universidade em questão solicitou diversos documentos complementares e que precisaram ser todos preenchidos de acordo com os modelos daquela universidade, portanto, foram necessárias diversas correções até que os documentos fossem considerados corretamente preenchidos.

Esse comitê de ética exigiu como documentos complementares: declaração de responsabilidade da pesquisadora, declaração da instituição coparticipante (uma declaração

assinada pelo coordenador da unidade do CAPS a ser pesquisada que afirma que o mesmo está ciente e concorda com a realização da pesquisa), e também foi anexada uma declaração de uma das professoras responsáveis pela disciplina de análise de projeto da pós-graduação em Sociologia da Universidade de São Paulo, que explicava, com mais clareza e autoridade, as questões metodológicas questionadas por esse comitê de ética.

Toda vez que algum ponto requeria mais explicitações, uma “pendência” era gerada na plataforma para resposta da pesquisadora. Depois de meses de adequações burocráticas e dúvidas esclarecidas a respeito da pesquisa, esse comitê de ética emitiu um parecer de aprovação da pesquisa e eu recebi um e-mail da Plataforma Brasil informando que a pesquisa estava liberada para início imediato.

No entanto, dois dias após essa liberação, recebi outro e-mail, desta vez da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), que informava que a pesquisa ainda se encontrava sob análise. Isto foi surpreendente e frustrante, primeiro porque a aprovação para início da pesquisa já havia sido dada e, em segundo lugar, porque eu desconhecia a possibilidade de que pudesse haver necessidade de mais uma aprovação, desta vez, diretamente pela SMS-SP.

Então, iniciou-se a terceira fase de aprovação. A comunicação com a SMS-SP se deu totalmente por e-mail ao invés de pela Plataforma Brasil, por solicitação da própria SMS-SP. Por e-mail foi solicitado mais esclarecimentos a respeito dos possíveis riscos da pesquisa aos participantes e, principalmente, a respeito da dispensa do TCLE. As diversas justificativas oferecidas anteriormente foram consideradas insuficientes.

A SMS-SP fez referência às Resoluções 466/12 e 510/16 e apesar das justificativas oferecidas sobre a importância de minimizar a presença da pesquisadora em campo e das garantias oferecidas sobre os cuidados éticos que seriam tomados por parte da pesquisadora, a SMS-SP insistiu em duas questões: que os participantes possuem o direito de saber que estão

sendo observados e que conversas podem gerar desconfortos. De qualquer forma, considero que a técnica de observação participante, que contempla observações e conversas informais, não configura riscos maiores dos que os encontrados na vida cotidiana dos pesquisados, que é uma consideração mencionada no artigo 1 da Resolução 510/16 (Brasil, 2012; 2016).

Procurei explicar as características da pesquisa sociológica e, principalmente, a importância de minimizar a presença do pesquisador em campo. Sobretudo por esta pesquisa objetivar compreender os ajustamentos primários e secundários da instituição, seria problemático definir estes termos no TCLE porque poderia modificar a reação dos atores sociais a respeito dos ajustamentos e, assim, invalidaria o objetivo desta pesquisa.

Sendo assim, sugeri que o TCLE fosse passado ao final da pesquisa para minimizar o viés, conforme possibilidade oferecida na Resolução 510/16 sob o nome de *pesquisa encoberta*, mas a sugestão também não foi aceita. Essa resolução define pesquisa encoberta como aquela em que os pesquisados não são informados a respeito da pesquisa ou são informados no fim dessa. Este tipo de pesquisa é considerado ético “em circunstâncias nas quais a informação sobre objetivos e procedimentos alteraria o comportamento alvo do estudo ou quando a utilização deste método se apresenta como única forma de condução do estudo” (Brasil, 2016).

Assim, para garantir que a pesquisa acontecesse, foi aceita a aplicação do TCLE e, antes de iniciar a pesquisa. Após o TCLE ter sido criado por mim de acordo com as exigências da Resolução 510/16 e, depois que foram feitas as adequações solicitadas pela SMS-SP no TCLE, a pesquisa foi aprovada. Esta terceira fase durou cerca de um mês e o TCLE aprovado consta no apêndice desta pesquisa.

O termo de consentimento livre e esclarecido é um convite para o indivíduo se tornar participante da pesquisa e no documento constam as seguintes informações a respeito da pesquisa: objetivos, procedimentos, desconfortos, riscos, benefícios, garantia de esclarecimento

e de sigilo, liberdade de recusa, custos e compensações por participação e, informações para contato, caso necessário, tanto da pesquisadora quanto do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / SMS (Brasil, 2012; 2016).

Além disso, as Resoluções 466/12 e 510/16 exigem que o TCLE seja escrito de forma clara, concisa e adequada ao público que o recebe. Logo, os objetivos da pesquisa foram explicitados sem comprometer as definições dos conceitos utilizados pela pesquisa, especialmente os conceitos de ajustamentos primários e secundários.

Depois da aprovação da SMS, entrei em contato com a unidade a ser pesquisada e, então, iniciou-se a quarta etapa de aprovação. Esta etapa pode não ser considerada uma etapa oficial, já que o coordenador da unidade havia concordado com a pesquisa e havia sido dada a aprovação da coordenadoria de saúde, do comitê de ética da universidade indicada e da SMS-SP, mas se tratou de uma aprovação informal.

Ao entrar em contato com a unidade, apesar de já conhecer parte da equipe, devido ao contato durante a pesquisa de iniciação científica e o voluntariado, foi solicitado que fosse enviado um e-mail ao coordenador da unidade explicando que a pesquisa havia sido aprovada e que era necessária a aplicação de TCLE a usuários e membros da equipe.

O coordenador da unidade me convidou para apresentar a pesquisa em uma reunião de equipe. Minha pesquisa entrou na pauta para três semanas depois desse contato. A apresentação foi feita, foi explicado do que se tratava a pesquisa e em seguida alguns dos presentes esclareceram dúvidas a respeito. A partir daquele dia, a pesquisa foi liberada para ser iniciada. Assim, o processo todo de aprovação durou de fevereiro a agosto de 2016. O TCLE foi aplicado no início da pesquisa e dúvidas foram esclarecidas, mas logo pareceu que os atores sociais haviam esquecido do TCLE e passamos a ter conversas informais e espontâneas, como já era intencionado acontecer independente da aplicação do TCLE.

Entendo que o processo de aprovação desta pesquisa por um Comitê de Ética relacionado ao Ministério da Saúde teve por princípio o cuidado com os participantes da pesquisa, no caso, os usuários e os membros da equipe da unidade CAPS pesquisada. Porém, talvez seja possível considerar que o processo burocrático de aprovação pelo comitê de ética, pode ser visto não apenas como uma forma de proteger os participantes das pesquisas, mas também como uma forma de proteger as instituições ao dificultar que pesquisas sejam realizadas.

2.2.2 Acesso às atividades fechadas e abertas

Como mencionado, fora o processo de aprovação do Comitê de Ética, houve também um processo para o acesso dentro da instituição, isto é, a determinação de quais atividades me seriam permitidas acompanhar e como poderia interagir com os atores sociais. Desde a iniciação científica e o voluntariado, minhas interações no campo se deram, sobretudo, com os usuários que costumam frequentar o CAPS durante a semana e durante o dia³⁵ e com os técnicos, que formam a equipe multiprofissional da instituição, que são os que mais interagem com os usuários.

Não pude acessar a instituição à noite nem aos finais de semana, mas pude contar com alguns usuários e técnicos que tiravam minhas dúvidas cotidianas no local. Desde 2014 até praticamente o final de 2016, foi-me liberado apenas o acesso às chamadas *atividades abertas* e, próximo ao fim de 2016, consentiram o meu acesso a uma das *atividades fechadas*. Assim, logo que entrei na instituição, apareceu para mim a divisão: atividades abertas e atividades fechadas.

³⁵ A frequência dos usuários no CAPS varia e, também, esses podem ser transferidos para outra unidade ou instituição.

As atividades fechadas são as de cunho administrativo ou terapêutico, enquanto as atividades abertas são de cunho terapêutico ou sociopolítico. As atividades fechadas são as reuniões de equipe em que são discutidos os casos dos usuários e as questões administrativas da instituição e, também as reuniões de membros da equipe com usuários e/ou familiares, podendo se tratar de terapia em grupo, acolhimento ao entrar na instituição, visitas domiciliares, entre outros. Isso significa que uma atividade fechada é aquela que é preciso ser membro ou convidado para participar.

As atividades abertas são as oficinas terapêuticas ou as atividades de cunho sociopolítico como a Assembleia e o Conselho Gestor. Segundo o Ministério da Saúde, as “oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS” (Brasil, 2004). Cada oficina terapêutica tem como responsáveis alguns técnicos e cada técnico se envolve com oficinas com as quais sente mais afinidade.

Mais de uma vez solicitei acesso às atividades fechadas. A justificativa da equipe para não me permitir acesso a estas atividades foi que seria algo invasivo aos usuários e desnecessário para minha formação, por eu não ser da área da saúde, isto é, não precisar fazer residência ou estágio, por exemplo. Certa vez, um técnico me disse a respeito da possibilidade da minha presença em atividades fechadas: “Ali não é para observar, não tem o que observar” (Trecho do caderno de campo).

Ainda assim, após novos pedidos em prol de mais esclarecimentos para minha pesquisa de mestrado, foi-me permitido acompanhar algumas vezes a passagem de coordenação, uma reunião específica que acontece diariamente. Além disso, as atividades abertas ficaram livres para que eu pudesse frequentar, mas sugeriram que meu contato principal se desse por meio da Assembleia. A Assembleia, como me foi informado, seria minha *referência*, um termo que será

discutido posteriormente. Tive também a oportunidade de participar de alguns eventos festivos pontuais, como a Festa Junina.

Algumas atividades e espaços na instituição se tornaram centrais para a pesquisa. Escolhi as oportunidades em que melhor pude interagir com os usuários e com os técnicos e, também, em que melhor pude observar interações entre técnicos e usuários. Interessou acompanhar conversas e, mesmo, discussões ou conflitos; e observar não só a fala, mas também tom de voz, expressões faciais e gestos corporais.

Em minha opinião, as atividades abertas que mais permitiam a participação dos usuários eram: a Assembleia, o Conselho Gestor e o B.P.S.F.³⁶. Das atividades fechadas, a única que pude acompanhar, por um período, foi a reunião de Passagem de Coordenação. Dos espaços abertos, os que me pareceram mais relevantes foram: os corredores e o espaço em frente à porta da sala de equipe, locais que serão detalhados posteriormente.

2.2.3 Resolução 466/12 e Resolução 510/16

As Resoluções 466/12 e 510/16 passaram a fazer parte desta pesquisa, pois essas foram utilizadas como referências, pelo Comitê de Ética, sobretudo pela Secretaria Municipal de Saúde, para discutir a questão da ética na pesquisa. Assim, faz-se necessária uma discussão direcionada especificamente à essas resoluções.

Estas resoluções são públicas e abertas, pois objetivam informar a respeito da ética na pesquisa, e os documentos foram obtidos nos sites oficiais do governo federal. O discurso de ambas as resoluções é em nome do Conselho Nacional de Saúde, e reafirma, sobretudo, a respeito da ética em pesquisas realizadas na área da saúde, embora uma resolução seja focada

³⁶ B.P.S.F. é a sigla de uma atividade da instituição em que acontecem saídas culturais em grupo.

na pesquisa biomédica e a outra nas pesquisas das Ciências Humanas e Sociais. A Resolução 510/16 é mais recente e focada nas pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais enquanto a Resolução 466/12 é a resolução comumente referenciada a respeito da questão da ética nas pesquisas, embora seja voltada à uma lógica biomédica (Brasil, 2012; 2016).

A Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012³⁷ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde aprova determinadas “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”. Este documento trata das responsabilidades dos membros do Comitê de Ética em Saúde (CEP) e membros da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), das responsabilidades dos pesquisadores e dos direitos dos participantes da pesquisa (Brasil, 2012).

O documento começa com diversas considerações preliminares que são citadas de forma a justificar a necessidade da resolução, como: a proteção aos participantes das pesquisas, o desenvolvimento científico e tecnológico de forma ética, o respeito pela dignidade, liberdade e autonomia do ser humano, entre outros. Esta resolução objetiva “assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (Brasil, 2012).

Do ponto de vista científico, espera-se que a pesquisa seja adequada teórica e metodologicamente, tenha recursos para garantir o bem-estar dos participantes e assegure a confidencialidade e a privacidade dos participantes da pesquisa. Há também diversas advertências que dizem respeito a experimentos na área biomédica (Brasil, 2012).

Segundo esta resolução, para ser ética, uma pesquisa precisa: ser relevante socialmente, considerar seus riscos e benefícios, e respeitar os participantes da pesquisa. Este documento

³⁷ Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

considera que respeitar os participantes da pesquisa é respeitar sua dignidade, autonomia, vulnerabilidade e direito de participar e deixar de participar da pesquisa (Brasil, 2012).

Estas considerações devem ficar claras no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, como o próprio termo indica, é um documento em que cada pesquisado (ou participante da pesquisa, como se refere a resolução) consente sua participação, assente que foi informado sobre a pesquisa em seus detalhes e recebe os contatos dos pesquisadores, do Comitê de Ética em pesquisa e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para mais informações a respeito da pesquisa e de questões éticas relacionadas (Brasil, 2012).

A resolução também possui regras para construção de um TCLE adequado, isto é, o TCLE precisa esclarecer: justificativa, objetivos, métodos e procedimentos da pesquisa, informar sobre os possíveis riscos e benefícios da pesquisa e demais direitos dos participantes da pesquisa, conforme mencionados anteriormente. Todas estas informações precisam estar claras aos participantes, isto é, a linguagem tem que ser adequada aos participantes e os pesquisadores devem oferecer esclarecimentos sempre que necessário (Brasil, 2012).

Esta resolução se torna ainda mais criteriosa no caso de participantes considerados, como diz o documento, mais “vulneráveis”, como por exemplo, crianças, adolescentes, pessoas com transtornos mentais, entre outros. No entanto, esta resolução foi claramente direcionada para pesquisas biomédicas, visto seu nível de detalhamento a respeito do que se considera ético neste campo de pesquisa e a ausência de considerações éticas condizentes com pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2012).

A Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016³⁸ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde é voltada à ética em pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais. Esta

³⁸ Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

resolução começa com considerações gerais, muito próximas das da Resolução 466/12, como: a pesquisa ética deve respeitar a dignidade humana e proteger os participantes das pesquisas, a relação pesquisador-participante não pode ser hierárquica, entre outros (Brasil, 2016).

No entanto, esta resolução reconhece as especificidades das pesquisas das Ciências Humanas e Sociais, isto é, leva em conta suas perspectivas teóricas e metodológicas e, principalmente, especifica uma diferença em comparação com a pesquisa biomédica, ou seja, que se tratam de pesquisas “sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico” (Brasil, 2016).

Assim, esta resolução discorre a respeito dos princípios éticos nas pesquisas de Ciências Humanas e Sociais. A resolução trata do respeito aos direitos dos participantes, como: liberdade, autonomia, direitos humanos, valores e costumes; das garantias, como: consentimento ou assentimento, confidencialidade; e dos cuidados com os riscos possíveis causados pela participação na pesquisa (Brasil, 2016).

O processo de assentimento ou consentimento livre esclarecido contempla uma relação de confiança e diálogo entre pesquisador e participante, podendo esta relação ser interrompida a qualquer momento caso se faça necessário. O pesquisador precisa se dispor a esclarecer as dúvidas dos participantes a respeito da pesquisa e as informações precisam ser passadas de forma clara. O participante da pesquisa tem direito a: ser informado sobre a pesquisa e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, além de respeito por sua privacidade, garantia de confidencialidade e, indenização e ressarcimento, se for o caso (Brasil, 2016).

Em muitos pontos, esta resolução é parecida com a Resolução 466/12, mas um ponto que tem sido bastante questionado e que representa parte da justificativa para a existência de uma resolução específica para as questões éticas nas pesquisas de Ciências Humanas e Sociais é a questão do risco, como afirma o artigo 18: “a definição e a gradação do risco resultam da

apreciação dos seus procedimentos metodológicos e do seu potencial de causar danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana, em consonância com o caráter processual e dialogal dessas pesquisas” (Brasil, 2016).

A resolução também enfatiza a importância da representação de profissionais das Ciências Humanas e Sociais (CHS) nos Comitês de Ética em Pesquisa e na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Além disso, é informado que o formulário da Plataforma Brasil será atualizado para adequar-se às especificidades das pesquisas em CHS (Brasil, 2016). Isso significa que o formulário preenchido desta pesquisa na Plataforma Brasil foi voltado às pesquisas biomédicas, apesar de se tratar de uma pesquisa em CHS, algo que gerou dificuldades de preenchimento e, por consequência, de compreensão da pesquisa por parte do Comitê de Ética.

Além disso, a Resolução 510/16 esclarece que a análise ética diz respeito ao âmbito ético da pesquisa e não ao científico, que contempla as questões teóricas e metodológicas e que, portanto, ficam a cargo das instâncias acadêmicas cabíveis como, por exemplo, as bancas de pós-graduação. No entanto, este outro lado, isto é, a ética relacionada às questões teóricas e metodológicas, é também de imensa importância no desenvolvimento da pesquisa científica. Pesquisadores éticos precisam também se preocupar com: não plagiar e fornecer dados precisos, por exemplo.

2.3 Discurso antimanicomial oficial do CAPS

A instituição CAPS pode ser considerada como uma nova forma de lidar com o tratamento institucional de transtornos mentais severos e/ou persistentes, uma vez que os pacientes são considerados como usuários da instituição, como indivíduos que possuem o direito a um tratamento de saúde mental de qualidade e que respeite os direitos humanos. É

possível afirmar que a reforma psiquiátrica brasileira produziu um novo discurso sobre a loucura e que seu principal produto é a instituição CAPS.

Cada país possui suas especificidades em relação ao processo de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização, ainda que haja pontos em comum. E, embora Foucault e Goffman não tenham tratado especificamente deste novo discurso institucional que é representado por instituições como o CAPS, ambos os autores trataram da realidade das instituições fechadas e da questão da loucura na comunidade, ainda que de formas e com objetivos diferenciados (Foucault, 1999b; 2008b; Goffman, 2010; 1969).

Sendo assim, é possível considerar que esse novo discurso também dialoga com as reflexões de ambos autores, sobretudo no que diz respeito ao poder disciplinar e à governamentalidade, no caso de Foucault (1999b; 2008b), e à instituição total e à contenção do caos na comunidade, no caso de Goffman (2010; 1969), temas que serão retomados posteriormente.

Levando em consideração o objetivo da pesquisa de compreender o discurso antimanicomial oficial do CAPS, escolhi os seguintes documentos para análise: *Lei 10.216* (2001)³⁹, *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (2004)⁴⁰, *Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios* (2013)⁴¹ e *Saúde mental em dados 12* (2015)⁴².

³⁹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

⁴⁰ Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

⁴¹ Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

⁴² Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

Estes quatro documentos oficiais são representativos para refletir a respeito do discurso oficial do CAPS por serem considerados como parte dos resultados do processo da reforma psiquiátrica brasileira. São documentos que informam a visão oficial do Ministério da Saúde sobre a reforma psiquiátrica e, especificamente, a centralidade da instituição CAPS como principal estratégia desse processo.

Embora haja diversos documentos que discutem o assunto, esses quatro documentos apresentam momentos históricos diferentes posteriores a reforma psiquiátrica brasileira. Como dito no início da dissertação, trata-se de um processo que vem se desenrolando desde a década de 1960, com o movimento da antipsiquiatria, até a década de 1980, que trouxe a primeira conferência nacional de saúde mental e a abertura do primeiro CAPS (Amarante, 2010).

Estes quatro documentos propiciam um recorte recente dentro do que tem sido produzido a partir do século XXI, especificamente os anos de 2001, 2004, 2013 e 2015. Além de serem de diferentes tipos, pois se tratam de: uma lei, duas publicações focadas na instituição CAPS, que funcionam como manuais direcionados diretamente aos profissionais da área da saúde e, por fim, um documento com foco quantitativo a respeito da saúde mental brasileira. Estes documentos oferecem a possibilidade de se informar a respeito de discursos anteriores e posteriores à reforma psiquiátrica brasileira e, fornecem as informações mais recentes publicadas pelo Ministério da Saúde. O recorte analítico também levou em consideração o foco da pesquisa, portanto procurei escolher documentos que tratassem diretamente da instituição CAPS (Brasil, 2001; 2004; 2013; 2015).

O primeiro documento, a *Lei 10.216* de 2001, foi um marco na reforma psiquiátrica brasileira, pois esta lei passou a defender os direitos dos portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes, levando em consideração seus direitos humanos (Brasil, 2001). Já a publicação *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* de 2004, tem como

principal objetivo informar profissionais da área da saúde sobre o que é e para o que serve a instituição CAPS (Brasil, 2004).

O maior atrativo do *Manual de estrutura física dos Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento* de 2013 para a pesquisa é justamente oferecer informações a respeito de como deve ser a estrutura dessas instituições (Brasil, 2013). Finalmente, o documento *Saúde mental em dados 12* de 2015 é a edição número doze, e a mais recente, e oferece dados estatísticos a respeito da saúde mental brasileira (Brasil, 2015).

A análise dos documentos é focada no quanto estes podem auxiliar a compreender o funcionamento da instituição CAPS como um todo, mas sobretudo ajudar a pensar o problema de pesquisa. Os documentos mencionados são públicos e abertos, pois intencionam informar a respeito da reforma psiquiátrica brasileira e da saúde mental no país, e foram obtidos por meio da internet, diretamente nos sites oficiais do governo federal.

Com o objetivo de reforçar o discurso antimanicomial oficial do CAPS, os quatro documentos replicam principalmente os seguintes enunciados: 1) a instituição CAPS deve ser “acolhedora” ou “oferecer acolhimento”; 2) a instituição deve servir para “evitar internações” através do “acolhimento” na própria instituição; 3) a instituição deve promover a “autonomia” e o “protagonismo” dos usuários; 4) a instituição deve promover a “participação” dos usuários, da família e da sociedade; 5) os “direitos humanos” dos portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes devem ser respeitados; 6) o CAPS é “substitutivo” do modelo asilar; 7) a instituição mantém suas “portas abertas”; e 8) a “quantidade” de unidades CAPS têm aumentado ao passo que os leitos psiquiátricos têm diminuído (Brasil, 2001; 2004; 2013; 2015). Todos esses temas são retomados ao longo da dissertação.

Os documentos existem para reforçar o discurso antimanicomial de que a reforma psiquiátrica brasileira aconteceu, embora não de forma completa, mas com resultados

“satisfatórios” e que demonstram uma “evolução constante”, como dizem os documentos, em todo território brasileiro, ainda que de forma desigual, sobretudo a partir do surgimento dos CAPS como estratégia central da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para substituição dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2001; 2004; 2013; 2015). Os documentos são assinados pelo Ministério da Saúde, fala-se em nome de e pelos usuários, familiares, profissionais da saúde e, também, sociedade no sentido amplo.

2.3.1 Lei 10.216 (2001)

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, contém treze artigos e dispõe sobre os direitos e a proteção das “pessoas portadoras de transtornos mentais” e trata da questão da saúde mental no Brasil. O principal enunciado do documento é que as pessoas portadoras de transtornos mentais possuem direitos e deste enunciado principal decorrem outros (Brasil, 2001).

Além disso, é importante enfatizar que uma lei é uma prática que possui efeitos em outras práticas (Foucault, 2008a). Na opinião do psiquiatra Pedro Delgado (2011), a Lei 10.216 possibilitou, sobretudo, o debate sobre a saúde mental por parte de todos envolvidos e não só entre especialistas, como costumava acontecer.

Os três pontos que parecem mais marcantes nessa lei e que dialogam com o tema da pesquisa, são: a participação da família e da sociedade em relação à instituição e aos atores sociais concernentes; o sigilo e o acesso a informações que dizem respeito aos pacientes; e a importância de a internação não ser asilar (Brasil, 2001).

A participação da família e da sociedade no tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais consta na lei como um direito. Segundo a lei, cabe ao Estado o desenvolvimento da “política de saúde mental” e o tratamento objetiva reinserção social (Brasil,

2001). Na unidade acompanhada, a participação da família no cotidiano da instituição se dá principalmente de forma indireta, através de visitas domiciliares ou de reuniões com usuários e familiares; e a reinserção social é incentivada através de saídas em grupo ou individuais, programas de geração de renda, entre outros.

Quanto ao sigilo e ao acesso às informações a respeito dos usuários, segundo a lei, por um lado, as pessoas portadoras de transtornos mentais possuem o direito de “garantia de sigilo” a respeito das informações prestadas. Por outro lado, têm direito a “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”. Isto significa que a equipe precisa reter algumas informações no sentido de manter sigilo sobre as informações recebidas sobre os usuários, porém necessita também fornecer informações detalhadas aos usuários a respeito de seus transtornos mentais e tratamentos (Brasil, 2001).

Pela empiria, foi possível verificar que os usuários são informados sobre seu(s) transtorno(s) e tratamentos adequados, de acordo com o que suas referências julgam importante do ponto de vista dos projetos terapêuticos dos usuários, portanto, talvez não seja “o maior número de informações”, como diz o texto. Quanto ao sigilo a respeito das informações que são prestadas, ele existe, mas é limitado, uma vez que faz parte do cotidiano diário da instituição a discussão de casos de usuários entre membros da equipe técnica e, também, durante as terapias em grupo, os usuários podem se sentir expostos.

No que diz respeito à internação não asilar, o documento enfatiza o direito ao tratamento terapêutico em estabelecimentos de saúde mental não asilar, por “meios menos invasivos possíveis” e sendo a internação indicada somente “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. E quando a internação se fizer necessária, ela não poderá acontecer em instituições “com características asilares”. Além disso, a decisão a respeito da internação e

sua duração requer autorização médica para início e finalização, quer se trate de internação voluntária, involuntária ou compulsória (Brasil, 2001).

O CAPS é um tipo de instituição que oferece recursos extra-hospitalares. Na unidade pesquisada, a equipe procura utilizar os meios disponibilizados pelo próprio CAPS para lidar com as situações de crise dos usuários, principalmente através do acolhimento integral, pois se trata de um acolhimento que não constitui uma internação como em um hospital psiquiátrico, mas os usuários tendem a ter suas escolhas limitadas durante esse período. E a possibilidade de acolhimento dentro da própria instituição nem sempre é garantia de que um usuário não seja encaminhado para outra instituição, embora a lógica não asilar se manteria. Além disso, nem todo usuário recebe tratamento em CAPS do tipo III, isto é, com acolhimento integral.

A lei apresenta treze artigos, dos quais três tratam do tema dos direitos dos portadores de transtornos mentais e seis do tema da internação. Os outros quatro artigos são variados: o artigo 10 diz que transferências, acidentes, falecimentos, etc. de pacientes devem ser comunicados à família e à autoridade sanitária em até 24 horas; o artigo 11 diz que as pesquisas científicas só podem ser realizadas com o consentimento do paciente, da instituição e do Conselho Nacional de Saúde; o artigo 12 diz que o Conselho Nacional de Saúde irá acompanhar a implementação da lei; e o último artigo diz que a lei entrará em vigor na data de sua publicação (Brasil, 2001). Assim, a lei parece ser mais centrada nas regras da internação, caso essa se faça necessária, do que nos direitos relacionados ao tratamento de saúde mental não asilar.

2.3.2 Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial (2004)

O principal enunciado do documento *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* é que os CAPS são “a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica” para substituir o modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2004, p. 9), ou seja, trata-se de um

dispositivo que se torna o centro de uma rede ligada a outros dispositivos como: residências terapêuticas, Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde, etc.

Fora a repetição discursiva da centralidade do CAPS na reforma psiquiátrica brasileira, há outros três importantes enunciados nesse documento. O CAPS deve: oferecer acolhimento aos usuários; incentivar o protagonismo e a autonomia dos usuários; e procurar integrar os usuários ao território, isto é, incentivar a apropriação da cidade por parte dos usuários.

Quanto ao CAPS oferecer acolhimento, no texto, as palavras “acolher”, “acolhedor” e “acolhimento” são citadas diversas vezes nesse e em outros documentos. Este documento afirma que o ambiente da instituição CAPS deve ser “acolhedor” e que ao iniciar o vínculo com a instituição, isto é, quando a pessoa se torna usuária do CAPS, ela passa por um “acolhimento” inicial. Os CAPS de tipo I e II só oferecem acolhimento diurno e, os CAPS de tipo III oferecem acolhimento 24 horas por dia, todos os dias da semana. Porém, o acolhimento noturno e em finais de semana existem para situações especiais, como por exemplo, o acolhimento integral de um usuário em situação de crise. Segundo o documento, faz parte dos objetivos do CAPS o acolhimento “bem-sucedido” das crises para evitar as internações (Brasil, 2004).

A equipe da unidade pesquisada utiliza com frequência a palavra acolhimento, sobretudo para se referir ao acolhimento inicial, quando um indivíduo se torna usuário da instituição, e ao acolhimento integral em períodos de crises de usuários. Porém, garantir que o acolhimento das crises seja bem-sucedido, como diz o texto, é algo difícil de afirmar. Como veremos em detalhes no próximo capítulo, é complexo lidar com as situações de crise e variam as opiniões dos usuários sobre a instituição ser acolhedora ou não.

Quanto a incentivar o protagonismo e a autonomia dos usuários, o texto trata da participação dos usuários na instituição, em relação ao funcionamento da instituição e mesmo em seus tratamentos, mas sobretudo opinando nas atividades terapêuticas: “Os usuários devem

ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço” (Brasil, 2004, p. 28).

O documento também diz que os usuários devem procurar os técnicos sempre que tiverem dúvidas e entende a participação na Assembleia como indicador de bom relacionamento com a instituição: “A participação dos usuários nas Assembleias muitas vezes é um bom indicador da forma como eles estão se relacionando com o CAPS” (Brasil, 2004, p. 18). Na unidade, há usuários que consideram a Assembleia uma atividade importante para se participar de forma ativa. Enquanto outros, participam mais como ouvintes. E ainda outros, evitam participar, embora os técnicos costumem incentivar a participação de todos.

Quanto à integração dos usuários ao território, a instituição procura integrá-los ao território, isto é, integração “a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ‘território’, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares” (Brasil, 2004, p. 9). Esta integração varia de um usuário para outro, uma vez que alguns comumente se relacionam com o território, enquanto outros parecem ter mais dificuldades com este tipo de integração. Por esta razão, uma das atividades promovidas pela instituição é justamente saídas em grupo. A forma como se dá esta atividade será discutida no próximo capítulo.

De acordo com este documento, os CAPS também precisam considerar as questões de estigma, (re)inserção social, cidadania, entre outros. O documento afirma que:

...os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Como vimos, muitas coisas podem ser feitas num CAPS, desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (Brasil, 2004, p. 18).

Assim, pode-se verificar que há diversas questões que são reunidas em um mesmo documento ou, até, em um mesmo parágrafo, de forma simplista. A expressão utilizada no parágrafo em questão é “poder articular”, no sentido de não ser uma obrigação, mas uma possibilidade da instituição. Não se discorda dos valores sobre os quais discorre, mas sim, sobre como alcança-los (Brasil, 2004).

Trata-se de um documento que contém 86 páginas, das quais 56 páginas são de anexos. Nas primeiras 30 páginas, o Ministério da Saúde apresenta o que é um CAPS, seus tipos, suas atividades, etc., e o que se pode dele esperar, isto é, um tratamento não asilar, e como as pessoas podem participar, não só os usuários, como pacientes, mas também familiares e comunidade. Os anexos apresentam informações já abordadas na primeira parte do documento e, também, em outros documentos, como: regras de como organizar um CAPS; portarias, isto é, normas aplicáveis à instituição; glossário de palavras comuns da área da saúde mental; dados quantitativos a respeito do CAPS no país; e informações de contato de diversas Coordenações de Saúde e de unidades CAPS em funcionamento pelo país (Brasil, 2004).

Assim, este documento é bastante informativo e detalhado no que diz respeito a instituição CAPS no Brasil. Trata-se de um documento que procura legitimar a importância da instituição na reforma psiquiátrica brasileira e, apresenta como devem ser os papéis dos diversos atores sociais envolvidos, sobretudo dos usuários e dos membros da equipe multiprofissional.

2.3.3 Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios (2013)

O *Manual de estrutura física dos CAPS e UA* se trata de um manual de como planejar a estrutura física de um CAPS e de uma Unidade de Acolhimento (UA). Devido ao foco da

pesquisa, a análise documental se concentrou na parte do documento dedicada à instituição CAPS. O documento inicia com explicações a respeito do que é a instituição, qual seu contexto histórico, etc., para após passar para as regras físicas e de composição de equipe (Brasil, 2013). Há dois enunciados mais importantes relacionados ao CAPS: o CAPS como instituição substitutiva do modelo asilar e o caráter aberto da instituição CAPS.

O documento afirma que a instituição CAPS é “substitutiva” do modelo asilar e que representa uma estratégia de “superação” deste modelo, e se refere ao CAPS como “um **novo lugar social** para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas” (Brasil, 2013, p. 10, grifo do autor).

Uma vez que o CAPS é produto da reforma psiquiátrica, muito mais do que parte de um processo de desinstitucionalização, é possível considera-lo como uma instituição não asilar, mas o discurso de que se trata de uma superação desse modelo ou de que o CAPS representa um novo lugar social parece excessivo.

Como já mencionado, há ainda hospitais, clínicas e leitos psiquiátricos, embora novas regras, sobre o período de internação, tenham sido estabelecidas, como vimos com a Lei 10.216. Existe também a reclamação de que algumas unidades do CAPS funcionam dentro de uma lógica asilar. Embora seja possível afirmar que no caso da unidade pesquisada, como dito, chama a atenção o ativismo dos técnicos com relação à saúde mental e os usuários tendem a considerar que esta unidade é de boa qualidade, em comparação com um hospital psiquiátrico.

Este enunciado se relaciona com o caráter aberto da instituição CAPS. O documento enfatiza várias vezes esse caráter, por exemplo ao dizer que deve se tratar de um “cuidar em liberdade” (Brasil, 2013, p. 24) ou que: “As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de

‘portas abertas’, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros” (Brasil, 2013, p. 8).

O documento também discorre sobre os diversos objetivos do CAPS, que são: cuidar, apoiar, criar projetos de vida e permitir o exercício de direitos dos usuários. Os CAPS são: “espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social” (Brasil, 2013, p. 17).

Pela experiência empírica, verifica-se que a afirmação de que se trata de um ambiente de “portas abertas” é relativa, pois isso não significa que qualquer pessoa pode entrar ou sair da instituição quando quiser ou que as portas sempre se mantêm abertas. Há regras que os usuários precisam seguir e, sobretudo, em períodos de crise esse caráter aberto é revisto, como veremos em detalhes no próximo capítulo.

A segunda parte do documento informa sobre o que um CAPS e uma Unidade de Acolhimento necessitam possuir fisicamente. No caso do CAPS se trata de: recepção, salas de atendimento e de atividades, banheiros, sala de medicação, posto de enfermagem, quartos coletivos para acolhimento noturno, refeitório, etc. (Brasil, 2013).

A infraestrutura do CAPS é uma questão que costuma ser discutida em reuniões administrativas e, também, em Assembleia. Algo que já foi criticado nas Assembleias por técnicos, é que às vezes os usuários preferem, por exemplo, discutir as opções de refeições ao invés de discutir questões relacionadas a luta antimanicomial. Podem acontecer reclamações, por parte de usuários, de que algo está quebrado e ainda não foi consertado e, menos comum, pedidos a respeito de melhorias, como aumentar as opções de refeições oferecidas ou contratar TV por assinatura. Embora haja usuários bastante engajados na luta antimanicomial.

2.3.4 Saúde mental em dados 12 (2015)

O documento *Saúde mental em dados 12* traz dados quantitativos a respeito da saúde mental no Brasil. Há dados sobre CAPS, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, Inclusão Social pelo Trabalho, Equipes de Consultório na Rua, leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, entre outros (Brasil, 2015).

No final de diversos documentos sobre saúde mental do Ministério da Saúde é comum encontrar informações quantitativas a respeito do crescimento, principalmente, de unidades CAPS. Porém, nesse documento isso é mais destacado. Por exemplo, há um gráfico que mostra a expansão dos CAPS de 1998 a 2014, sendo: 148 unidades em 1998 e 2209 em 2014. O documento faz questão de enfatizar que “houve um constante crescimento” (Brasil, 2015, p. 9).

Também na tabela que mostra os tipos de CAPS se fala em “evolução da implementação” dos CAPS (Brasil, 2015, p. 10). No entanto, as menores quantidades dessa “evolução” são de CAPS III e CAPSad III. Os CAPS III são os estabelecimentos que ficam abertos 24 horas por dia todos os dias da semana e, portanto, são considerados apropriados para acolhimento integral, isto é, diurno e noturno.

Os documentos do Ministério da Saúde costumam enfatizar a importância do acolhimento, porém os dados deste documento apresentam uma deficiência em CAPS III. Além disso, há referência ao CAPS III como “tecnologia do cuidado contínuo”: “Tanto os CAPSad III quanto os CAPS III oferecem a tecnologia do cuidado contínuo 24 horas, fundamental para o acompanhamento das situações de maior complexidade” (Brasil, 2015, p. 10).

Os dados a respeito dos CAPS estão em uma seção chamada “Atenção Psicossocial Estratégica”, que informa a quantidade de unidades CAPS por ano, por tipo, por região, gastos, etc., com o objetivo de mostrar sua “evolução”, enquanto sob a seção “Estratégias de

Desinstitucionalização” constam as informações a respeito das Residências Terapêuticas⁴³, do Programa de Volta para Casa (PVC)⁴⁴, dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos e da “Mudança no Perfil dos Hospitais Psiquiátricos”. A chamada mudança de perfil diz respeito à quantidade de leitos, pois passou-se a dar preferência para hospitais psiquiátricos menores, com menos leitos. Por um lado, o documento procura demonstrar o aumento de residências terapêuticas e do Programa de Volta para Casa e, por outro lado, a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e “a migração dos leitos de hospitais de maior porte para hospitais de menor porte” (Brasil, 2015, p. 30).

Assim, o documento objetiva apresentar dados que comprovem que o que precisa aumentar está aumentando, ou seja, os CAPS, as UA, as Residências Terapêuticas, etc. e o que precisa diminuir está diminuindo, isto é, os leitos em hospitais psiquiátricos que devem ser trocados por leitos de saúde mental em hospitais gerais. No entanto, as unidades que proporcionam “tecnologia de cuidado contínuo”, como são chamados os CAPS de tipo III, não crescem na velocidade que se esperaria. Logo, a possibilidade do acolhimento integral existente em CAPS III não é acessível a todos.

2.4 Discurso antimanicomial informal do CAPS

Como já mencionado, esta pesquisa discute tanto o discurso formal quanto informal da instituição CAPS, de acordo com o que foi sugerido por Foucault, isto é, considerar diferentes fontes, incluindo aqueles documentos que são julgados secundários pela sociedade justamente

⁴³ Residências Terapêuticas são moradias “inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), sendo uma das estratégias de garantia de direitos, com promoção de autonomia, exercício de cidadania e busca progressiva de inclusão social” (Brasil, 2015, p. 22).

⁴⁴ Programa de Volta para Casa (PVC) é o pagamento de um benefício que também faz parte da reinserção social para pessoas que passaram por longas internações psiquiátricas (Brasil, 2015).

por não serem legitimados. Portanto, é importante analisar diferentes tipos de discurso e de diferentes fontes, sem hierarquiza-los.

Além da documentação oficial produzida pelo Ministério da Saúde, há também os discursos dos atores sociais, tanto dos membros da equipe enquanto especialistas em saúde mental, quanto dos usuários, cujos discursos podem ser desconsiderados devido ao status de portadores de transtornos mentais. Nesta pesquisa, faz-se uso do termo informal para se referir aos discursos não oficiais produzidos pelos atores sociais no cotidiano da instituição.

A pesquisa escolheu considerar duas fontes de discurso informal produzidas pelos atores sociais: testemunhos por escrito resultantes da atualização das informações dos murais de atividades da instituição e produções escritas por usuários da unidade publicadas em um blog, com o auxílio de técnicos. Tal ferramenta é resultado de uma das atividades, de cunho terapêutico e artístico, realizada na instituição. No blog há postagens de imagens e de textos, mas, sobretudo, de poesias, incluindo produções de sarais.

Uma vez que o blog pode ser facilmente acessado, seu nome não é mencionado para não expor os atores sociais em questão e, também, pelo mesmo motivo, evitou-se fazer citações diretas de postagens do blog. O blog e os testemunhos dos usuários e dos membros da equipe foram os discursos informais possíveis de serem acessados e são representativos do discurso cotidiano da instituição, assim como são, os trechos do caderno de campo compartilhados no decorrer da dissertação, sobretudo, no próximo capítulo.

O discurso informal da equipe técnica tende a repetir informações que são encontradas em documentos oficiais, como o fato do CAPS não ser e não poder ser uma instituição total. Parece haver um cuidado por parte da equipe para que isso não ocorra, embora, de forma geral, eles tendam a admitir que a lógica manicomial pode ser reproduzida no comportamento de todos no cotidiano, assim, é como se os técnicos procurassem ter uma postura sempre vigilante.

Já o discurso informal dos usuários, de forma geral, tende a defender a qualidade da unidade CAPS da qual são usuários, embora isso não os impeça de fazer reclamações e discordar dos técnicos no cotidiano da instituição ao questionar seus projetos terapêuticos, como a participação nas atividades, a medicação e as regras da instituição como um todo.

No caso do blog, técnicos e usuários participam de uma atividade de expressão artística, sobretudo através da poesia, e o resultado é publicado em um blog, isto é, trata-se de um grupo de comunicação que passou a publicar suas criações em um blog. Como a participação às atividades abertas é voluntária, embora todos os usuários possam participar também dessa atividade, apenas alguns o fazem.

O discurso principal desta atividade é que a arte pode ser praticada por todas as pessoas e, especificamente nessa atividade, técnicos e usuários participam do processo de criação. Porém, na prática, acredito que os técnicos direcionem a atividade e não se exponham tanto quanto os usuários, como pode ser verificado na própria produção escrita publicada no blog.

Por um lado, os técnicos também produzem, por exemplo, escrevem poesias, assim como os usuários. Por outro lado, seus escritos não os expõem tanto quanto alguns usuários o fazem. Os técnicos utilizam frases de outros autores para se expressarem e, no máximo, mencionam algumas coisas que preferem e que não gostam. Enquanto os usuários, nem todos, tendem a expor mais seus sentimentos e suas falhas. Os técnicos não parecem esquecer que a atividade faz parte do trabalho deles e existe para auxiliar os usuários com suas expressões artísticas. Aliás, de maneira geral, os técnicos são facilitadores em todas as atividades abertas.

O blog apresenta conteúdo de temas diversos, como o que os usuários gostam de fazer, como podem aproveitar melhor o espaço da cidade, etc., mas também surge o tema da loucura e sua internação, sobretudo no mês em que acontece o Ato Nacional da Luta Antimanicomial. Este ato é um momento importante anualmente na instituição como um todo, pois o tema é

trabalhado em diversas atividades como a preparação para participação no Ato, além de acontecer uma reflexão mais aprofundada sobre a loucura.

O dia nacional da Luta Antimanicomial é 18 de maio de cada ano desde 1987 e seu lema principal é “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1987, aconteceu o primeiro ato como resultado do II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental (Amarante, 2010). Anualmente, no Ato, é comum usuários segurarem cartazes com dizeres como: “Por um tratamento em liberdade” (Trecho do blog).

A questão da loucura e sua liberdade é tratada em várias atividades também nesse período. Por exemplo, em uma postagem do blog, um usuário diz que prefere ser louco do que viver uma “vida entediada” e termina dizendo: “Ser louco não é doença. Ser louco é ser saudável. Mas quem não aceita as diferenças não é capaz de perceber” (Trecho do blog).

Outro assunto presente no blog é o discurso da utilidade, alguns usuários dizem que querem ser úteis para a sociedade e a noção de utilidade é diretamente relacionada ao trabalho, uma vez que os usuários dizem que sentem falta de trabalhar. Há um grupo de geração de renda na instituição e o principal comentário dos usuários que participam desse grupo é que eles se sentem úteis.

O blog também compartilha fotos e descrições de eventos comemorativos na instituição, como a Festa Junina. O discurso utilizado deixa claro que uma comemoração no CAPS se trata de um tempo bem passado, “come-se bem”, há “alegria”, passa-se tempo com “amigos” e “perde” quem não participa (Trecho do blog). De modo geral, o discurso por escrito do blog é também encontrado nos discursos e nas interações sociais do cotidiano da instituição.

Além do blog, que é fruto de uma das atividades na instituição, os usuários comentam em outras oportunidades sobre outras atividades, como veremos em detalhes no próximo capítulo. E, também é válido compartilhar alguns testemunhos que resultaram da organização

dos murais. Como mencionado, os murais contêm informações sobre as atividades, assim como, testemunhos de alguns usuários que participam das atividades.

Por exemplo, uma usuária disse que gosta de participar das atividades do CAPS porque “a mente não trabalha para o outro lado, o ruim” (Trecho do blog). É comum usuários falarem do “lado ruim” e dizer que nem sempre são capazes de reconhecê-lo. Por isso, por exemplo, nem sempre aceitariam tomar as medicações conforme indicado pela equipe. Neste mesmo raciocínio, um usuário escreveu: “Loucura. Loucura. Loucura. Low cura. Low cura. Low cura” (Trecho do blog). A palavra *low* em inglês significa baixo/a, assim dando a entender que não há cura para loucura, mas apenas medicações que se propõem a ajudar no cotidiano dos usuários.

O tema da loucura é mais presente em épocas como a do Ato Antimanicomial e, também, durante crises de usuários, uma vez que essas podem afetar o cotidiano do grupo e a loucura é também o tema central de uma atividade específica. Sobre a atividade voltada a conversar sobre a loucura, um usuário afirma que a atividade é boa “para ficar a par da sua doença, conseguir lidar melhor com sua doença”, enquanto outro afirma que é boa “para tentar ter um esclarecimento do que acontece com nossas vidas por causa desses transtornos” (Trecho do mural).

Sobre a Assembleia, um usuário afirma: “O grupo debate para expressar ideias, sugestões, reclamações” (Trecho do mural). A Assembleia é o principal espaço da instituição em que um usuário se sente à vontade para compartilhar suas opiniões. Enquanto sobre o B.P.S.F, um usuário afirma: “É interessante porque a gente passeia, não fica muito enclausurado no CAPS” (Trecho do mural). Existe a preocupação de não passar muito tempo na instituição e, por isso, os técnicos incentivam mais integração dos usuários com a cidade.

Logo, verifica-se que os técnicos, mas sobretudo os usuários, produzem falas no cotidiano da instituição a respeito do funcionamento do CAPS e da saúde mental como um todo. E, especificamente os usuários costumam expressar suas opiniões a respeito de seus projetos terapêuticos e das atividades terapêuticas das quais participam ou deixam de participar. E o fazem, comumente, em comparação com a realidade de um hospital psiquiátrico.

Além disso, é importante enfatizar que nem sempre os usuários se expressam apenas através de falas, mas também através de ações, quando aceitam ou recusam as regras da instituição. Como veremos em detalhes no próximo capítulo, há usuários que se expressam através de espaços formais como a Assembleia, outros que utilizam qualquer atividade para se expressar e, ainda outros que o fazem em outros espaços como os corredores e diante da porta da sala da equipe técnica.

Assim, pode-se afirmar que o discurso dito informal e formal do CAPS são relacionados entre si e se relacionam, por sua vez, com as interações sociais verificadas em campo, como veremos também no próximo capítulo. Não apenas os documentos produzidos pelo Ministério da Saúde a respeito da saúde mental brasileira e, especificamente sobre o CAPS, e os discursos informais de técnicos e usuários presentes em ferramentas como o blog, mas também os discursos que puderam ser verificados nas interações sociais cotidianas da instituição informam sobre a instituição e seu funcionamento. No próximo capítulo, trechos do caderno de campo são também utilizados para aproximar o discurso formal, o discurso informal e as interações sociais na instituição.

3. Ajustamentos primários e secundários na instituição CAPS

No CAPS, não se diz internos nem pacientes, mas sim usuários, pois são usuários de um serviço de saúde pública, são cidadãos exercendo o direito a um tratamento psicossocial gratuito, de qualidade e que respeita os direitos humanos. Os usuários utilizam as próprias roupas e possuem um armário ou podem guardar seus pertences em bolsas ou sacolas. Comumente, eles não dormem na instituição, e quando isso se faz necessário, não se diz internação, mas sim, acolhimento integral. Durante o dia, o estabelecimento permanece de portas abertas, mas isso é relativo. Os usuários não trabalham na instituição e há projetos de geração de renda para os interessados.

Por outro lado, os usuários são incentivados a comparecer na instituição em dias e horários combinados, tomar as medicações conforme indicado por seus terapeutas de referência, participar das atividades propostas e cooperar com a equipe da instituição. Assim, em que medida o tratamento em uma instituição CAPS é diferente de um tratamento em uma instituição total e o que essa mudança produz?

A instituição CAPS não é uma instituição total e há, justamente, um esforço para não reproduzir características do hospital psiquiátrico. Levando isso em consideração, importa compreender como as mudanças produzidas pela instituição CAPS afetam a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários. Portanto, embora haja diferenças e similaridades entre o hospital psiquiátrico, enquanto instituição total, e a instituição CAPS, a pesquisa se concentra, sobretudo, nas diferenças entre a instituição total e a instituição CAPS.

Embora esta pesquisa se concentre, do ponto de vista teórico, nas contribuições de Erving Goffman e de Michel Foucault, é possível utilizar Albuquerque (1978) para uma análise das práticas institucionais. Segundo este autor, deve-se levar em conta quatro fatores: mandato institucional, clientela, objeto institucional e âmbito institucional.

O mandato institucional diz respeito a como se dá a legitimidade da instituição; a clientela são os indivíduos para os quais a instituição dirige suas ações; o objeto institucional é o que é oferecido pela instituição para a clientela, isto é, aquilo que a clientela necessita; e o âmbito institucional é o campo de ação da instituição e das relações sociais em questão (Albuquerque, 1978).

A legitimidade da instituição CAPS está diretamente ligada à reforma psiquiátrica, ou seja, a um serviço oferecido de forma não asilar e que busca respeitar os direitos humanos de sua clientela, que são os usuários da instituição. A clientela busca um tratamento psicossocial gratuito e de qualidade, que inclui psicoterapia, medicação e um espaço com mais liberdade do que um hospital psiquiátrico; e a instituição conta também com uma equipe multiprofissional, o poder-saber psiquiátrico da instituição, que toma as decisões cotidianas na instituição.

Além disso, uma unidade do CAPS se relaciona com outras unidades e instituições que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em uma conversa informal, uma técnica me explicou sobre o trabalho do CAPS: “Aqui a gente tenta fazer um trabalho de humanização, de tratar a pessoa como sujeito de direitos e isso faz toda diferença. Não tem a ver só com medicamento, com crise” (Trecho do caderno de campo).

3.1 Acolhimento e participação

As questões do acolhimento e da participação no CAPS serão discutidas a partir da apresentação dos atores sociais da instituição e, também, de procedimentos, atividades e espaços na instituição, como: terapeutas de referência, acolhimento inicial, medicação, oficinas terapêuticas, grupo terapêutico, participação em atividades como a Assembleia e o Conselho Gestor, e interações para além das atividades, sobretudo, nos corredores e em frente à porta da

sala da equipe técnica. Para isso, serão utilizados alguns conceitos como: estigma e mortificação do *self* (Goffman, 2012a; 2010) e poder disciplinar (Foucault, 1999b).

3.1.1 Classificação e estigma

Uma situação pode ser definida ou enquadrada de diversas formas e por diferentes atores sociais. Quatro tipos de atores sociais são apontados em documentos do Ministério da Saúde a respeito da instituição CAPS: usuários, equipe, família e sociedade/Estado. Família e sociedade/Estado com um “novo” papel, uma vez que o CAPS não pode funcionar como habitação, assim exigindo que usuários habitem com suas famílias ou substitutos, como por exemplo, as Residências Terapêuticas ou os abrigos.

A forma de se referenciar a estes atores sociais, sobretudo aos usuários e à equipe técnica, também informa a respeito de classificação e estigma. O diagnóstico não é comumente divulgado na instituição, mas continua existindo e, portanto, sendo uma forma de classificação e há registro dos casos em prontuários, que não são documentos acessíveis a qualquer pessoa.

Foucault considera que o processo de classificação do sujeito tido como doente começa no primeiro contato com o médico, que funciona como uma autoridade que torna o sujeito um objeto passível de classificação e de análise de sua normalidade. A norma surge como um meio de transformação do indivíduo, sua normalização (Foucault, 1999b; Bert, 2013).

Retomando a questão do registro, um dos mecanismos citados por Foucault a respeito do poder disciplinar é o exame. O poder disciplinar funciona baseado em três principais mecanismos: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame. Por meio da vigilância hierárquica, o indivíduo deve se sentir vigiado sempre, e os que vigiam, notam os desvios, recompensam as qualidades desejadas pela instituição de modo hierarquizante e há sanções que

funcionam para normalizar aqueles que se desviaram pelo controle do tempo, das atividades e dos comportamentos. Já no exame, o olhar hierárquico e a sanção normalizadora são combinados para examinar, classificar e, se necessário, punir. (Foucault, 1999b).

Os registros nos prontuários apresentam, do ponto de vista do poder-saber psiquiátrico, o passado do indivíduo antes e na própria instituição e funciona como base de conhecimento sobre como os indivíduos e seus tratamentos são direcionados pela equipe multiprofissional. Lembrando que os prontuários só são acessíveis à equipe técnica.

Além disso, a questão da classificação está diretamente ligada à questão do estigma. O estigma é a relação entre os atributos de uma pessoa e os estereótipos de uma sociedade, é uma construção social que se dá a partir da relação entre desvio e normalidade e que deteriora a identidade do estigmatizado, como se o estigma representasse quem o indivíduo é como um todo. Há uma hierarquia em que quanto mais próximo do que é considerado normal, menos estigma se sofre (Goffman, 2012a).

O desvio não significa apenas quebrar as normas, mas ser considerado desviante por outras pessoas, isto é, o desvio não é a ação de um indivíduo em um determinado contexto, mas a reação dos outros a tal ação, portanto, é a sociedade que decide que tipo de comportamento é desviante (Goffman, 2012a). Acontece, ao mesmo tempo, um processo de exclusão da sociedade mais ampla e de inclusão a um grupo de anormais (Goffman, 2012a; Burns, 1992).

O normal e o estigmatizado são papéis sociais que fazem parte do mesmo processo social e, portanto, um mesmo indivíduo pode representar ambos papéis, dependendo da situação, ainda que possa acontecer de representar com mais frequência um papel do que o outro; isso explica porque alguém que sofre um tipo de estigma pode estigmatizar outra pessoa por outro tipo de estigma, pois não se trata de indivíduos concretos, mas de diferentes perspectivas em situações sociais (Goffman, 2012a).

Os estigmatizados precisam administrar sua *identidade deteriorada*, tanto os *desacreditados*, indivíduos cujo estigma é evidente, quanto os *desacreditáveis*, indivíduos cujo estigma não é evidente. Os estigmatizados, sobretudo os *desacreditáveis*, podem tentar esconder seus estigmas e tentar passar por *normais* ao controlar informações sobre seu *self*. Além disso, a plateia pode evitar notar o estigma de uma pessoa, assim gerando tensão na situação (Goffman, 2012a; Jacobsen; Kristiansen, 2015).

No caso da instituição CAPS, considera-se que há uma dupla relação dos usuários com o estigma, pois em certos momentos defendem a igualdade e em outros a diferença, algo que pode ser considerado como o resultado do *bom ajustamento* (Goffman, 2012a). Tal ajustamento “exige que o estigmatizado se aceite, alegre e inconscientemente, como igual aos normais enquanto, ao mesmo tempo, se retire voluntariamente daquelas situações em que os normais considerariam difícil manter uma aceitação semelhante” (Goffman, 2012a, p. 132).

Os níveis de normalidade são notados e julgados tanto pelos usuários, quanto pelos técnicos, sobretudo em momentos de crise. Pelos técnicos, sob a forma de uma avaliação formal e pelos usuários, informalmente. Por exemplo, um usuário pode apontar a loucura em outro usuário e negá-la em si mesmo, podendo ficar surpreso ou irritado com o comportamento de outro usuário. Não é incomum presenciar um usuário surpreso com o comportamento de outro e dizer: “Que louco!” (Trecho do caderno de campo).

Da mesma forma, existem diversas categorias, sobretudo para os usuários. Quando um técnico conversa diretamente com um usuário, ele irá chama-lo pelo nome. Porém, em conversas entre técnicos, o termo *usuário* pode surgir. Nos documentos do Ministério da Saúde, é comum a utilização tanto do termo usuários quanto do termo *portadores de transtornos mentais*. Também nesses documentos aparecem outros termos similares, como: “pessoas

acometidas de transtornos mentais”, “pessoas que sofrem com transtornos mentais”, “pacientes portadores de transtornos mentais” e “pacientes com transtornos mentais” (Brasil, 2004).

O termo *paciente* parece ser evitado no cotidiano dos técnicos, mas este surge ocasionalmente. Especialmente os termos *louco* e *doente (mental)* são evitados pelos técnicos, embora já os tenha presenciado com a intenção de fazer piadas. Certa vez, uma técnica ficou surpresa com o comportamento de um usuário e exclamou: “Que loucura!”, ao que outro técnico riu e disse: “É, olha onde ele está” (Trecho do caderno de campo).

Porém, é importante mencionar que exclamações como “Que loucura!” ou “Que louco!”, tanto por parte dos usuários, quanto por parte dos técnicos, não aparecem como xingamentos ou mesmo como referências aos transtornos mentais dos usuários, mas sim como expressões de surpresa, que fazem parte do cotidiano, diante de situações diversas, e não apenas do cotidiano de uma instituição de saúde mental, mas do cotidiano das pessoas, de modo geral.

Não à toa, até por incentivo dos técnicos, os usuários se apropriam dos termos *louco* ou *maluco* através de letras de música, poesias, etc. Como, por exemplo, com as músicas “Maluco Beleza” de Raul Seixas ou “Balada do Louco” de Ney Matogrosso. Essa forma de apropriação aparece tanto como parte de atividades, quanto até mesmo em conversas, pelos corredores. Conversando com usuários, diversas vezes, eles me citaram produções artísticas famosas. Certa vez um usuário se apresentou a mim como “maluco beleza” e emendou “Vejo psiquiatra desde os 13. Estou aqui há 9 anos. Conheço tudo isso aqui” (Trecho do caderno de campo).

Já entre usuários, os termos formais, por exemplo, *pessoas com transtornos mentais*, aparecem com menos frequência, enquanto *usuário* é mais utilizado, embora alguns digam que acham o termo estranho. Por exemplo, certa vez, em Assembleia, uma usuária disse que ela não queria ser chamada de usuária porque ela não era usuária de drogas. Mesmo após explicarem a diferença entre ser usuária do CAPS, isto é, usuária de um serviço de saúde, e usuária de drogas,

ela não pareceu ter se convencido. Os termos, doente (mental) e louco são utilizados por alguns usuários, sendo que alguns consideram estes termos pejorativos e outros não, mas os utilizam para se referir a si mesmo ou a outros usuários. Por exemplo, um usuário me contou que acredita que deixar de utilizar as palavras louco ou doente (mental) é só fingimento.

Um dia, presenciei uma usuária ir até em frente à porta da sala de equipe e pedir para falar com o terapeuta de referência de um determinado usuário. Quando o terapeuta de referência veio até a porta para ouvi-la, ela disse: “X fica me chamando de louca. Fala para ele parar de me chamar de louca”. A técnica respondeu dizendo para ela não se importar com este tipo de coisa. Alguns minutos depois, outra usuária passou pelo corredor e essa usuária me disse: “Ela é louca”. Eu disse: “Você está fazendo a mesma coisa que ele fez com você”. Ela respondeu: “Não. Porque eu não disse para ela, eu disse para você”. E eu disse: “Mas não tem palavra boa para isso. Louco, doente, etc. é tudo ruim. Como você quer que as pessoas te chamem?” Ela respondeu: “Pelo meu nome”. (Trecho do caderno de campo).

3.1.2 Ajustamentos primários e mortificação do *self*

Embora os conceitos de *ajustamentos primários* e de *mortificação do self* tenham sido criados tendo por referência a instituição total, esses são também úteis para refletir a respeito da instituição CAPS. Porém, para tratar desta questão, será preciso primeiramente apresentar alguns pontos específicos da instituição, que são: a função do terapeuta de referência e a forma como se dá o acolhimento na instituição e, em comparação com a realidade da instituição total.

A palavra *referência* é utilizada para se referir aos técnicos que são terapeutas de referência dos usuários. Cada usuário possui uma e, caso necessário, mais de uma referência. E cada técnico acompanha vários usuários como sua referência. Pode-se dizer que ser referência faz parte da função de um técnico.

Um usuário precisa saber quem é sua referência caso seja indagado por um membro de sua família ou por um funcionário do CAPS, pois a referência será a pessoa procurada para se informar sobre seu caso e sobre o andamento de seu projeto terapêutico na instituição. Pode-se considerar que a referência tem como objetivo tomar decisões concernentes ao projeto terapêutico de cada usuário em conjunto com o próprio usuário e com sua família e, também, observar os usuários, talvez como uma *vigilância hierárquica* (Foucault, 1999b).

A referência na instituição CAPS é uma pessoa, trata-se de um terapeuta de referência ou pode-se dizer que é uma função do terapeuta. Porém, assim que comecei meu contato no CAPS, uma técnica me disse que a Assembleia seria a minha referência. Foi algo informal e implícito, mas toda semana eu “reportava” à minha referência, a Assembleia, sob os olhos de alguns técnicos. Além disso, foi-me indicado uma técnica para me auxiliar. Felizmente, esta técnica foi sempre bastante solícita comigo e com minha pesquisa.

Além disso, o terapeuta de referência é importante durante o processo de *acolhimento* de cada usuário. Como já foi visto, segundo o Ministério da Saúde, a instituição CAPS deve ser *acolhedora*. Daí surgem os termos *acolhimento inicial* e *acolhimento integral* ou acolhimento diurno - noturno, que será visto adiante. Todo usuário do CAPS possui um *projeto terapêutico* que é construído no momento do *acolhimento inicial* na instituição entre usuário, referência(s) e família (se houver) (Brasil, 2004).

O acolhimento inicial é um procedimento pelo qual cada usuário passa quando é recebido na instituição e, em que é construído um projeto terapêutico. Cada usuário deve seguir regras como parte de seu projeto terapêutico, como: dias e horários a comparecer ao CAPS, atividades a participar, medicamentos a tomar, etc. Porém, nem sempre os usuários sentem vontade ou condições de seguir estes acordos iniciais com os quais se comprometeram ao entrar na instituição, como veremos mais adiante.

Além dos acordos realizados no acolhimento inicial com a construção do projeto terapêutico há, no cotidiano da instituição, *indicações* dos técnicos para os usuários. *Indicação* é um termo muito utilizado pelos técnicos, não apenas para decisões maiores como indicação ou não para acolhimento integral, mas também para assuntos cotidianos, como por exemplo, indicação para usar o varal de roupas, isto é, só podem usar o varal de roupas aqueles que precisam lavar roupas no CAPS, ou mesmo: “Eu indiquei um banho e uma consulta no clínico geral”, disse um técnico referindo-se a um morador em situação de rua que tinha acabado de chegar ao CAPS (Trecho do caderno de campo). Assim, as indicações e a construção de projeto terapêutico em conjunto com o usuário dizem respeito à participação dos usuários, mas ainda se trata de uma relação de autoridade e de hierarquia entre técnicos e usuários.

Além disso, o processo de criação do projeto terapêutico pode ser relacionado ao conceito de *ajustamentos primários*. Os ajustamentos primários e secundários não existem apenas em instituições totais. Os ajustamentos primários são as adequações dos indivíduos à instituição e da instituição em relação aos indivíduos, isto é, há colaboração entre os indivíduos e a instituição. Os ajustamentos secundários são coisas que os indivíduos fazem por meios ou fins não aceitos pela instituição, portanto, trata-se de uma forma de os indivíduos não aceitarem o que instituição decide que eles devem fazer ou mesmo ser, ou seja, o conceito está diretamente relacionado à identidade dos indivíduos, seus *self* (Goffman, 2010).

No CAPS, os ajustamentos primários estão relacionados ao tratamento psicossocial que contempla a criação do projeto terapêutico de forma voluntária, ainda que possa haver um processo de convencimento por parte da equipe técnica e de familiares do usuário; e a participação dos usuários nas decisões cotidianas da instituição existe até certo ponto, pois é direcionada pela equipe técnica e a equipe decide até que ponto cada usuário tem condições de tomar as próprias decisões.

No entanto, a aceitação do projeto terapêutico por parte do usuário significa a aceitação do diagnóstico proposto pela equipe. O diagnóstico informa sobre limitações por parte do indivíduo e, mesmo, indica que a pessoa não pode confiar em suas reações, por exemplo, há indivíduos que dizem ver ou ouvir pessoas que não estão presentes.

Certa vez, comentei com uma usuária que ela sempre me pareceu bem. Ela respondeu: “Agora eu estou bem, mas não posso parar de tomar os remédios. Se eu parar..., já fiz isso, se eu parar, eu vejo pessoas que não existem igual estou vendo você agora. Também tenho depressão, mas agora estou bem” (Trecho do caderno de campo). No caso, sintomas como esses são tratados ou controlados com medicamentos, psicoterapia, entre outros.

Um usuário pode receber mais de um diagnóstico e pode haver mudanças com o passar do tempo. De qualquer forma, os usuários precisam aceitar seu(s) diagnóstico(s) e também lidar com as questões de autonomia e de participação que são incentivadas por parte dos técnicos. Com relação à mudança de diagnóstico, um usuário me contou, uma vez: “Primeiro disseram transtorno bipolar, depois esquizofrenia e mais recentemente TOC” (Trecho do caderno de campo). Além disso, a capacidade dos usuários de tomar as próprias decisões também varia, sobretudo em períodos de crise, pois quando a equipe técnica julga necessário, decisões são tomadas por usuários.

Retomando o processo de acolhimento inicial, ainda que ele objetive ser “acolhedor”, não deixa de ser uma recepção em uma instituição, mesmo que não se trate de uma *instituição total*, por isso é válido verificar o processo de *mortificação do self*. Goffman define instituição total como: “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 2010, p. 11).

O autor considera três características essenciais para a definição de uma instituição total:

- 1) o fechamento da instituição, isto é, a barreira entre os indivíduos e o mundo, sendo que apesar de nem toda instituição ser total, todas têm tendências de “fechamento”, ainda que umas mais do que outras e essas tendências se mostram pelas barreiras ao mundo externo;
- 2) os indivíduos dormem, trabalham e se divertem no mesmo local, na presença das mesmas pessoas, sob uma mesma autoridade e dentro de uma programação, isto é, do controle do tempo e das atividades;
- 3) há uma divisão entre um grupo menor, representado pela equipe, e um grupo maior, os internos, sendo que a equipe se encontra em uma posição de autoridade em relação aos internos (Goffman, 2010; Burns, 1992).

Goffman (2010) considera que há duas questões principais que podem chamar a atenção dos sociólogos para estudar uma instituição total: o fato deste tipo de instituição ter ao mesmo tempo o caráter informal de residência e o caráter formal de organização e, também, o fato de funcionar como um local que objetiva mudar as pessoas que ali se encontram, isto é, adequá-las ao que a sociedade espera delas.

Uma vez no CAPS, o indivíduo permanece na companhia de outras pessoas e há uma autoridade comum representada pela equipe. Porém, a instituição da família (ou seu substituto) faz-se necessária. O CAPS não corta os vínculos entre o usuário e a sociedade, sendo que o usuário frequenta a instituição de acordo com uma intensidade combinada com sua referência. Porém, sobretudo durante crises, quando há acolhimento integral, o acesso ao exterior é mais complicado, como veremos a seguir.

Acontece também de o usuário ser encaminhado para um atendimento externo, como uma clínica psiquiátrica, até estar em condições de retornar ao CAPS, embora, segundo a equipe, muitas vezes, esta decisão não parte deles, mas sim da família do usuário em questão. Certa vez, após uma atividade em grupo, presenciei uma conversa entre técnicos, em que eles

discutiam como “impor limites” a alguns usuários “sem reproduzir”, por exemplo, a “relação difícil” que muitos deles têm com suas famílias (Trecho do caderno de campo).

Antes de tratar da questão da mortificação do *self*, é importante mencionar que Goffman conceitua *self* de diversas formas ao longo de sua obra, e mesmo, de maneira inconsistente, na opinião de muitos autores. Smith G. (2006) considera que em *Asylums* há dois tipos diferentes de *self*: um relacionado às definições da instituição a respeito de quem o interno é ou pode ser; e outro *self* que contrabalança esta situação, pois se trata do *self* do interno que resiste às definições impostas pela instituição. E se o *self* relacionado à carreira moral é um *self* que se relaciona diretamente com a instituição, como mencionado acima, o *self* mencionado em *The insanity of place* é um *self* presente nas ações do próprio indivíduo (Goffman, 2010; 1969).

Jacobsen e Kristiansen (2015) entendem que há uma definição de *self*, relacionada à análise dramaturgica e à análise ritualística de Goffman, que seria resultado de uma negociação entre uma *face* apresentada pelo ator e a reação da plateia à esta apresentação. Segundo Goffman (2011), o *self* precisa ser protegido e tal proteção é feita em prol da preservação do *self* e da preservação da situação e, por consequência, da sociedade. Esta proteção consiste no *face work*, um trabalho para manter as aparências, de si e de outros, um cuidado com os diversos rituais interacionais que fazem parte do cotidiano. Para Goffman, o *self* é “criado em interação e comunicação com outros”⁴⁵ (Jacobsen; Kristiansen, 2015, p. 112, tradução minha).

Além disso, o *self* possui territórios, que são como uma extensão do *self*, é “o espaço de ação simbólico e material exigido pelo *self*”⁴⁶ (Jacobsen; Kristiansen, 2015, p. 109, tradução minha). Há territórios *fixos* como um imóvel; *situacionais*, isto é, propriedades limitadas por

⁴⁵ No original: “created in interaction and communication with others”.

⁴⁶ No original: “the symbolic and the material space of action required by the self”.

um período de tempo, como um banco em um parque; *peçoais*, ou seja, o espaço imediatamente ao redor da pessoa, entre outros (Goffman, 1972).

No CAPS, por exemplo, há usuários que querem “guardar lugar” em um determinado banco ou cadeira. Especificamente uma usuária tinha esta questão bem destacada. Esta usuária não costumava ficar muito tempo em um lugar, ao invés disso, movimentava-se bastante pela unidade. No entanto, ela esperava que “seu lugar” ficasse reservado para quando ela voltasse, se ela voltasse, mesmo durante reuniões, como a Assembleia. Nem sempre outros usuários concordavam com este comportamento e se recusavam a sair do “lugar dela” justificando que a usuária tinha se levantado e saído. Nesses momentos, técnicos costumavam conversar com a usuária, às vezes reafirmando que ela havia se levantado e ido embora e, por isso, teria que sentar em outro lugar e, às vezes, pedindo para outro usuário liberar a cadeira para ela. Quando esta usuária não conseguia o “seu lugar” para se sentar, ela costumava não aceitar se sentar em outro lugar e se retirava, por exemplo, como aconteceu diversas vezes durante a Assembleia (Trecho do caderno de campo).

Quanto à instituição total, o *self* do interno é *mortificado* e sofre ataques diretos e indiretos. Cada interno possui uma carreira moral, ou seja, o processo pelo qual o interno passa da entrada à saída da instituição total e que contempla mudanças progressivas ao *self* mortificado, isto é, um *self* que progressivamente caminha para se tornar o que a instituição pretende dele. A carreira moral do doente mental é composta de três fases principais: fase de pré-paciente, fase de internamento e fase de ex-doente, que correspondem, na ordem, aos períodos antes, durante e após a hospitalização do paciente (Goffman, 2010; Smith G., 2006).

No caso do CAPS, de um lado, há aceitação do diagnóstico e das regras da instituição e, de outro, há a participação dos usuários na instituição e o incentivo por parte da equipe para

participação para além da instituição, isto é, também na cidade, assim modificando como se dá a carreira moral dos indivíduos em comparação com a instituição total.

No caso da instituição total, o primeiro impedimento colocado ao *self* é a barreira entre o indivíduo e o mundo externo, colocada pela instituição total, que garante o afastamento ou a perda de papéis sociais do indivíduo. Outras perdas acontecem ainda por meio do processo de admissão à instituição que se trata de um processo invasivo ao *self*, como: coleta de história de vida, cortar cabelo, tomar banho, trocar de roupa, instruir a respeito das regras da instituição, etc., além da perda do nome (Goffman, 2010).

O autor defende que as posses de um indivíduo têm relação com seu *self* e o indivíduo precisa de “um ‘kit de identidade’ para administrar sua fachada pessoal”⁴⁷ (Goffman, 1990, p. 20, tradução minha), isto é, roupas, cosméticos, um local de armazenagem para esses, etc. Segundo Goffman, a fachada pessoal é o equipamento expressivo próprio do ator que o distingue, e, portanto, engloba questões como: vestuário, idade, sexo, aparência, atitude, expressões corporais, entre outros (Goffman, 2013).

Pode-se questionar a existência do *kit de identidade* de um usuário do CAPS, pois o processo de entrada e de manutenção na instituição não é tão invasivo quanto em uma instituição total. Por um lado, há regras no CAPS, por exemplo, exige-se higiene mínima para convivência em grupo, mas por outro lado, os usuários utilizam as próprias roupas, carregam os próprios pertences ou possuem armários para guarda-los, são chamados pelo nome, etc.

Sobre os objetos pessoais de um indivíduo e o local de seu armazenamento, Goffman os considera como uma extensão do *self* do indivíduo e que pode, portanto, ser contaminado pelo

⁴⁷ No original: “an ‘identity kit’ for the management of his personal front”.

contato com outros (Goffman, 2010). Neste sentido, talvez seja possível pensar que seria isso que uma usuária tenta proteger quando veste suas roupas em diversas camadas.

Como vimos, a aparência faz parte da fachada pessoal e, um item que costuma surgir em relação às pessoas com transtornos mentais é a questão da higiene pessoal. A respeito da higiene pessoal mínima esperada, certa vez, uma usuária colocou a mão no peito e disse, com a voz agitada, para uma técnica: “Eu vou morrer, eu vou morrer, eu vou morrer!”. Apesar de sua agitação, que costumava se repetir, a usuária parecia bem. A técnica, assim como outras pessoas presentes podiam notar que o nariz da usuária estava sujo, então a técnica respondeu: “Fica calma, vai passar. E vai limpar esse nariz” (Trecho do caderno de campo).

3.1.3 Participação e disciplina

Na instituição CAPS, a participação é um fator essencial e, que pode ser relacionado com a questão da disciplina. Como visto, decisões a respeito das atividades a frequentar, do grupo terapêutico e dos medicamentos, são tomadas entre referência(s), usuário e família. Os técnicos costumam incentivar a participação dos usuários nas atividades e, também, encorajá-los a tomar a medicação conforme indicado por seu psiquiatra de acompanhamento.

Já foi mencionado que as oficinas terapêuticas são atividades abertas, de diversos tipos e que podem variar de uma unidade para outra, dependendo das possibilidades de cada unidade. Na unidade pesquisada há atividades corporais, artísticas, saídas pela cidade em grupo, discussões em grupo sobre o tema da loucura e, também, a Assembleia e o Conselho Gestor, que são atividades de cunho mais político.

Os usuários podem escolher de quais atividades semanais preferem participar, porém a participação é incentivada pelos técnicos e a não participação é malvista, principalmente no

caso de usuários que costumam evitar a participação em todas as atividades, sejam internas ou externas.

Por isso, é comum, antes das atividades, alguns técnicos passem pelos corredores chamando os usuários para participar de uma atividade prestes a começar. Aconteceu algumas vezes, de um dos técnicos solicitar que eu ajudasse nesse processo. Então, tornava-me também uma das pessoas que insistia para que os usuários participassem das atividades. Certa vez, numa situação assim, um usuário me respondeu: “Tenho vergonha. Sou covarde. Não sou mais *criança* para ficarem me dizendo o que fazer” (Trecho do caderno de campo).

Nesse sentido, pode ser interessante lembrar que, segundo Goffman (2010), os internos de um hospital psiquiátrico podem não ser considerados totalmente adultos. No CAPS, pude notar o uso de diminutivos em alguns diálogos entre técnicos e usuários, como no trecho do caderno de campo a seguir, que traz também a questão da participação do usuário nas atividades e a questão do autocuidado. No caso, trata-se de um jovem usuário que procurou a técnica para cumprimentá-la e a conversa continuou:

Técnica: “Vamos pra atividade?”
Usuário: “Eu tô passando mal”.
Técnica: “Você tem falado isso toda semana”.
Usuário: “É que eu não gosto”.
Técnica: “Você não gosta de mais nada, então? É o único grupo em que a gente se encontra. Vamos, vai?”
Usuário: “Não dá”.
Técnica: “Tá precisando tomar um banhinho. Passar um desodorante”.
Usuário: “Eu tomei banho antes de vir”.
Técnica: “Mas você não usa desodorante”.
Usuário: “Eu perdi”.
Técnica: “Vamos pra atividade?”
Usuário: “É melhor não”.
Técnica: “Pensa lá e depois você me fala”.
Usuário: “Tá bom”.

Com relação às atividades externas, os técnicos informam os usuários sobre diversos locais na cidade dos quais eles podem se apropriar como, por exemplo, os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) espalhados pela cidade. Há também projetos de geração de renda dentro e fora da instituição para os usuários interessados, que comumente são

incentivados pela equipe, como uma forma de reinserção social, além dos benefícios previdenciários que os usuários recebem.

Retornando à mortificação do *self*, um dos ataques indiretos ao *self* se dá pelo controle da instituição com relação às atividades e ao tempo dos internos, pois é preciso pedir permissão e esperar o momento certo para coisas consideradas simples e “naturais” fora da instituição total, por exemplo: enviar cartas, telefonar, comer, entre outros (Goffman, 2010). Também Foucault (1999b) fala a respeito do controle do tempo e das atividades. O autor descreve como se deu, no século XVIII, a passagem de uma sociedade de soberania para uma sociedade disciplinar quando o poder passou a ser exercido por meio da disciplina dos corpos das pessoas.

Os corpos precisam ser disciplinados para serem obedientes e úteis para a sociedade através do controle minucioso das atividades, do espaço físico e do tempo, por meio de repetições, regulamentos e vigilância, além dos mecanismos penais que se fazem presentes em todo sistema disciplinar. Mesmo quando não se trata de uma punição mais violenta, mas de uso de métodos mais suaves, ainda assim foca-se no corpo para encarcerá-lo e corrigi-lo; e pela organização do tempo se regulamenta as atividades (Foucault, 1999b; Bert, 2013.)

No caso do CAPS, por se tratar de uma instituição, há regras e horários para: atividades, refeições, permissões para entrada e saída de usuários, etc. No entanto, isso é solicitado pela equipe como uma forma de cooperação por parte dos usuários em prol da boa convivência em grupo. Certa vez, quando conversava com um usuário sobre as regras do CAPS, ele me contou que considerava uma das regras da instituição “ficar quietinho” (Trecho do caderno de campo).

Uma das atividades principais do CAPS é a terapia em grupo, ou *grupo terapêutico*, que acontece, comumente, uma vez por semana, mas pode variar de um grupo para outro. No cotidiano da instituição esta atividade é mais conhecida apenas como *grupo*. Cada grupo terapêutico é formado por cerca de dez a vinte usuários, um psiquiatra e um ou dois técnicos de

outras formações variadas. Desconheço detalhes desta atividade, pois não foi me concedido acesso a ela, porém, os usuários gostavam de conversar sobre ela.

Pude notar que a reação dos usuários a esta atividade variava bastante: alguns admitiam participar da atividade por uma sensação de obrigação, enquanto outros a aproveitavam apenas para discutir questões relacionadas à medicação; alguns reclamavam dos colegas de grupo e isso os fazia não querer participar da atividade, mas os técnicos costumavam insistir na participação dos usuários; ainda outros diziam que gostavam muito da atividade e, inclusive, lamentavam quando esta era cancelada, algo que ocorria, às vezes. Certa vez, estava conversando com um usuário quando uma técnica o chamou para o *grupo*, ao que ele respondeu: “As pessoas ficam falando de doenças. Isso não é bom. Dói minha cabeça. Eu não gosto de ouvir os problemas dos outros. Não posso, fico doente, louco”, mesmo assim ele aceitou participar. Porém, após alguns minutos o vi deitado em um banco no corredor.

Outra forma de ataque direto ao *self*, que auxilia na discussão desta pesquisa, é a exposição do *self*, que o autor considera como “contaminadora”, pois pode englobar a exposição do corpo, das ações, dos pensamentos e das posses de um indivíduo, de forma que esses são invadidos pelo ambiente externo. Por exemplo, precisar fazer confissões pessoais durante terapias em grupo (Goffman, 2010).

No caso do CAPS, esta questão pode ser considerada invasiva, pois diz respeito ao conhecimento da vida pessoal de cada usuário: seus pensamentos, sentimentos, relações familiares e amorosas, reações próprias e de outros a respeito de seu transtorno mental, etc. Além disso, acontecem conversas individuais entre usuários e referências, e entre membros da equipe sobre usuários, embora não na presença de usuários. Porém, pode-se considerar que a exposição mais comum se dá através da psicoterapia em grupo, pois trata-se de compartilhamento em grupo, isto é, falar e ouvir, em grupo. Além disso, apesar de não morarem

na instituição, nos períodos em que estão na instituição, os usuários não possuem espaços privados, mas sim comunitários.

A participação dos usuários não diz respeito somente às atividades, mas também às possibilidades de escolha com relação aos medicamentos. Há usuários que não querem tomar a medicação, enquanto outros afirmam que só frequentam o CAPS para isso. Presenciei momentos em que um usuário só pôde retirar sua medicação após participar de uma atividade acordada. No entanto, há usuários que afirmam o contrário, que eles “usam” a instituição, pois participam das atividades com o interesse de obter a medicação. Talvez possa-se afirmar que a medicação é utilizada como barganha.

Certa vez um usuário utilizou uma metáfora para me explicar a importância da medicação em sua vida: “Quando uma pipa pende para um lado, é preciso colocar um sobrepeso do outro lado para equilibrar a pipa, para [ela] poder voar. Os remédios fazem isso, equilibram e eu consigo levar uma vida praticamente normal” (Trecho do caderno de campo).

A medicação pode aparecer também como uma tentativa de solução para tudo. Uma vez, no corredor, uma usuária disse para seu psiquiatra: “Me ajuda, minha cabeça está vazia. Tem remédio para cabeça vazia?” Ele respondeu: “Não, é que você pensa muito, a cabeça está descansando”. Então, ela virou-se para conversar com outra usuária: “Minha cabeça está vazia, não consigo distrair com nada” e a usuária respondeu: “Descansa”. Ela procurou outro usuário e disse: “Eu não consigo distrair com nada, o que eu faço?” Ele não respondeu, apenas continuou caminhando e ela passou a caminhar ao lado dele (Trecho do caderno de campo).

Retornando à questão da participação nas atividades abertas, embora haja diversas atividades disponíveis, como já mencionado, três atividades me pareceram oferecer mais oportunidades de participação aos usuários, no sentido de eles poderem opinar sobre decisões tomadas que dissessem respeito a si próprio, aos outros usuários e à instituição, de modo geral.

De maneiras diferentes, faz parte das atividades: B.P.S.F., Assembleia e Conselho Gestor, a tomada de decisões, não só por parte dos técnicos, mas também por parte dos usuários. Essas atividades foram constituídas para serem assim e isso as torna diferenciadas das outras atividades abertas da instituição, embora os usuários possam participar e opinar em todas as atividades abertas.

Primeiramente, é importante esclarecer que B.P.S.F. é a sigla de uma atividade de saídas culturais em grupo. Optei por apenas mencionar a sigla para não expor a instituição, já que não se trata de uma atividade comum a todos os CAPS e esta pesquisa se compromete com o sigilo das identidades dos atores sociais envolvidos. Algumas atividades são comuns às unidades do CAPS, como por exemplo: a terapia em grupo, a Assembleia e o Conselho Gestor, enquanto outras atividades, isto é, as práticas corporais, expressivas e comunicativas podem variar de uma unidade para outra. Essas práticas existem em todos os CAPS, mas podem ser de diversos tipos, como práticas esportivas, artísticas, entre outros, dependendo do que os técnicos têm condições de oferecer e do que os usuários se interessam em participar (Brasil, 2013).

O B.P.S.F. é uma atividade aberta semanal que conta com quatro técnicos responsáveis. Um dos técnicos definiu esta atividade, para o mural informativo de atividades da unidade, como: “um grupo que organiza saídas pelo território, buscando desenvolver a autonomia e a inclusão sociocultural dos participantes” (Trecho do mural).

Segundo minhas impressões, nesta atividade são realizados um ou mais encontros dentro da instituição, semanalmente, para decidir, em grupo, a próxima saída coletiva. Em seguida, há a saída pela cidade, que pode precisar de mais ou menos organização. Depois, retorna-se à instituição para discutir a saída realizada e preparar-se para uma nova saída.

Acompanhar o grupo nas saídas é interessante para notar como se dá a relação dos usuários e dos técnicos fora da instituição e, também, para observar como pessoas do território

reagem aos usuários, por exemplo, no que diz respeito ao estigma. No entanto, como o foco desta pesquisa é, sobretudo, institucional, procurei acompanhar principalmente os encontros antes e após as saídas, que costumam acontecer na própria instituição ou em uma biblioteca local, próxima à instituição.

Já com relação ao modo como se dão as interações entre usuários e técnicos durante esta atividade, entendo que seja parecido com a forma em que o mesmo acontece na Assembleia. Por isso, escolhi descrever e analisar ambas atividades em conjunto, mais adiante após introduzir a atividade da Assembleia.

Após cada encontro do B.P.S.F., os técnicos se reúnem por alguns minutos para discutir o encontro e casos de alguns usuários que chamaram atenção durante o encontro. Os técnicos costumam discutir, por exemplo, como foi conduzir o encontro, como um determinado usuário se relaciona com sua família, com outros usuários e com técnicos do CAPS, e, também com a medicação, entre outros, e discutem como proceder, caso detectem problemas.

A Assembleia também é uma atividade aberta semanal. Dois técnicos definiram a função desta atividade para o mural informativo de atividades da instituição como: “discutir questões do cotidiano do CAPS. Decidir e fazer acordos juntos para melhorar a organização do serviço e a convivência” (Trecho do mural). No grupo terapêutico, questões pessoais são discutidas, já a Assembleia é considerada pela equipe como um espaço de discussões coletivas.

A equipe incentiva a participação dos usuários na Assembleia. A atividade começa com os informes da semana que possam interessar a todos e depois se passa para a pauta do dia. Os assuntos variam, é possível discutir questões internas, como alimentação ou limpeza, mas também assuntos externos, como benefícios previdenciários, ou qualquer outra discussão de interesse coletivo relacionado à saúde mental.

Tanto no B.P.S.F. quanto na Assembleia, meu papel nem sempre foi só de observadora, mas também de participante, dando opiniões. Foi também nessas duas atividades que algumas vezes fui interpelada em grupo sobre quem eu era, o que fazia ali, etc. Essa é uma unidade em que tanto a equipe quanto os usuários estão acostumados a receber estudantes, porém, estão mais acostumados com estagiários ou residentes e da área da saúde. Pesquisadores são menos frequentes, principalmente se não estão munidos de um questionário e, menos comum ainda, pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais. Apesar das apresentações, tornei-me mesmo assim, “estagiária da USP” para os usuários, um título com o qual estavam acostumados.

Nos casos da Assembleia e do B.P.S.F., há um processo de decisão que faz parte da essência das duas atividades no qual a intenção é que os usuários sejam os protagonistas, enquanto os técnicos sejam os facilitadores. Os técnicos tendem a conduzir os encontros para que não fujam do propósito, isto é, no caso do B.P.S.F., decidir a próxima saída ou discutir a última saída e, no caso da Assembleia, discutir questões relacionadas ao CAPS ou, de forma mais ampla, à saúde mental.

Em ambas atividades, conforme surgem assuntos considerados pertinentes, isto é, que condizem com os objetivos das atividades, os técnicos abrem para discussão, como, por exemplo, quando um usuário diz que tem medo de sair sozinho pela cidade ou quando reclama do comportamento de outro usuário, os técnicos utilizam essas oportunidades para discutir questões como autonomia, insegurança, estigma, respeito a si próprio e aos outros, etc.

As interações entre técnicos e usuários, e entre os usuários nessas atividades sempre me pareceram um pouco caóticas. É comum a conversa dispersar, há aqueles que interrompem misturando outros assuntos, inclusive assuntos pessoais, mas os técnicos buscam retomar o assunto em pauta. Além disso, por se tratarem de atividades que contemplam muitas pessoas dando suas opiniões, nem sempre em concordância, aparecem dificuldades de comunicação.

Assim, acontece também de uma atividade ser finalizada pelos técnicos antes do horário previsto, quando eles percebem que não é possível prosseguir com a atividade.

Retornando à questão da autonomia, a equipe incentiva a autonomia dos usuários. A autonomia e o autocuidado são duas palavras bastante utilizadas pelos técnicos. E essas questões podem ser relacionadas ao autogoverno. Governamentalidade é um neologismo criado por Foucault e une numa mesma palavra as noções de governo e mentalidade, no sentido de que não se trata mais de um poder que objetiva corpos dóceis, isto é, o poder disciplinar, mas de um poder em que cada indivíduo age em prol da própria subjetivação (Foucault, 2008b).

A governamentalidade leva em consideração o bem-estar do indivíduo, sua segurança e sua prosperidade, ao invés do controle social exercido pelo poder disciplinar (Hancock; Garner, 2011). Foucault define governamentalidade como “poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança” (Foucault, 2008b, p. 143). A concepção de dispositivo de Foucault (1999b; 2008b) abarca discursos, instituições, leis, etc. O dispositivo de segurança contempla vigilância, controle da circulação, disciplina e tecnologias de autoregulação. O poder disciplinar se aplica aos corpos com o objetivo de adestramento, fazendo uso dos mecanismos de vigilância, sanção normalizadora e exame; enquanto o biopoder é aplicado à população através das técnicas de regulamentação e da biopolítica.

Assim, interessa não só as reflexões de Foucault sobre o poder disciplinar, mas também sobre a governamentalidade e o biopoder. Pode-se dizer que os usuários dos CAPS, como desviantes, representam uma parte da população que necessita ser controlada através dos dispositivos de segurança, que são tecnologias de poder que objetivam o governo das populações, porém de uma forma cuja ênfase se encontra na ideia de bem-estar e de subjetivação.

O bem-estar dos indivíduos considerados “normais” e o bem-estar dos indivíduos considerados “desviantes”, que possuem o direito, e não a obrigação, à um tratamento psicossocial institucional, cujas regras, até certo ponto, são diferenciadas das normas de uma instituição total, deve ser o mesmo. Acredito que, na instituição CAPS, a subjetivação seja um exercício cotidiano, pois a equipe incentiva a auto subjetivação de cada usuário. Os técnicos incentivam a autonomia dos usuários e há expectativa de autocuidado por parte dos usuários, já que se trata de um convívio em grupo, como foi justificado por uma técnica. Portanto, pode-se dizer que há expectativa de um autogoverno.

A participação e a proatividade são incentivadas nas atividades já discutidas e, também, no Conselho Gestor, que se trata de uma atividade aberta mensal na qual decisões a respeito da saúde mental podem ser discutidas e levadas para outros órgãos, dependendo da necessidade. O Conselho Gestor é composto por conselheiros votados, que são: usuários, técnicos e o gerente da unidade, mas todos são convidados a participar dos encontros.

Arelada aos Conselhos Gestores de Saúde, está a noção de controle social do SUS com um significado próprio, diferente da forma como o conceito é utilizado nas Ciências Sociais, pois embora seja difícil dizer que haja um significado único nas Ciências Sociais, é possível pensar em controle social como regulamentação da conduta de indivíduos, por parte da sociedade, para obter controle sob os mesmos.

Já o controle social do SUS diz respeito à participação da população para controlar como se dão as políticas de saúde e tal controle social é exercido sobretudo pela participação nos Conselhos Gestores, que são abertos a “usuários, gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde”. Segundo o Ministério da Saúde, os Conselhos de Saúde são “espaços de consolidação da cidadania” que objetivam “formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas

de saúde” (Brasil, 2006). Os Conselhos e as Conferências de Saúde são espaços definidos para o exercício do controle social do SUS.

Foucault considera que os oprimidos não devam ser representados, mas ao invés disso, ter condições de representar a si mesmos (Foucault, 2012b). Neste sentido, talvez seja possível afirmar que o controle social do SUS por meio do Conselho Gestor tenha essa intenção (Brasil, 2006), embora na prática haja críticas sobre seu funcionamento. Os usuários têm a possibilidade de participar deste espaço, isto é, este lugar de fala pode ser ocupado diretamente pelos usuários ao invés de serem representados por outros atores como os profissionais da área da saúde. Os técnicos convidam os usuários a fazer parte de espaços como: Assembleia, Conselho Gestor, manifestações da luta antimanicomial, espaços de geração de renda, etc.

Em primeiro lugar, considera-se que esses espaços de participação podem ser também espaços de negociação e de construção disciplinar. Goffman diz que a interação face a face contempla diversas negociações, pois a apresentação do *self* de um indivíduo precisa ser adaptada à situação em que se encontra. Em segundo lugar, fora as informações que os indivíduos dão de forma intencional e não intencional, existe também o comportamento estratégico, que é mais do que o controle das próprias ações em uma situação, trata-se da manipulação das ações como jogadores, isto é, os indivíduos planejam e executam ações, embora o comportamento calculado seja restringido pelos rituais interacionais (Goffman, 2013; Jacobsen; Kristiansen, 2015).

De fato, a equipe procura diferentes estratégias para lidar com os problemas diários relacionados aos usuários, e os usuários também procuram formas de se beneficiar na instituição. Pode-se afirmar que os usuários do CAPS precisam se adaptar às situações que surgem e ao que é esperado deles por parte da instituição e isso acontece por meio de

negociações com a equipe. Além disso, as adaptações e as reações à instituição se dão também através dos ajustamentos primários e secundários.

Quanto à construção disciplinar, o poder disciplinar requer vários fatores, como já mencionado, que são: vigilância hierárquica, organização do espaço, controle do tempo e registro dos saberes-poderes (Foucault, 1999b). É possível considerar que os indivíduos que são enviados a uma unidade do CAPS precisam ser controlados e trazidos de volta, o máximo possível, à normalidade e à produtividade que se espera de todos os indivíduos na sociedade.

Sendo assim, é possível afirmar que ainda há espaços próprios para tratamento da loucura e, no caso brasileiro, o principal espaço é a instituição CAPS, embora esta instituição faça parte de uma rede maior de atenção à saúde e, a família (ou substitutivo, como por exemplo, Residências Terapêuticas ou abrigos) tenha passado a ter mais centralidade.

Retomando os fatores que caracterizam o poder disciplinar para pensar o caso empírico, no CAPS, com relação ao controle do tempo, pode-se considerar que este controle não é mais minucioso, há inclusive um tempo dedicado ao ócio. Também a vigilância não é constante e é dividida entre diversos técnicos da equipe multiprofissional. Embora continue a existir a produção de um poder ao mesmo tempo que de um saber.

3.1.4 Circuito e salvar as aparências

Dois pontos trabalhados por Goffman com relação à instituição total são a existência, na instituição, do *circuito* e a necessidade de *salvar as aparências* por parte dos atores sociais. No CAPS, importa compreender não apenas as interações sociais que se dão durante as atividades, mas também, as que acontecem nos períodos entre atividades, sobretudo, nos corredores e em frente à porta da sala da equipe técnica.

Como já mencionado anteriormente, a frequência de cada usuário no CAPS varia de acordo com seu projeto terapêutico. Os usuários com os quais possuo mais contato são os que frequentam o CAPS todos os dias ou alguns dias da semana e não apenas para as atividades. Alguns usuários dizem que prefeririam não estar ali, mas muitos dizem preferir ficar ali do que em casa ou em outros locais da cidade. Os técnicos costumam incentivar os usuários, que têm condições, a usufruir mais dos espaços da cidade e, assim, passar menos tempo dentro da instituição. Ouvi algumas vezes falas como: “Aqui não é ruim, mas é melhor a casa da gente” (Trecho do caderno de campo).

Nos momentos em que os usuários não participam de nenhuma atividade ou reunião com suas referências, eles costumam ficar sentados nos bancos ou sofás espalhados pelo local. Há também: a sala de estar, onde alguns assistem televisão e outros dormem, embora não haja muito espaço; a sala de recreação, onde há alguns colchonetes e o espaço é utilizado para relaxar; e outras salas que possuem cadeiras de plásticos e são usadas por usuários quando não há atividades ou reuniões. Nem sempre as salas são utilizadas do modo como são intencionadas, por exemplo, é proibido fumar ou namorar no local, mas isso acontece. O CAPS também não é local de dormir, no entanto, muitos cochilam nos colchonetes, sofás e bancos. Nos corredores, os usuários costumam conversar entre si, discutir ou ficar em silêncio.

Quando os técnicos passam pelos corredores, é comum serem interpelados por usuários que querem conversar e acontece de os técnicos pedirem para eles esperarem. Nos corredores, é possível que um técnico esteja a caminho de uma reunião ou atividade, então ele evita parar ou até desvia dos usuários mais insistentes. Muitos usuários se deslocam até em frente à porta da sala da equipe técnica e lá permanecem ou, mesmo, entram na sala sem permissão e, em seguida, são convidados a se retirar, pois usuários não são permitidos dentro da sala de equipe.

Os usuários costumam pedir por coisas que foram negadas anteriormente, por exemplo: cigarros, fazer uma ligação pessoal utilizando o telefone da sala da equipe, tomar café fora do horário permitido, reclamar do comportamento de outro usuário, etc. Um usuário tende a procurar sua referência, mas os psiquiatras são os mais buscados, pois há solicitações por mudanças nos medicamentos psiquiátricos, como: aumento ou diminuição de doses, mudança de medicação, problemas com efeitos colaterais, etc., além de solicitações de diagnósticos não psiquiátricos, já que os psiquiatras são os únicos médicos da instituição⁴⁸.

Um usuário, quando não estava satisfeito com a resposta de um técnico ou quando era pedido que ele esperasse e isso demorava, voltava a se posicionar em frente à porta da sala de equipe e insistia em seu pedido. Já presenciei vários “Agora não!” de forma enfática. Porém, às vezes a persistência dos usuários garantia a eles o que solicitavam, ainda que tudo fosse negociado e as negociações fossem reafirmadas aos usuários.

Por exemplo, certa vez uma usuária chorou até conseguir acesso à internet na sala dos técnicos. Uma técnica pediu que eu a ajudasse e me disse, pausadamente, ao lado da usuária em questão: “A X precisa de ajuda e agora que [ela] se acalmou e veio conversar com a gente como adulta, nós abrimos uma exceção” e continuou: “hoje ela estava fazendo o que ela sempre faz: dando ataques histéricos para conseguir o que ela quer. Ela precisa aprender a esperar. Isso é uma exceção”, então virou para a usuária e finalizou: “Você está entendendo?” e a usuária confirmou que sim com a cabeça (Trecho do caderno de campo).

Nos corredores e em frente à porta da sala de equipe, acontecia de técnicos se recusarem a entrar em uma discussão com um usuário e dizerem que ele deveria conversar no *grupo*. Há usuários que evitam participar do grupo e de outras atividades e, depois, procuram os técnicos

⁴⁸ Os usuários devem buscar atendimento médico externo para questões não relacionadas à saúde mental, porém eles reclamam que o atendimento em posto de saúde é demorado.

e, principalmente, os psiquiatras para conversar. Assim, os corredores, mas principalmente a porta da sala de equipe, se tornou um ponto de potenciais conflitos entre técnicos e usuários.

Não só espaços estabelecidos para opinar e fazer negociações, como a Assembleia, são utilizados pelos usuários para se expressarem, assim exigindo por parte da equipe, uma capacidade constante de adaptação e de readaptação. Neste sentido, acredito que, sobretudo, o espaço em frente à porta da sala de equipe possa representar como os ajustamentos primários e secundários, por vezes, confundem-se devido à participação dos usuários na instituição.

Certa vez, estava dentro da sala de equipe com alguns membros da equipe técnica, quando uma usuária parou na porta e pediu para falar com seu médico. O psiquiatra em questão olhou para os colegas presentes e disse: “Eu não aguento mais, ela não sai do meu pé”. Depois ele olhou para mim, talvez incomodado com a minha presença. A usuária continuou esperando na porta, então um técnico disse para a usuária: “Vai dar uma volta”. Ela respondeu: “Mas eu não estou ouvindo nada”. Uma técnica insistiu em dizer para a usuária dar uma volta que depois eles a chamariam para conversar, então a usuária saiu dali (Trecho do caderno de campo).

Além disso, com relação aos períodos entre atividades, oficialmente chamados de *espaços de convivência ou ambiência*, segundo me informou uma técnica, tratam-se de espaços livres intencionais que fazem parte do projeto terapêutico do CAPS com a função de garantir que os usuários interajam uns com outros e são também espaços abertos para que os usuários sejam criativos sobre suas vidas em geral, isto é, tenham *insights*.

Também deve ser um espaço de relacionamento entre os usuários e os técnicos, mas os técnicos admitem que não interagem tanto, isto é, não têm condições de se dedicar a mais conversas com usuários devido às muitas tarefas a cumprir e ao fato de que a equipe é enxuta. No entanto, afirmam que não deixam de interagir com os usuários quando solicitados, ainda que possam ser interações rápidas.

As interações sociais, entre técnicos e usuários, com potencial mais conflituoso podem ser relacionadas aos conceitos de *circuito* e de *salvar as aparências*. Outro ataque indireto ao *self*, que faz parte da *mortificação do self*, é o *circuito*. Comumente, um indivíduo pode defender e proteger seu *self* ao manter distância da situação que ameaça seu *self*. Quando o *self* de um indivíduo é atacado, tem-se a possibilidade de *save-face*, isto é, de reagir para *salvar as aparências*, seja com ironia, irritação, etc. No entanto, em instituições totais, tais ações podem ser penalizadas (Goffman, 2010; Jacobsen; Kristiansen, 2015).

O circuito ou *looping* na instituição total acontece quando o *self* de um indivíduo é de alguma forma atacado pela instituição e o indivíduo tenta se proteger *saving-face* ou *salvando as aparências*, porém sua ação constitui motivo para mais punições e, também é possível que seu comportamento fora da instituição seja utilizado como prova e discutido em grupo, como nas terapias de grupo, pois a resistência é entendida como sintoma da doença mental (Goffman, 2010; Jacobsen; Kristiansen, 2015).

No caso do paciente que não segue as regras da instituição, seu *self* precisa ser atacado através do circuito para manter a ordem na instituição, pois o paciente representa uma ameaça a ser contida. O paciente, por sua vez, procurará defender seu *self* dos ataques institucionais, praticados pela equipe, através de instrumentos como os ajustamentos secundários. Qualquer comportamento por parte do indivíduo, com o objetivo de desafiar a definição de *self* estabelecida pela instituição para ele, pode ser recebido de forma defensiva pela instituição (Goffman, 2010; Hancock; Garner, 2011).

No CAPS, quando o *self* de um usuário é atingido, não acredito que haja muito espaço para *save-face*, pois quando um usuário reage com ironia, irritação, etc. ele tende a ter sua atenção chamada pelos técnicos, não necessariamente com punições, mas com broncas ou momentos de ensinamento sobre como um *adulto* deve se comportar.

Goffman (2010) também apresenta as táticas que são utilizadas pelos internos para se adaptar à instituição total. A primeira é o *afastamento da situação*, em que o interno procura não dar atenção aos acontecimentos a sua volta. A segunda é a tática da *intransigência*, em que o interno se recusa a cooperar com a equipe, embora isso não costume durar. A terceira é a *colonização*, em que o interno procura tornar a instituição a sua própria casa, dentro das limitações impostas. A última é a *conversão*, que acontece quando o interno parece acreditar no objetivo oficial declarado pela instituição e, portanto, coopera totalmente com a equipe.

Na instituição CAPS, já vimos exemplos de situações que mostram que há usuários que se comportam de forma que poderia ser considerada como intransigente, ao se recusarem a participar das atividades e da terapia ou recusarem-se a tomar os medicamentos. Também é possível verificar momentos em que alguns usuários parecem estar “distantes” mentalmente, embora não fisicamente, assim se afastando da situação. Da mesma forma, existem usuários que parecem não exatamente gostar de serem usuários na instituição, mas se conformam com essa situação e procuram encontrar formas de conseguir as coisas que querem, dentro das limitações impostas pela instituição.

Há ainda, usuários que parecem dependentes da instituição: há usuários que possuem uma imagem positiva da instituição, da equipe, dos colegas e, parecem aproveitar o cotidiano do qual fazem parte; e há outros que fazem reclamações a respeito dos técnicos, das atividades e de outros usuários, mas preferem não sair da instituição para passeios ou outras atividades, a menos que sejam acompanhados por membros da equipe. E, também, estes usuários não gostam quando os técnicos dizem que eles não podem passar tanto tempo na instituição quanto gostariam. Essas formas de adaptação e de reação à instituição são também ajustamentos primários e secundários.

3.2 Adaptações e reações à instituição

Como visto, a questão da participação dos usuários é essencial para compreender como se dá o funcionamento da instituição CAPS, assim como, importam as diversas formas de adaptação e de reação à instituição. Foucault afirma que se instituições como a prisão continuam a existir é porque elas possibilitam a “manutenção das relações de poder na sociedade moderna” (Alvarez, 2004, p. 172) e que, portanto, é necessário analisar como os indivíduos reagem à instituição, pois os mecanismos de controle não apenas controlam, mas produzem comportamentos em resposta às normas e instituições (Foucault, 2012b; Alvarez, 2004).

A fim de abordar as adaptações e as reações dos usuários à instituição CAPS apresenta-se algumas categorias e alguns procedimentos da instituição, como: combinados, situações de crises e acolhimento integral, para isso trabalhando as regras, recompensas e punições, ou seja, o sistema de privilégios e, também, especificidades dos ajustamentos secundários, isto é, fontes, locais, recursos e estrutura social. Além de focar nas regras de conduta, sobretudo, nos rituais de insubordinação e nas profanações cerimoniais, embora as questões dos ajustamentos primários e secundários perpassem a dissertação, como um todo (Goffman, 2010; 2011).

3.2.1 Regras, recompensas e punições

Tanto Foucault quanto Goffman trabalharam as questões das regras, das recompensas e das punições em instituições ditas totais, embora de formas e com fins diferenciados. Enquanto Foucault fala da vigilância hierárquica, da sanção normalizadora e do exame, Goffman trata do sistema de privilégios (Foucault, 1999b; Goffman, 2010).

O exercício do poder disciplinar implica que os desvios das regras sejam punidos, sendo que o castigo disciplinar funciona de forma corretiva, além de recompensar “bons”

comportamentos, sobretudo com o objetivo de normalização (Foucault, 1999b). No entanto, como lembram Goffman (2012b) e Foucault (1999b), as regras podem funcionar na sociedade como limitações, mas, também, como recursos aos atores sociais e como forma de resistência.

O poder disciplinar produz comportamentos e, mesmo, sujeitos, pois como está em toda estrutura social, não há “externo” ao poder, por isso também que a resistência se encontra “dentro da própria rede do poder”. O poder é positivo e produtivo e não apenas, negativo e repressivo. (Machado, 2012, p. 18; Foucault, 2012b). Toda relação de poder gera resistência por parte dos dominados, sendo que os direitos conquistados pelas pessoas vêm desta resistência (Foucault, 1999b). Os sujeitos são produzidos e se produzem: “... os sujeitos podem ser, ao mesmo tempo, produzidos por práticas ou discursos objetivantes, mas também se produzirem a si mesmos mediante procedimentos de subjetivação essencialmente ligados a momentos de conflitualidade e de antagonismo” (Bert, 2013, p. 90).

Já na instituição total, Goffman (2010) diz que o interno é informado, formal e informalmente, a respeito do sistema de privilégios da instituição que, por sua vez, fará com que seja possível começar a reorganização do *self*. O autor divide o sistema de privilégios em três elementos: regras, recompensas e punições.

As regras são as prescrições e as proscricções para a conduta do interno na instituição. Enquanto as recompensas são dadas em troca de cooperação com a equipe, embora sejam recompensas pequenas, se comparadas ao que um indivíduo pode ter acesso na sociedade, como por exemplo, poder fazer um telefonema ou fumar um cigarro. As punições são as consequências por se quebrarem as regras, por exemplo, uma forma de punição é a perda das recompensas (Goffman, 2010).

A respeito do sistema de privilégios, Goffman afirma: “A consequência geral é que se consegue a cooperação de pessoas que muitas vezes têm razão para não cooperar” (Goffman,

2010, p. 52). No hospital psiquiátrico, há um mínimo exigido de rotinas sobre alimentação, vestuário, acomodação, limpeza de roupas e proteção dos indivíduos de danos físicos. Os membros da instituição precisam ser persuadidos e encorajados a seguir as rotinas da instituição, isto é, exige-se dos indivíduos cooperação, que quando alcançada, os mesmos são recompensados e quando não, punidos. (Goffman, 2010).

No caso da instituição CAPS, há regras de convivência que precisam ser seguidas pelos usuários e quando elas são quebradas, muitas vezes isso é discutido em Assembleia, pois um usuário pode fazer reclamações a respeito do comportamento de outro usuário, como por exemplo, fumar em locais proibidos, brigar, quebrar objetos de uso comum como a televisão, entre outros.

Quando regras assim são quebradas, isso é discutido tanto em grupo, na Assembleia, quanto diretamente com o usuário e sua referência, pois o usuário e sua família precisam arcar com os prejuízos causados. Certa vez, um técnico me disse: “A gente tenta fazer algum combinado. Deixar claro que não dá para chegar quebrando tudo, não dá para desrespeitar as pessoas. Só que nunca barrando totalmente as possibilidades de acolhimento, mas colocando limites para a pessoa chegar a algum acordo” (Trecho do caderno de campo).

Ao longo do período de tratamento no CAPS, é comum os técnicos fazerem acordos ou *combinados* com os usuários, como dizem os técnicos. Há questões maiores que são acordadas previamente através do projeto terapêutico, como dias, horários e atividades a frequentar no CAPS, e também questões menores como, por exemplo, quantos cigarros um usuário pode ter acesso ao dia, se pode utilizar o telefone da sala de equipe para ligações pessoais, entre outras.

Quando, por exemplo, um usuário faz um pedido em frente à porta da sala da equipe para algum técnico presente no momento, este vai checar, no prontuário do paciente ou oralmente com outro técnico, sobretudo com a referência do usuário, se há um combinado para

aquele pedido. Caso não haja esta informação, ele decide no momento se vai negar, abrir uma exceção ou criar um novo combinado. Sendo assim, o novo acordo passa a fazer parte do prontuário do paciente em questão, ou seja, o prontuário é atualizado pela referência.

As possibilidades de negociação parecem bastante amplas, mas há também limites que são impostos pelos técnicos e que são bem ou mal recebidos por parte dos usuários. Os técnicos podem receber desde pedidos educados a xingamentos ou ameaças. A Assembleia também funciona como um espaço para estabelecer acordos do grupo para o grupo. No entanto, é comum que as dificuldades de convivência que são discutidas na Assembleia se refiram a pessoas que não costumam participar da Assembleia e nem de outras atividades.

Assim, além do acordado no projeto terapêutico funcionar como um ajustamento primário, como mencionado anteriormente, também os combinados podem ser pensados como ajustamentos primários, uma vez que são formas sugeridas aos usuários pela equipe técnica para se adequar à instituição.

Além disso, a frequência ao CAPS e, especificamente, seguir os acordos sobre a medicação e a frequência às atividades e ao *grupo* faz parte do combinado, concernente ao tratamento psicossocial de cada usuário, criado inicialmente no processo de acolhimento inicial, que, segundo os técnicos, é um processo voluntário, mas que pode requerer incentivos e, na minha opinião, até convencimento⁴⁹. Esse processo consiste em incentivar/convencer o futuro usuário de que ele se beneficiará de um acompanhamento psicossocial no CAPS ao invés de não fazer nenhum tipo de acompanhamento e, caso necessário, incentivar/convencer a família de que o futuro usuário não necessita ser internado em uma clínica psiquiátrica, por exemplo.

Fora o processo de entrada na instituição, há outro processo comum de incentivo/convencimento que acontece durante as *crises*. Porém, no caso de alguns usuários, o

⁴⁹ Foi minha escolha utilizar a palavra convencimento / convencer.

trabalho de incentivo/convencimento parece frequente e independente das situações de *crise*, que são mais trabalhosas.

A equipe reage quando usuários se negam a participar do *grupo* ou das atividades ou, se negam a tomar as medicações, e a reação parece variar de acordo com o usuário, já que alguns são mais maleáveis do que outros e, também, de acordo com a situação, pois as *crises* implicam em um comportamento diferenciado por parte de todos os atores sociais que fazem parte da instituição ou estão em contato com a instituição, isto é, inclui técnicos, outros usuários, outros funcionários, como por exemplo, os seguranças e, também, visitantes, estagiários, entre outros.

Certa vez, presenciei uma cena que chamou minha atenção pela insistência tanto por parte dos técnicos quanto por parte do usuário em questão. Um usuário que costuma não ir ao *grupo* passou por um processo de incentivo/convencimento por parte de alguns técnicos presentes. Após conversas, o usuário se negou a participar. Em seguida, uma técnica chegou a suavemente puxá-lo pela blusa e, então ele gritou: “Isso é agressão! Isso é agressão!”. Ela parou de puxá-lo e respondeu: “Isso não é uma agressão. Eu estou te levando para fazer uma coisa boa, um tratamento que faz bem para você”. Outro técnico disse: “Você não vai mesmo? Então tá, mas depois você não vai ficar ali na nossa sala querendo falar com a gente. Você não devia vir mais para o CAPS, se você não quer participar de nada, se não quer fazer o tratamento”. Ele respondeu: “Mas eu não aguento. É muito barulho. Ficam falando de doença”. Depois, os técnicos desistiram (Trecho do caderno de campo).

Com relação a questão do incentivo/convencimento, é importante mencionar que, embora seja incomum, há casos de usuários que escolhem não mais frequentar a instituição ou que a equipe decide que um usuário não está em condições de receber tratamento no CAPS. Isso ocorre quando, por exemplo, um usuário impossibilita a convivência em grupo.

As conversas entre técnicos e usuários, que objetivam a participação dos usuários, se iniciam, por parte dos técnicos, com incentivos e, quando necessário, eu diria, tentativas de convencimento e, mesmo, obrigação, embora sejam exceções. É importante ficar claro que, de modo geral, na instituição CAPS, os usuários não são obrigados a participar das atividades, a tomar a medicação, a aceitar o acolhimento integral quando indicado pelos técnicos, etc.

Porém, há situações pouco comuns em que os técnicos agem em nome do bem dos usuários mesmo que contra a vontade deles quando entendem que os usuários não estão em condições de escolher o que é melhor para eles. Assim, embora se trate de uma situação rara, teve o caso de uma usuária que foi obrigada a tomar banho, ou melhor, técnicas lhe deram banho, assim como, a mesma foi segurada por técnicos para receber medicação injetável, uma vez que a usuária se recusava a tomar a medicação por via oral. Segue um trecho do caderno de campo de quando questionei uma técnica a respeito das negociações entre técnicos e usuários:

Tem situações, por exemplo a medicação, em que a pessoa não tem condições de escolher. Então, pelo cuidado, a gente vai medicar. Mas se um usuário tem condições de escolher e escolhe não tomar a medicação, a equipe aceita. A gente fala qual é nossa indicação e quais as consequências possíveis de não tomar a medicação. Mais tarde, a gente retoma a discussão, renegocia para voltar a tomar a medicação. A negociação é pela conversa, mas tem gente que precisa de ações mais concretas.

É possível verificar na fala da técnica que a equipe se utiliza da noção de *cuidado* para justificar ações em relação aos usuários e que a equipe toma decisões levando em consideração o comportamento dos usuários, isto é, os técnicos julgam em que momentos ou situações os usuários têm ou não condições de tomar as próprias escolhas. Embora nem sempre os usuários concordem com as análises realizadas pelos técnicos e isso tenda a gerar conflitos.

3.2.2 Acolhimento integral

As questões das regras, das recompensas e das punições também precisam ser levadas em consideração durante o *acolhimento integral* de usuários em situação de crise. Porém, antes

de retomar as questões da crise e do acolhimento integral, é importante apresentar uma reunião que me proporcionou diversas informações sobre o assunto.

A reunião chamada de *passagem de coordenação* dura cerca de uma hora e é realizada entre os técnicos da equipe e o gerente da unidade para discutir os casos considerados prioritários. A cada reunião há uma pessoa diferente para “passar” as informações e outra para “receber”, isto é, a pessoa que estava responsável pela coordenação no último turno e a próxima pessoa que será responsável no próximo turno. Objetiva-se atualizar a todos sobre os casos e todos podem participar oferecendo detalhes ou pedindo mais informações e, também, na reunião se discutem possíveis encaminhamentos para os mesmos. Uma vez que decisões que dizem respeito aos usuários são tomadas por membros da equipe e na ausência dos usuários, falamos novamente em *relações de poder*, pois os membros da equipe se encontram em uma posição de autoridade (Foucault, 1999b).

Acredito que acompanhar a reunião de passagem de coordenação tenha sido importante também para compreender os limites das interações entre técnicos e usuários, sobretudo durante momentos de crises intensas dos usuários, que exigiam bastante dos atores sociais. Essas interações, portanto, não representam as que comumente acontecem no cotidiano da instituição, com usuários de baixa ou média conflituosidade.

Por meio desta atividade, tive acesso a uma parte do funcionamento da instituição que ainda me permanecia obscuro. As descrições que os técnicos faziam sobre alguns usuários nessas reuniões me forneceram contexto para compreender outros momentos na instituição que não poderia ter presenciado, por exemplo, os acontecimentos durante a noite ou nos finais de semana.

O *acolhimento integral*, isto é, o acolhimento diurno e noturno, é disponível apenas para usuários que possuem *indicação* para tal. A respeito da indicação ao acolhimento da crise, o

Ministério da Saúde afirma: “O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações” (Brasil, 2004). O acolhimento da crise através do acolhimento integral não é considerado internação e é parte integrante do funcionamento do CAPS.

Os CAPS de tipo III contam com dormitórios que são utilizados para o acolhimento integral de usuários que passam por *crises* e necessitam acolhimento até terem condições de voltar a um atendimento diurno na instituição. Quais casos justificam acolhimento e por qual período, isso é decidido pelas referências em diálogo com outros técnicos e, posteriormente, em conjunto com o usuário e com sua família (se for o caso). Nem sempre o motivo do acolhimento integral é uma crise psicótica, pode ser, por exemplo, um problema de relacionamento domiciliar. Nesse caso, o acolhimento integral possui como objetivo evitar o surgimento de (novas) crises.

No caso das crises, a intenção do acolhimento integral no CAPS é evitar as internações em clínicas psiquiátricas, porém, pode ser que este serviço não esteja disponível para o usuário, caso não se trate de um CAPS III e, também, pode ser o caso de ser indicado que o usuário passe um período em uma clínica psiquiátrica antes de retornar ao CAPS. Estas decisões são tomadas pelas referências, pelo usuário, caso seja considerado que tenha condições para tal, e pela família, se houver.

No caso desta pesquisa não importa a definição de *crise* em si. Quando aqui se fala em crise, esta pode ser psicótica, depressiva, etc. por isso se fala no geral. Pelo que pude verificar, o Ministério da Saúde não define *situação de crise* em seus documentos oficiais e no CAPS esta palavra é recorrente, mas também, sem definição.

Porém, a fim de um breve esclarecimento, questionei uma técnica a respeito disso e ela me informou que na área da saúde mental é comum tratar a crise como *agudização* dos sintomas

psicóticos, por isso o nome: crise ou surto psicótico. No entanto, segundo ela, no CAPS há uma busca por ampliar o conceito de crise, pois a crise pode ser um momento de desorganização relacionado a diversas esferas da vida como trabalho, família e sociedade em geral, por isso se fala apenas em crise, sem complementar com nenhuma outra informação.

Na própria Assembleia, já surgiram discussões levantadas por usuários sobre o comportamento de outros usuários, questionando o que de fato é crise e, mesmo admitindo-se a crise, se tudo se perdoa nesses momentos ou não. Da parte dos técnicos, nota-se que eles defendem que os usuários precisam aceitar as consequências de suas ações, mesmos em situações de crise, por exemplo, pagando por algo que foi destruído durante uma crise. Há usuários que concordam e que discordam dessa opinião. Há também usuários que dizem que, em muitos momentos, não é crise, é “falta de vergonha”, é “safadeza”, como já ouvi durante uma reunião da Assembleia ou “é a personalidade dela que é difícil”, como já ouvi uma técnica dizendo (Trecho do caderno de campo).

Perguntei para alguns usuários, técnicos e outros funcionários da instituição sobre como eles conseguem identificar uma crise e a resposta de todos foi mais ou menos a mesma, no sentido de dizer que eles conhecem uns aos outros e que o comportamento na crise é fácil de identificar porque não é assim que a pessoa *normalmente* age. Assim, usuários e funcionários afirmam que a crise de um usuário implica em um comportamento diferenciado de seu *normal* no cotidiano da instituição. Goffman (2013; 2011) afirma que há uma expectativa de consistência ao se portar nas interações sociais. E, como vemos, também dentro da instituição CAPS isso se faz presente.

Além disso, no contexto das interações sociais cotidianas, diversas situações podem gerar descrédito, como por exemplo: proximidade demais ou de menos do interlocutor; sentimentos exacerbados, como a raiva; sentimentos inapropriados para o momento como o riso

ou o choro; demonstrar pouco ou interesse demais na performance dos presentes; reações físicas corporais que possam deixar os presentes desconfortáveis como gaguejar ou arrotar, entre outros (Goffman, 2013; 2011).

Há diversas formas de colocar em risco uma interação face a face, assim como, há várias formas de protegê-la e de restabece-la, são as chamadas práticas *preventivas*, *corretivas*, *defensivas* e *protetivas*. As práticas preventivas objetivam evitar constrangimentos, enquanto as corretivas compensam embaraços que não são evitados. As práticas defensivas existem para proteger as próprias projeções de definição da situação e as práticas protetivas, ou *tato*, intencionam proteger as projeções de outras pessoas (Goffman, 2013; 2011).

Com respeito à sensação de desconforto, houve ocasiões em que me senti desconfortável e presenciei funcionários e visitantes parecerem desconfortáveis em interações com usuários, pois há aqueles que 1) aproximam-se demais durante uma conversa; 2) parecem demasiadamente irritados ou começam a rir, aparentemente sem motivo, durante uma atividade ou conversa; 3) encaram o interlocutor enquanto falam ou, ao contrário, parecem completamente desconectados de uma atividade ou conversa em curso; entre outros.

Essas situações acontecem, muitas vezes, sem serem remediadas por desculpas ou mesmo são ignoradas para se seguir com a interação de modo menos desconfortável possível. Sobretudo em situação de crise, as interações sociais são mais difíceis de acontecerem sem desconfortos ou surpresas. As possibilidades de desconfortos e de surpresas são cotidianas, apesar de os usuários não entrarem em situação de crise todos ao mesmo tempo, algo que seria complicado de se administrar e, apesar de às vezes parecer que o comportamento de um indivíduo funciona como gatilho para reações por parte de outros. Durante uma situação de crise, acontece de usuários discordarem de que precisam de acolhimento integral ou mesmo de interação, mas sentem que não são ouvidos e, por isso, reagem de diversas formas.

Estando em situação de crise, no geral, os usuários dizem que preferem ficar em acolhimento integral no CAPS do que internados em uma clínica psiquiátrica, embora alguns também se refiram ao acolhimento integral como internação e, às vezes, se auto corrigem quando percebem o erro. Certa vez, um usuário me explicou que ele acha que às vezes se confunde em chamar o acolhimento integral de internação porque, apesar do bom tratamento, se comparado a um hospital psiquiátrico, ele ainda se sente “isolado e sem poder tomar as próprias decisões, como [em uma] internação” (Trecho do caderno de campo).

É comum a comparação dos CAPS com hospitais psiquiátricos, sobretudo em momentos em que há alguma mudança política que afeta a saúde mental como, por exemplo, a chegada de um novo coordenador de saúde mental. Tive a oportunidade de acompanhar discussões dentro da instituição a respeito da troca mais recente de coordenador nacional de saúde mental. A respeito disso, um usuário me disse: “Você viu que o coordenador [de saúde] quer transformar os CAPS em..., em...”. Como ele não conseguia lembrar a palavra para continuar, eu arrisquei: “hospitais psiquiátricos?”. Ele disse: “não, pior. Ah! Lembrei. É manicômio” (Trecho do caderno de campo).

Devido a essa mudança, este assunto foi levado para Assembleia por técnicos, pois a Assembleia é um espaço também em que os técnicos informam os usuários sobre assuntos relacionados à saúde mental. Então, surgiram diversos testemunhos de usuários sobre suas experiências em hospitais psiquiátricos. Por exemplo, um usuário disse: “Não gosto de hospital fechado. Só tinha televisão, remédio e dormir”. Outro usuário continuou: “Fora os maus tratos que aconteciam”. E ainda um terceiro usuário disse: “Me colocaram em camisa de força, mas eu não falo sobre isso”. Um usuário interrompeu a fala de outro e disse: “Para! Ninguém quer ficar lembrando de coisas ruins do passado” (Trecho do caderno de campo).

Existe também uma relação entre a situação de crise e o autocuidado da pessoa que se encontra em situação de crise. Arriscaria dizer que quando um usuário permanece na instituição CAPS de chinelo, sem pentear os cabelos, etc., é bem possível que esteja passando por uma crise e esteja em acolhimento integral. Porém, nem sempre é o caso. Certa vez, na Assembleia, uma usuária reclamou que seu médico olhou para ela e como ela estava “arrumada”, ele achou que ela estava “arrumada por dentro”, mas na opinião dela, ela estava “bagunçada por dentro” (Trecho do caderno de campo).

Houve o caso de uma usuária em acolhimento integral que passou a se recusar a tomar banho, vestir roupas limpas, etc. e questionei uma técnica sobre como a instituição age nesses casos. A técnica me respondeu:

A questão do autocuidado pode ou não ter a ver com uma situação de crise, de sofrimento psíquico. É um dos itens que costuma ficar prejudicado na vida da pessoa, mas nem sempre. Para algumas pessoas, tem outras coisas que ficam fragilizadas. No caso de X, a questão do autocuidado é bem precária e aí a gente tenta trabalhar pensando na questão da convivência com o outro (Trecho do caderno de campo).

Pelo que pude acompanhar, houve várias conversas e negociações entre esta usuária e técnicos, porém os técnicos tendiam a estabelecer um limite. Após alguns dias sem banho, a usuária só podia escolher entre tomar banho ou técnicas. Lhe darem banho e ambas situações aconteceram.

A questão da internação se mostra relacionada a dois discursos tanto nos documentos, como vimos no capítulo dois, quanto em campo: 1) o acolhimento integral não é internação; e 2) a instituição CAPS mantém as portas abertas. Como é possível verificar, as duas afirmações são relativas. No campo, há usuários que consideram o acolhimento integral como internação. E há usuários dizem que a qualidade de serviço no CAPS é melhor do que em um hospital psiquiátrico, então não seria uma internação. Outros afirmam que o acolhimento integral não lhes parece uma opção, logo se trata de internação, apesar do bom tratamento.

No campo, o discurso de que o CAPS mantém as portas abertas depende de situações que serão detalhadas posteriormente: 1) acontece da unidade fechar as portas devido à situação de crise de um usuário; 2) estar de “portas abertas” não significa que qualquer pessoa possa entrar e sair da instituição quando quiser; 3) dentro da instituição há espaços abertos e fechados para alguns, isto é, é preciso autorização para acessar algumas atividades, como já vimos; 4) há espaços da equipe e dos usuários, separadamente.

Nota-se um esforço, nos documentos do Ministério da Saúde e no campo, de afastar a noção de internação e comprovar no cotidiano que não se trata de um hospital psiquiátrico nem de um tratamento asilar. Já presenciei membros da equipe técnica enfatizarem esta importância em reuniões como a Assembleia e o Conselho Gestor e, até mesmo, citarem autores como Michel Foucault e utilizarem noções como *instituição total* (Goffman, 2010).

Em uma conversa informal com uma técnica, questionei a respeito da relação entre hospital psiquiátrico e CAPS. A técnica me disse:

Todos os dias a gente [equipe] tem que lutar contra nossos manicômios mentais. Por exemplo, a X [usuária que nos interrompeu algumas vezes durante a conversa] precisa primeiro compreender o que está fazendo para mudar o jeito de fazer e ela só poderá fazer diferente, se eu puder mostrar para ela como é que se faz diferente (Trecho do caderno de campo).

Certa vez, um encontro da Assembleia foi focado no caso de uma única usuária, que escolheu não estar presente, em que usuários pediam soluções por parte dos técnicos. Este trecho do caderno de campo é interessante devido ao assunto discutido, isto é, a situação de crise, mas também por ilustrar como costumam acontecer as interações durante uma Assembleia. Também como consequência do assunto dessa Assembleia, alguns usuários contaram sobre boas e más experiências que já tiveram em internações em hospitais psiquiátricos. Como exemplo, segue um momento da conversa registrado em caderno de campo. Escolhi distinguir os atores sociais por letras aleatórias para facilitar a compreensão.

Técnico A diz: “A usuária R está em crise? Como nós podemos ajuda-la?”
Usuário H conta sobre sua última crise e como foi bem recebido pelo CAPS.

Usuária B o interrompe e diz: “Ela fica me xingando”.
Técnica P, que está sentada ao lado da usuária B, diz para ela: “Calma, deixa ele terminar. Isso não é só sobre você”.
Usuário C afirma: “Ser internado aqui ou fora, depende da experiência de cada um”.
Usuária M diz: “Aqui chama acolhimento”.
Usuário C continua: “Aqui chama acolhimento. Sabe o que acontece lá fora? A gente é contido. A gente fica amarrado. A gente não tem essa experiência aqui”.
Usuária M conta que foi difícil a última saída em grupo com a usuária R: “Ela xingou todo mundo. Saía e voltava. A coisa foi pegando. A gente tem que ver o que fazer”.
Técnico A diz: “Qual é o limite de tolerância? Aqui não é como em um hospital. Cada um tem o compromisso com o próprio cuidado, com o cuidado do CAPS e com o das outras pessoas. Isso é uma atitude que a gente procura desenvolver na nossa convivência”.
Usuária D repetia enquanto ele falava: “Do portão para fora. Do portão para fora”.
Mas o técnico A continuou: “Uma situação de agressão física diz respeito a todo mundo. O que eu não estou entendendo do que está sendo trazido aqui, é: quem está sendo agredido? Como nós agimos no caso de agressão física?”
(Vários usuários começaram a falar ao mesmo tempo, por isso não foi possível compreendê-los).
Técnico P retoma a conversa: “O que fazer como usuário?”
Usuária M afirma: “E se você também não estiver legal quando ela vem agredir? Ai o bicho pega”.
Usuária B diz: “Deixa ela na casa dela”.
Usuário C opina: “Deixa eu falar. Posso falar? Vocês vão me escutar? Tem que chamar os funcionários. Para tomar remédio”.
Técnico A continua: “Nosso objetivo é lidar com as situações de crise, maiores ou menores, o máximo possível dentro do CAPS. A primeira responsabilidade é da equipe. Agora, não é só da equipe, é de todo mundo. Como que a gente lida com isso? Xingar de volta, pelo que eu entendi, ninguém deu essa proposta. Tentar conversar é uma atitude. Vir para a Assembleia é uma atitude. A única atitude que não é produtiva é a gente fazer de conta que não existe nada”.
Usuário D diz: “Estou de saco cheio dela. Ela tem seus problemas, mas ela procura”.
Usuário F complementa: “Não é crise, é sem-vergonhice dela, é sem-vergonhice”.
Usuário C afirma: “Alguém tem que conversar com ela. Não é tão simples de resolver”.
Técnico A aproveita e diz: “Não é tão simples, por isso é que a gente está conversando e vai continuar conversando. O espaço de conversa, a gente tem que manter”.

Quando em situação de crise, a capacidade de um usuário de tomar as próprias decisões pode ser revista, como a capacidade de aceitar o acolhimento integral, de tomar as medicações, de participar da terapia de grupo e de outras atividades, e de relacionar-se com outros usuários e com a equipe, dentro da instituição e, com familiares e com a sociedade como um todo, quando fora da instituição.

Quando um usuário “não está bem”, como é comum ouvi-los se referir ao período de crise de alguém, as regras podem mudar e, muitas vezes, mudam. Durante esse período se tornaria mais difícil se relacionar com outras pessoas, seguir as regras da instituição, cumprir acordos, como tomar a medicação, aceitar o autocuidado, entre outras coisas.

Aparentemente, a cooperação por parte do indivíduo em crise é mais complicada para alguns do que para outros, assim como é diferente a reação dos outros em relação à esses momentos, isto é, a consciência de que se faz necessária mais paciência para se relacionar com pessoas em situação de crise, embora muitos admitam ser difícil “continuar andando quando a gente é provocado”, como disse um usuário em uma Assembleia (Trecho do caderno de campo).

Alguns usuários questionam quanto do comportamento de outro usuário realmente pode ser explicado pela crise, e, ainda que seja esse o caso, alguns sugerem que por não conseguir se relacionar minimamente bem com os outros, essa pessoa não deveria estar no CAPS, mas sim internada em uma clínica psiquiátrica até ter condições de retornar ao CAPS.

Como vimos, no geral, a equipe procura tratar os casos de crise através do acolhimento integral na própria instituição, uma vez que se trata de um CAPS de tipo III, que conta, portanto, com dormitórios e atenção 24 horas, todos os dias, caso necessário. Quando há problemas de relacionamento entre indivíduos em crise e outros usuários, isso costuma ser discutido em espaços como a Assembleia. Na Assembleia é debatida a importância de sentimentos como tolerância, empatia e generosidade. E essas discussões são realizadas quantas vezes forem necessárias, isto é, quantas vezes forem trazidas por usuários.

3.2.3 Fontes, locais, recursos e estrutura social

A pesquisa considera as adaptações e as reações dos usuários à instituição, em situações de crise ou não. Embora os conceitos de ajustamentos primários e secundários já tenham sido definidos e, de fato, perpassam a dissertação de forma explícita ou implícita, eles serão mais uma vez retomados com o intuito de discutir as especificidades dos ajustamentos secundários no que diz respeito às noções de fontes, locais, recursos e estrutura social e, a relação dessas especificidades com a instituição CAPS.

Retomando, os ajustamentos primários são adequações do indivíduo à instituição e também da instituição em relação ao indivíduo. Já os ajustamentos secundários são: “práticas que não desafiam diretamente a equipe dirigente, mas que permitem que os internados consigam satisfações proibidas ou obtenham, por meios proibidos, as satisfações permitidas” (Goffman, 2010, p. 54). Os ajustamentos secundários permitem ao indivíduo fazer ou conseguir coisas na instituição e, mesmo, ser alguém diferente do intencionado pela instituição (Goffman, 2010).

Há dois tipos de ajustamentos secundários: os contidos e os perturbadores. Nos ajustamentos secundários contidos, assim como nos ajustamentos primários, há adequação à estrutura da instituição, portanto, não há pressão por mudanças radicais. No caso dos ajustamentos secundários perturbadores, os indivíduos intencionam deixar a instituição ou alterar de forma radical sua estrutura, o que gera ruptura em seu funcionamento. A tendência é que a maior parte dos ajustamentos de uma instituição sejam contidos, e que os perturbadores sejam temporários. A instituição pode lidar com os ajustamentos secundários com o aumento da disciplina ou com a legitimação de alguns deles para recuperar o controle (Goffman, 2010).

No caso do hospital psiquiátrico, pode-se considerar que a adequação à instituição – o que Goffman (2010) chama de ajustamentos primários – é vista como uma melhora do estado do paciente, pois o indivíduo aceita o tratamento oferecido. Na instituição CAPS, aceitar o proposto pela instituição significa adequar-se ao projeto criado pela instituição para o indivíduo, não se espera que o indivíduo permaneça sempre na instituição, mas que siga as regras estipuladas a ele (e que podem variar de um indivíduo para outro). As regras dizem quando permanecer na instituição, de quais atividades participar, quais medicações tomar, etc.

O que Goffman (2010) chama de ajustamentos secundários pode ser considerado pela equipe como sintomas, especialmente em situações de crise. Porém, no CAPS, há mais possibilidades de interações entre membros da equipe técnica e usuários e, mais liberdade para

os indivíduos na instituição em comparação com um hospital psiquiátrico, logo modificando a forma como acontecem os ajustamentos secundários.

Para melhor compreender como e onde os ajustamentos secundários acontecem, Goffman (2010) trata das fontes, dos locais, dos recursos e da estrutura social do hospital psiquiátrico. E, embora no caso da instituição CAPS os ajustamentos apareçam de forma diferenciada, é válido recuperar essas especificidades.

A respeito das *fontes*, há as *substituições* e a *exploração do sistema*. As substituições ocorrem quando internos utilizam artefatos disponíveis de uma forma e para um fim para os quais não foram destinados, como por exemplo, utilizar uma toalha como travesseiro, construir uma faca a partir de uma colher, etc., sendo que algumas substituições são toleradas pela instituição (Goffman, 2010).

No caso da unidade acompanhada, o que mais exigia substituições era dormir nas cadeiras, nos bancos ou nos sofás, deitado ou sentado, ou mesmo na grama ou no chão, sendo o último, raro. Há dormitórios na instituição, mas são para os usuários em acolhimento noturno e, há colchonetes em uma sala que as pessoas podem utilizar para “tirar sonecas”, até porque, há medicações que dão sonolência. No entanto, segundo comentários de usuários: não há colchonetes para todos, os colchonetes não se mantem limpos e são finos e, a sala onde ficam guardados é, muitas vezes, utilizada por pessoas que não respeitam o espaço comunitário, por exemplo, há quem fume lá dentro, mesmo sendo proibido e os frequentadores são pessoas com “personalidade difícil”, como me disse uma usuária (Trecho do caderno de campo).

Assim, ao invés dos colchonetes, a maioria dos usuários continua preferindo, principalmente, os sofás para deitar, algo que também gera desconforto porque tira a possibilidade de outras pessoas o utilizarem. Dessa forma, os usuários mudam a maneira e/ou o fim da utilização de cadeiras, de bancos e de sofás, de forma cotidiana e, essas substituições

são toleradas pela instituição, acredito que pelos motivos acima mencionados. Quando algum usuário entende uma questão como problema, isso pode ser discutido em Assembleia, como já aconteceu também com esse tópico, em que se pediu mais consideração por parte de todos.

Já a *exploração do sistema* é quando internos, sozinhos ou em grupo, utilizam-se do conhecimento de como funciona a instituição para seus benefícios. Exemplos: chegar no fim de uma atividade considerada entediante só para poder comer, utilizar as tarefas na instituição para tirar vantagem: quem trabalhava no ginásio podia tirar soneca no colchonete, etc. (Goffman, 2010). No caso da unidade pesquisada, há usuários que parecem participar de uma atividade só para poder tomar o café que é oferecido aos participantes ou que tentam passar pela atividade apenas para pegar o café e sair. Isso muitas vezes não é permitido pelos técnicos que conduzem a atividade, pois quando notam o acontecido, os técnicos oferecem ao usuário a opção de sair ou ficar na atividade.

Outra forma de exploração do sistema, embora incomum, é quando os usuários tentam utilizar a instituição como “hotel”, como disse um técnico, através do acolhimento integral. Isso acontece quando há um pedido de acolhimento integral por parte de um usuário que está afastado da instituição por escolha própria e procura o CAPS quando possui problemas de habitação. Cada caso é discutido em equipe e é decidido se é possível aceitar o acolhimento integral e em quais condições.

Quanto aos *locais*, refere-se a uma divisão espacial na instituição total, pois a instituição se encontra em um espaço delimitado em que não é qualquer pessoa que pode entrar e os internos não podem sair. Dentro da instituição, há um espaço exclusivo à equipe, proibido aos internos, a menos que sejam convidados. Há um espaço aberto aos internos, mas que fica sob vigilância da equipe e costuma haver locais com menor vigilância (Goffman, 2010).

A questão espacial no CAPS é diferenciada, pois o estabelecimento permanece durante o dia com as portas e o portão abertos, fora exceções, mas isso não significa que qualquer pessoa possa entrar. É preciso se apresentar ao segurança⁵⁰ e informar o motivo de estar ali: se há uma reunião que foi previamente agendada com um membro da equipe, se a pessoa veio para uma consulta ou para retirar medicação na farmácia, etc. Além disso, quando os usuários chegam e vão embora da instituição no dia, eles precisam assinar uma lista de presença que permanece com o segurança da instituição.

Em geral, os usuários podem sair da instituição, mas avisam o segurança quando o fazem, isto é, se saem para ir à padaria ou à biblioteca, por exemplo, e logo retornam. No entanto, há usuários que podem ter, em um determinado momento, indicação para não sair do CAPS ou, ao contrário, não precisarem ficar no CAPS tanto quanto gostariam. Conheci usuários em ambas as condições: quem queria sair e não podia, e quem queria ficar e não podia. Alguns usuários tentam reverter isso conversando com a equipe e muitas vezes discutindo, por não concordarem com as decisões de suas referências.

As portas e o portão do CAPS ficam abertos, mas o segurança precisa informar caso algum usuário esteja se recusando a entrar/ficar. Neste caso, alguns técnicos fazem uma *intervenção*, isto é, procuram convencer o usuário a entender porque precisa entrar/ficar. Esses momentos de intervenção costumam ser acalorados, pois os usuários geralmente ficam agitados, às vezes até violentos, com a equipe técnica e com o segurança. Por exemplo, acontece de um usuário chegar até o CAPS com um membro da família, mas daí se recusar a entrar, ou de um usuário decidir que, apesar de sua crise, não quer mais ficar ali e tentar ir embora. Há várias histórias de usuários que pulam ou tentam pular o muro para sair da instituição.

⁵⁰ Os seguranças se revezam em turnos, de modo que, há sempre um segurança por vez trabalhando. E, quando um segurança precisa se ausentar, por exemplo, para ir ao banheiro, o portão da unidade é fechado e uma pessoa da equipe o substitui por alguns minutos.

A questão de pular o muro apareceu algumas vezes em discussão na Assembleia, trazida com frequência por um mesmo usuário que defendia que o tamanho do muro deveria ser aumentado porque era muito fácil pulá-lo à noite, quando o portão é fechado por uma questão de segurança. Ele mesmo afirmava que já havia pulado o muro diversas vezes, tanto para sair quanto para entrar no CAPS.

São mais comuns os casos em que os usuários querem sair do CAPS, mas acontece deles pedirem para frequentar a instituição mais vezes na semana, solicitarem acolhimento integral ou desejarem entrar à noite, apesar de não estarem em acolhimento. Nem sempre os usuários concordam com a opinião dos técnicos a respeito da situação deles e demonstram isso por meio de conversas, discussões, brigas e, mesmo, pulam o muro quando não são atendidos ou, tentam pular o muro, já que nem todos conseguem e alguns até se machucam nas tentativas.

O CAPS entende a internação como último recurso, isto é, o encaminhamento para internação em uma clínica psiquiátrica ou leito psiquiátrico em hospital geral ao invés do acolhimento integral na própria instituição. Comumente a instituição permanece com as portas e o portão abertos, mas já presenciei eles serem fechados em prol de algum usuário que não estaria bem o suficiente para entender que precisava ficar ali. Este tipo de situação, sendo atípica, era discutida em Assembleia entre técnicos e usuários. Os usuários se mostravam compreensivos, mas reclamavam da falta de liberdade que isso causava a eles.

Ainda com relação ao espaço, há salas exclusivas de trabalho da equipe que são proibidas aos usuários, a menos que eles sejam convidados. Porém, como já mencionado anteriormente, a sala da equipe técnica, principalmente, é um espaço que diversos usuários não concordam em manter distância. Alguns, mais corajosos, simplesmente entram na sala, de vez em quando, por alguns instantes, até serem convidados a se retirar, enquanto outros encontraram outra forma de respeitar esta regra imposta pela equipe e ao mesmo tempo insistir em falar com

a equipe ao se manterem parados em frente à porta da sala, assim mostrando que querem falar com os técnicos. Ficar parado no corredor em frente à porta da sala de equipe é permitido, mas é algo que frequentemente gera conflitos entre técnicos e usuários, embora menos incisivos do que os que acontecem com os que adentram a sala.

Por um lado, muitas vezes, há técnicos que parecem irritados ou cansados com essas posturas insistentes por parte de alguns usuários, mas, também, outras vezes, parecem tentar ter paciência, ouvir e atender as necessidades dos usuários. Por outro lado, há usuários que evitam ficar parados na porta porque notam que muitos o fazem e, portanto, só têm essa atitude quando sentem que é realmente necessário, enquanto outros entendem que aquela é uma das poucas formas de interação com a equipe técnica e de conseguirem o que querem ou precisam e, portanto, insistem. No entanto, isso pode ser contestado, pois há atividades ou encontros durante o dia, entre usuários e técnicos, isto é, outros momentos possíveis de interação.

Quanto aos *recursos*, esse termo se refere à necessidade de armazenamento ou, caso necessário, de esconderijo de objetos pessoais. Ter um local para guardar as posses pode ser considerado um ajustamento primário, mas se isso for negado, pode ser necessário criar ajustamentos secundários, por exemplo, utilizar uma sacola para carregar os pertences pessoais (Goffman, 2010).

No caso do CAPS, em geral, os usuários que precisam passar várias horas do dia e da semana na instituição possuem armários para guardar seus pertences. No entanto, nota-se que nem todos usuários que necessitam, possuem armários porque alguns são quebrados, inclusive, pelos próprios usuários, segundo eles mesmos informam, em momentos de crise psicótica, por exemplo. Assim, há diversos usuários que precisam ou preferem carregar seus pertences consigo mesmos em bolsas ou sacolas.

Isso significa também que na instituição CAPS, os usuários entram com seus próprios pertences sem serem revistados. No entanto, presenciei algumas vezes um mesmo usuário ter seus pertences verificados ao chegar na instituição, pois aparentemente ele trazia coisas que não lhe pertenciam. Essas interações não aconteciam de forma tranquila. Certa vez, quando interrogado a respeito de alguns objetos, o usuário respondeu aos gritos: “É meu!”. Nunca presenciei nenhum técnico retirando objetos desse usuário, mas faziam questionamentos e afirmavam que ele não poderia trazer para a instituição objetos que não pertencessem a ele.

A respeito da *estrutura social*, Goffman (2010) se refere não só à coerção privada, que é quando um interno é coagido a ajudar outro, mas também às trocas econômicas e sociais. As trocas econômicas podem ser vendas ou trocas entre um interno e uma máquina automática de vendas de produtos, pedidos por correio ou trocas com outro interno. Também é possível a família enviar dinheiro ou o interno trabalhar em troca de dinheiro, por exemplo: lavar carros. As trocas sociais são trocas de objetos como símbolo de importar-se um com o outro; também são trocas sociais os relacionamentos entre internos ou entre interno e membro da equipe.

Na unidade pesquisada, em relação as trocas econômicas e sociais, elas existem, mas são menos utilizadas do que em uma instituição total, pois, em geral, os usuários podem sair da instituição para comprar algo desde que tenham dinheiro, o que nem sempre é o caso. Um item que é comumente pedido entre usuários e também por usuários para visitantes da instituição são cigarros. Este item se troca, se empresta e alguns até pegam do chão⁵¹. Há usuários que recebem uma cota diária, mas entregue aos poucos, que é controlada pelos técnicos, embora muitas vezes os usuários insistam em mudar essa regra.

⁵¹ Uma única vez presenciei uma usuária que sentiu necessidade de agradecer / pagar uma funcionária da limpeza por ter lavado suas roupas, já que isso não fazia parte de suas tarefas diárias. A funcionária não queria aceitar o pagamento – um cigarro, mas a usuária insistiu tanto que a funcionária acabou aceitando.

A respeito de dar e ganhar presentes, os usuários podem também se presentear e o fazem, mas não é comum⁵². Com relação a questão financeira, os usuários são incentivados pela instituição a participar de projetos de geração de renda e alguns o fazem. Já os relacionamentos entre usuários se apresentam de diversas formas: coleguismos, amizades, namoros, outros nem se falam e outros deixam claro que não se gostam. Já entre usuários e membros da equipe parece haver uma divisão profissional imposta pela equipe que não pode ser transposta.

3.2.4 Regras de conduta: rituais de insubordinação e profanações cerimoniais

Ainda com relação aos ajustamentos primários e secundários, é essencial considerar as regras de conduta, especificamente, os rituais de insubordinação e as profanações cerimoniais, conforme trabalhados por Goffman (2010), tanto do ponto de vista do hospital psiquiátrico quanto do ponto de vista da instituição CAPS.

Goffman (2010) considera “insolência, silêncio, observações em voz baixa, ausência de cooperação, destruição maldosa de decoração interior, e assim por diante” (Goffman, 2010, p. 247) como sinais de rejeição, por parte do indivíduo, à instituição total e ao *self* estipulado pela instituição para o indivíduo. No caso específico do hospital psiquiátrico, essas formas de reagir são consideradas pela instituição como sintomas, e não, ajustamentos secundários, como julga o autor. Na opinião de Smith G. (2006), Goffman consegue mostrar que há inteligibilidade e racionalidade nas ações dos internos.

⁵² Um dia, em uma das atividades abertas, uma usuária mudou o foco do encontro ao pedir que todas as pessoas presentes tentassem adivinhar o presente que ela tinha trazido para o técnico que conduzia a atividade. “Ela fez todo um ritual”, disse o técnico depois da atividade para outros técnicos. Ela criou um jogo em que as pessoas tinham que adivinhar do que se tratava o presente e depois fez um agradecimento a ele. Ele agradeceu o presente e isso durou a atividade toda. Ao fim, descobrimos que se tratava de um vaso e dentro havia bombons, que o técnico ofereceu um para cada pessoa presente na atividade e, também, para cada pessoa presente na sala de equipe.

Segundo Goffman, nem todos os ajustamentos secundários possuem um “ganho intrínseco”, pois uma de suas funções é colocar uma barreira entre o indivíduo e a instituição, que acontece com os *rituais de insubordinação* em que não se busca necessariamente uma mudança, mas um afastamento, como através de: reclamações, ironias, xingamentos, fazer algo por ser proibido, etc. A insolência pode ser direta, mas sem consequências imediatas ou, mesmo, indireta, como gestos ou falas “pelas costas” (Goffman, 2010).

Segundo o autor, quer as regras de conduta sejam infringidas ou não, elas sempre comunicam algo. O autor exemplifica dizendo que psiquiatras têm a expectativa de que os pacientes compareçam às sessões terapêuticas e que isso comunica que eles compreendem a necessidade de tratamento, porém a ausência também comunica algo, mas nesse caso, que os pacientes estão doentes demais (Goffman, 2011). Como visto, também na instituição CAPS, a participação ou não nas oficinas e no grupo terapêutico comunicam, isto é, a ausência nas atividades ou a quebra de acordos podem comunicar o quanto os usuários não aceitam por completo o tratamento oferecido pela instituição.

Desde minhas primeiras interações na Assembleia, pareceu-me que o que os usuários possuem de diferente é principalmente o modo de agir, por exemplo: são sinceros demais, falam alto, não esperam o outro para falar, saem e voltam para a sala durante a atividade, ou seja, são formas de desvio de conduta, tratam-se de indivíduos de *porte não apropriado* (Goffman, 2011).

Segundo Goffman, em nossa sociedade, um indivíduo de *porte bom* ou *apropriado* demonstra “controle da fala e dos movimentos físicos; autocontrole sobre suas emoções, apetites e desejos; aprumo sob pressão; e assim por diante” (Goffman, 2011, p. 78). No entanto, de acordo com o autor, para que um indivíduo possa agir com deferência e *porte apropriados*,

ele precisa de algumas coisas básicas, como: liberdade de movimento, condições de cuidar da própria aparência, espaço de autodeterminação, etc.

Assim, o indivíduo precisa gerenciar suas impressões, agindo de forma apropriada na situação. Goffman trata de dois elementos do comportamento cerimonial: a *deferência* e o *porte*. O indivíduo recebe deferência de acordo com seu porte. Por deferência, entende-se comportamentos que demonstram respeito pelo *self* do outro e, por porte, comportar-se de forma apropriada à situação (Goffman, 2011; Jacobsen; Kristiansen, 2015).

Já as *profanações cerimoniais* face a face, em algumas enfermarias, não podem ser consideradas impulsos, pois objetivam demonstrar desrespeito de forma simbólica e, que precisam ser simbólicas para serem notadas pela equipe: “pois o comportamento do paciente que não carregue um significado ritual em termos do discurso cerimonial diário da equipe simplesmente não será percebido pela equipe” (Goffman, 2011, p. 89).

São atos realizados por pacientes contra si mesmos, contra outros pacientes ou mesmo contra membros da equipe: “cuspindo nele, estapeando seu rosto, jogando fezes nele, rasgando suas roupas, empurrando-o da cadeira, tirando comida de sua mão, gritando em seu rosto, molestando-o sexualmente, etc.” (Goffman, 2011, p. 88). Porém, dentro da instituição total, os recursos de auto expressão e de auto definição são limitados, pois a equipe tende a considerar as reações dos internos como sintomáticas (Goffman, 2010; Gronfein, 1999): “Privados de dispositivos de afirmação de identidade de um tipo material e simbólico, e sujeitos a vigilância mais ou menos contínua, é proporcionado aos pacientes muito pouco para nutrir e apoiar um *self* com o qual podem desejar se identificar”⁵³ (Gronfein, 1999, p. 91, tradução minha).

⁵³ No original: “Deprived of identity-affirming devices of both a material and a symbolic kind, and subject to more or less continuous surveillance, patients are provided with precious little to nourish and support a self with which they might wish to identify”.

Os sintomas das doenças mentais, ao contrário dos sintomas das doenças físicas, podem ser considerados ofensas nas interações sociais. Comumente, ofensas são reparadas, por exemplo, através de desculpas, nas interações sociais, mas não no caso de pessoas com transtornos mentais, pois estas pessoas tendem a não se desculpar e suas impropriedades situacionais podem ser consideradas intencionais. Desta forma, para o foco de análise do autor, não importam as doenças mentais do ponto de vista biológico, mas sim suas violações à ordem interacional (Goffman, 2011; Gronfein, 1999). Assim, o comportamento inapropriado a uma determinada situação não é suficiente para a sua identificação com a doença mental, é preciso que o comportamento inapropriado de um indivíduo tenha sido também intencional e não tenha sido remediado, por exemplo, através de desculpas (Goffman, 2011; Burns, 1992).

No CAPS, um usuário quebra regras de conduta quando, por exemplo, escolhe não participar de uma atividade e, alguns minutos mais tarde, entra na sala e interrompe esta mesma atividade, aos gritos ou, mesmo, quando um usuário aceita participar da atividade, mas desvia o assunto debatido no momento, por exemplo, ao tratar de assuntos pessoais em atividades em que são discutidos assuntos coletivos. Quando isso acontece, não fica claro se a ação do usuário é intencional ou não.

Durante as atividades, é comum, por exemplo que um técnico troque de lugar para se sentar ao lado de um usuário que esteja mais agitado para acalmá-lo – ou controlá-lo –, solicitando ao usuário, coisas como: falar mais baixo, ouvir o que o colega está dizendo, permanecer sentado, não interromper quando outra pessoa estiver falando, etc. e o técnico faz isso conversando com o usuário em tom baixo e, às vezes, tocando em seu ombro ou em sua mão, como forma de reforçar o que está sendo dito. Isso é feito quantas vezes forem necessárias, às vezes durante toda a atividade. Às vezes um usuário se irrita e sai da atividade em silêncio, ou se exalta, e um técnico se retira junto com o usuário para conversar com o mesmo e para que a atividade em grupo possa continuar. Segue trecho do caderno de campo:

Certa vez, em uma atividade, havia uma técnica sentada ao lado de um usuário. Este último pediu à técnica para ir embora da atividade, e a técnica disse não. Ele insistiu algumas vezes e a resposta continuou sendo não. Tudo isso enquanto a atividade acontecia. Ela falava em tom baixo, mas não ele. Depois ele passou a pedir para ir ao banheiro, algo que ela também negou, imagino que por acreditar que ele não retornaria à atividade e pediu para ele esperar. Ele permaneceu em silêncio por alguns instantes e depois soltou um pum alto, longo e fedido. Em um primeiro momento, isso gerou um silêncio total na sala. Em seguida, uma das técnicas presentes começou a rir e, então, todos começaram a rir, e saíram todos da sala por causa do odor. Alguns minutos depois, todos voltaram à sala, e antes de continuar a atividade, aquela mesma técnica solicitou que o usuário pedisse desculpas a todos pelo que tinha feito, ele o fez, e a atividade continuou com todos os presentes, incluindo este usuário.

Entre usuários acontecem brigas, xingamentos, provocações aos gritos que tocam questões de raça, sexualidade, gênero, etc. Os usuários agem do mesmo modo com membros da equipe, mas a diferença é que o usuário tem a possibilidade de revidar da mesma forma, enquanto o técnico não. Há usuários que fazem reclamações à equipe de forma organizada, como, por exemplo, educadamente por meio da Assembleia, porém outros fazem reclamações diretamente aos técnicos: aproveitam quando um técnico passa pelos corredores, ou ficam parados em frente à porta da sala da equipe ou, mesmo adentram a sala de equipe sem autorização. A meu ver, nem sempre são reclamações que parecem lógicas.

Já com relação ao espaço da instituição, há usuários que quebram objetos, como painéis, pratos, etc. e, há usuários que fazem coisas mais sutis como retirar folhas que são colocadas no mural ou apagar a lousa de recados e programações. Nesses casos, há usuários que são procurados para consertar o estrago, por exemplo, reescrever a programação do mês na lousa e há usuários, cujas famílias, são procuradas para pagar pelos objetos quebrados.

Acredito que seja importante também comentar que, assim como Goffman salienta, há um grupo mediano de internos, e há exceções dentro de uma instituição. Na instituição CAPS há um sistema de privilégios que afeta a todos. Pode-se dizer que parte dos usuários da unidade pesquisada se adaptam à instituição, e inclusive, têm muitas coisas positivas a dizer a respeito da instituição, principalmente quando a comparam com um hospital psiquiátrico, embora muitos enfatizem que, sentem-se entediados na instituição. E parte dos usuários utilizam ajustamentos secundários mais “leves” ou “simples” se comparados com uma instituição total.

Há também usuários, uma minoria, cujos ajustamentos, recompensas, punições e quebras de regras de conduta são mais intensos, isto é, o relacionamento desses usuários com a instituição e com a equipe poderia ser considerado mais próximo de uma instituição total, mas são exceções. Trata-se de situações que podem ser tidas como extraordinárias e tendem a ser repetidas pelos mesmos usuários, isto é, não são acontecimentos que costumam acontecer com a maioria dos usuários.

Refiro-me aqui a situações como: 1) pedir para tomar café fora do horário e conseguir após ameaçar os técnicos com uma pedra; 2) ter os bens revistados porque costuma trazer objetos que não são seus; 3) pegar comida e jogar no chão ao invés de comer até ser impedido de fazer isso novamente; 4) gritar, chorar em frente à porta da sala de equipe, e ficar andando no corredor de um lado para outro até conseguir o que queria: usar o telefone fixo da sala de equipe para fazer uma ligação pessoal; 5) recusar-se a tomar a medicação por um tempo, até ser segurado a força para tomar medicação injetável; 6) dormir no chão do banheiro, apesar de ter disponível a cama do dormitório e depois a equipe trancar os banheiros à noite para impedir que isso aconteça; 7) recusar-se a tomar banho por um tempo, e depois ter que escolher entre tomar banho sozinha ou alguém da equipe dar banho à força; 8) ser obrigado a ficar em acolhimento integral por tempo indeterminado.

As situações extraordinárias relatadas acima representam momentos de intenso conflito entre técnicos e usuários e, por isso, tendem a remanejar por certo tempo boa parte da atenção dos funcionários e dos usuários presentes na instituição. Porém, logo, o funcionamento cotidiano da instituição é restabelecido. É possível considerar que essas questões, tanto as exceções quanto as não-exceções mencionadas, tratam-se de rituais de insubordinação e de profanações cerimoniais, como diz Goffman, com o objetivo de rejeitar a instituição e o *self* imposto pela instituição ao indivíduo, mas novamente enfatizo que a intensidade precisa ser levada em conta, pois não se trata de uma instituição total.

Além disso, uma questão levantada a respeito dos ajustamentos secundários em uma instituição de saúde mental é que, sobretudo os ajustamentos secundários perturbadores, não seriam considerados perturbadores pela equipe por se tratarem de comportamentos esperados dos internos. Goffman (2010) afirma que se um ato de um interno não for simbólico, este provavelmente não será notado pela equipe, porém quando notado, tende a ser considerado como sintoma, logo não desestabiliza a instituição.

Como pudemos verificar, a partir de diversos exemplos, a instituição pode não se desestabilizar por conta dos comportamentos dos usuários e as interações sociais se mostraram mais ou menos conflituosas. De uma forma ou de outra, os comportamentos precisam ser processados pela instituição e pelos seus atores sociais, talvez de forma diferenciada devido à participação dos usuários na instituição, sobretudo através de acordos, entre técnicos e usuários, que são refeitos constantemente. De certa forma, é possível afirmar que há ajustamentos em todo local onde houver sentimento de pertencimento do *self*. Consequentemente, quanto menos espaço para expressão do *self*, mais reações através de ajustamentos.

Um exemplo de negociação entre técnicos e usuário é o caso da ameaça de jogar uma pedra em técnicos, mencionado acima. Segue trecho do caderno de campo:

Era uma pedra de tamanho mediano, suficiente para machucar alguém, se arremessada. Pelo que pude acompanhar da conversa, o usuário queria (novamente) tomar café da manhã fora do horário e quando isto foi negado a ele, o mesmo passou a ameaçar os técnicos presentes no momento na sala de equipe. Parado em frente à porta da sala de equipe, ele fingiu, algumas vezes, jogar a pedra, enquanto dizia: “Eu vou matar todo mundo aqui”. Em resposta, alguns técnicos conversavam com ele e alguns levantavam a mão, com a intenção de proteger o rosto, como se eles não soubessem se o usuário iria mesmo jogar a pedra ou não. Um técnico explicou que havia regras e que ele havia quebrado uma delas, mais uma vez, isto é, como ele havia perdido o horário de tomar o café da manhã, ele não poderia mais tomar café da manhã. Uma técnica disse que ele não podia ameaçar membros da equipe. Outro técnico disse que eles já haviam aberto uma exceção antes, mas não iriam fazer isso novamente e complementou: “violência não resolve nada”. O usuário ouvia os argumentos dos técnicos, mas gritava que ele queria tomar café e continuava a ameaçar com a pedra. Por fim, um técnico negociou com o usuário que eles abririam mais uma exceção, mas primeiro ele teve que entregar a pedra para este técnico. E assim, o usuário recebeu um pouco de café preto em um copo descartável.

Esta situação mostra como se estabelece uma fronteira em frente à porta da sala de equipe, pois mesmo em um momento de possível violência, o usuário se manteve parado na entrada da sala. Verifica-se também como usuários e técnicos negociam no cotidiano da instituição. Pode-se ainda considerar que houve uma fachada de violência por parte do usuário e uma fachada de não violência por parte dos técnicos.

Em resumo, na instituição CAPS, podem ser considerados ajustamentos secundários: o ato de dormir ou cochilar na instituição e, também, o local escolhido para isso; participar das atividades com outras intenções, como por exemplo, para tomar café ou para ser liberado acesso à medicação; tentativas de adentrar a sala de equipe e de conseguir acessos proibidos como tomar café fora do horário permitido ou utilizar o telefone da sala da equipe; recusar-se à ficar na instituição ou sair da instituição nos períodos combinados; recusar-se à tomar a medicação ou à participar das atividades, sobretudo, da terapia em grupo; entre outros.

Assim, a forma como os usuários são acolhidos e participam na instituição se relaciona com a maneira com que estes atores sociais se adaptam ou reagem à instituição. A dinâmica dos ajustamentos primários e secundários se relaciona diretamente com a questão da participação dos usuários na instituição CAPS.

Especificamente a respeito da relação entre violência, conflito e resistência, é possível afirmar que quando o self é atacado, isto é, sofre uma violência, o indivíduo pode responder através de adaptação ou de rejeição à instituição, mas em alguma medida ou de alguma forma o indivíduo tende a resistir para manter seu self intacto, embora nem sempre haja conflito direto. É possível afirmar que os ajustamentos são uma forma de resistência, não só na instituição total, mas também no CAPS. Devido à participação dos usuários na instituição, a agência dos usuários se relaciona de forma diferenciada com a resistência, isto é, o conflito aberto tende a ser excepcional e controlado rapidamente, embora os técnicos façam e refaçam acordos constantemente com os usuários para manter o controle da instituição.

Assim, pode-se afirmar que há violência na instituição CAPS, mas esta instituição pode ser considerada menos violenta do que um hospital psiquiátrico, uma vez que a instituição procura não ser uma instituição total e defender os direitos humanos. Afinal, até certo ponto, faz parte do cotidiano da instituição a participação dos usuários nas decisões a respeito do funcionamento da instituição e de seus próprios tratamentos, sobretudo através da criação e da recriação de acordos entre técnicos e usuários. Ainda assim, trata-se de uma instituição com regras a serem seguidas, com hierarquias estabelecidas e com possibilidades de perdas de direitos e de escolhas durante determinados períodos atípicos, sobretudo, durante as crises.

Considerações Finais

Em primeiro lugar, é importante mencionar que o tema e o problema de pesquisa são relevantes, pois o Centro de Atenção Psicossocial é uma instituição central na reforma psiquiátrica brasileira que possui uma lógica antimanicomial e propõe a participação dos usuários no cotidiano da instituição.

Através da compreensão do funcionamento da instituição e do acompanhamento das interações sociais e dos discursos produzidos pelos atores sociais nos documentos e no campo, a pesquisa procurou responder 1) como acontece a dinâmica dos ajustamentos primários e secundários na instituição; 2) de que forma a instituição CAPS se diferencia de uma instituição total, especificamente de um hospital psiquiátrico, que possui uma lógica asilar ou manicomial; e 3) o que essa mudança produz. E também, verificar a hipótese de que os ajustamentos primários e secundários se reformularam e que a fronteira entre os ajustamentos se tornou mais conflitiva devido à participação dos usuários e, por isso, a instituição necessitaria fazer acordos constantemente para manter o controle da instituição.

Na instituição CAPS, os ajustamentos primários recebem um novo significado em relação ao hospital psiquiátrico, pois é diferente o que a instituição solicita dos indivíduos. Ainda se espera adaptação à instituição, mas insiste-se que os usuários façam suas escolhas, desde que a equipe considere que eles tenham condições para tal, e espera-se um envolvimento não apenas com a instituição e com seus atores sociais, mas com a família e com a sociedade como um todo.

Também os ajustamentos secundários se reformulam, em comparação com a instituição total, e se relacionam diretamente com os ajustamentos primários, pois algumas coisas são sempre proibidas enquanto outras são permitidas em algumas situações. Por exemplo, pular o muro é sempre considerado proibido, enquanto sair da instituição pelo portão, que costuma ficar aberto, é permitido, mas há regras que variam de um usuário para outro, dependendo do que é

acordado com o terapeuta de referência de cada usuário. Também através dos rituais de insubordinação e das profanações cerimoniais, nota-se que os conflitos acontecem de forma diferenciada, isto é, a questão da participação reformula a forma como se dão os conflitos, pois há espaço para que acordos sejam criados e recriados.

Devido à participação dos usuários na instituição CAPS e ao discurso antimanicomial presente, tanto nos documentos do Ministério da Saúde, quanto em campo, a equipe, cotidianamente, precisa fazer acordos com os usuários e refazê-los quando não são cumpridos, para manter o controle da instituição. Além disso, a instituição pode ser considerada um dispositivo de segurança, pois há vigilância, controle da circulação, disciplina e autoregulação.

Ficar parado em frente à porta da sala de equipe em silêncio ou fazendo pedidos aos técnicos pode ser considerada uma forma encontrada pelos usuários de respeitar a regra de que a sala da equipe técnica não é um espaço para ser ocupado por usuários e, ainda assim, conseguir que os técnicos os atendam. Esse é um exemplo de confronto dos ajustamentos primários e secundários devido à participação dos usuários na instituição. Nem sempre os atores sociais alcançam seus objetivos, sejam os funcionários ou os usuários. Como já demonstrado em diversos trechos do caderno de campo, às vezes os usuários cedem, às vezes os técnicos cedem e, muitas vezes, novos acordos são realizados.

Por um lado, a partir do momento em que um indivíduo passa a frequentar a instituição e, portanto, torna-se um usuário da instituição e começa um tratamento psicossocial voluntário, há um pressuposto de aceitação do próprio projeto terapêutico e das regras da instituição como um todo. Por outro lado, a participação dos usuários na instituição diz respeito a dar voz e escolha aos pacientes, sobretudo, em atividades como a Assembleia e o Conselho Gestor.

Porém, tais escolhas são limitadas, uma vez que a instituição possui regras e as escolhas são negociadas desde o primeiro acesso à instituição através do chamado acolhimento inicial

em que acontece a criação do projeto terapêutico realizado em conjunto por usuário, referência e família. O combinado inicial tende a ser renegociado entre técnicos e usuários. Quando um usuário quebra as regras ou solicita algo fora das regras julgado como aceitável pelos técnicos, sobretudo pelo terapeuta de referência do usuário, um novo acordo pode ser estabelecido.

O cotidiano do CAPS se mostra conflituoso se considerarmos os comportamentos dos usuários, sejam como sintomas, adaptações ou rejeições à instituição. Esses conflitos precisam ser processados diariamente, tanto pelos usuários quanto pela equipe. Através de momentos de adaptação à instituição e outros de rejeição mais ou menos conflituosa, os usuários reagem. Por sua vez, a instituição responde com aumento de disciplina ou (re)fazendo combinados com os usuários. De qualquer forma, a participação dos usuários e o discurso antimanicomial oferecem certo poder aos usuários, por possibilitar que suas opiniões sejam consideradas, algo que pode ser considerado uma novidade nas instituições de saúde mental.

Ao verificar na instituição os ajustamentos e as relações de poder através das interações e dos discursos dos atores sociais, pode-se dizer que uma característica nova na instituição CAPS, em relação ao hospital psiquiátrico, é a participação dos usuários na instituição e essa mudança produz acordos e conflitos entre usuários e membros da equipe multiprofissional, tanto durante atividades, como a Assembleia e a terapia em grupo, quanto, também, durante interações informais, como as que ocorrem nos corredores e em frente à porta da sala de equipe.

Embora a pesquisa tenha possibilitado reflexões e análises a respeito da temática, do problema e da hipótese de pesquisa apresentados no início da investigação, é importante enfatizar que se trata de uma dissertação de mestrado, logo, um estudo mais aprofundado pode gerar mais compreensão a respeito da problemática em questão, da instituição CAPS e de seus atores sociais.

Referências

- AGUIAR, Adriano. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. *Estados Gerais da Psicanálise - Segundo Encontro Mundial*, Rio de Janeiro, 2003.
- ALBUQUERQUE, J. A. Guillon. *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- ALMEIDA, Bruna Gisi. *A experiência da internação entre adolescentes: práticas punitivas e rotinas institucionais*. 2010. 177f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ALVAREZ, Marcos. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 168-176, 2004.
- _____. Michel Foucault e a Sociologia: aproximações e tensões. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v. 20, n. 38, p. 15-33, jan.-jun. 2015.
- ALVES, Fátima. *A doença mental nem sempre é doença – racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no Norte de Portugal*. 2008. 289f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Aberta, Lisboa.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- BECKER, Howard. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BERGER, Bennett. Prefácio. In: GOFFMAN, Erving. *Os quadros da experiência social: uma perspectiva de análise*. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
- BENELLI, Sílvio José; COSTA-ROSA, Abílio da. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. *Estudos de psicologia*, PUC-Campinas, v. 20 n. 2, p. 35-49, maio-agosto, 2003.
- BERT, Jean. *Pensar com Michel Foucault*. São Paulo: Parábola, 2013.
- BLIKSTEIN, Flávia. *Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico*. 2012. 95f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- 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, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.
- _____. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social no SUS*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília, DF:

- Secretaria de Atenção à Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados 12*. Brasília, DF: Secretária de Atenção à Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução n. 510, 7 de abril de 2016*. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.
- BURNS, Tom. *Erving Goffman*. London and New York: Routledge, 1992.
- BUSFIELD, Joan. Introduction: rethinking the sociology of mental health. *Sociology of Health and Illness*, v. 22, n. 5, p. 543-558, 2000.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- CUNHA, Manuela. Closed circuits: kinship, neighborhood and incarceration in urban Portugal. *Ethnography*, v. 9, n. 3, p. 325-350, sep. 2008.
- DELGADO, Pedro. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos brasileiros de psicologia*. Rio de Janeiro, v. 63 n. 2, p. 114-121, 2011.
- DENNIS, Alex; MARTIN, Peter. Symbolic interactionism and the concept of power. *The British Journal of Sociology*, v. 56, n. 2, p. 191-213, 2005.
- FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1999a.
- _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999b.
- _____. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.
- _____. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- _____. *História da loucura: na idade clássica*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012a.
- _____. *Microfísica do poder*. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012b.
- GIDDENS, Anthony. On rereading the presentation of self: some reflections. *Social Psychology Quarterly*, v. 72, n. 4, p. 290-295, dec. 2009.
- GODOI, Rafael. Fluxos em cadeia: as prisões em São Paulo na virada dos tempos. São Paulo: Boitempo, 2017.
- GOFFMAN, Erving. The insanity of place. *Psychiatry*, v. 32, n. 4, p. 357-388, 1969.
- _____. *Relations in public: microstudies of the public order*. London: Penguin, 1972.
- _____. The interaction order. *American Sociological Review*, v. 48, n. 1, p. 1-17, fev. 1983.
- _____. On fieldwork. *Journal of Contemporary Ethnography*, v. 18, n. 2, p. 123-132, 1989.
- _____. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Random House, 1990.
- _____. *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- _____. *Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face*. Petrópolis: Vozes, 2011.
- _____. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012a.
- _____. *Os quadros da experiência social: uma perspectiva de análise*. Rio de Janeiro: Vozes, 2012b.
- _____. *A representação do eu na vida cotidiana*. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

- GRONFEIN, William. Sundered selves: mental illness and the interaction order in the work of Erving Goffman. In: SMITH, Greg (ed.). *Goffman and social organization: studies in a sociological legacy*. London and New York: Routledge, 1999.
- HACKING, Ian. Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and society*, v. 33, n. 3, p. 277-302, 2004.
- HANCOCK, Black; GARNER, Roberta. Towards a philosophy of containment: reading Goffman in the 21st century. *The American Sociologist*, v. 42, n. 4, p. 316-340, mar. 2011.
- HIRANO, Sedi. Sociologia e doença mental. In: D'INCAO, Maria Angela (Org.). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- JACOBSEN, Michael; KRISTIANSEN, Soren. *The social thought of Erving Goffman*. Thousand Oaks: Sage, 2015.
- LAPERRIÈRE, Anne. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: POUPART, Jean et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- LEMONS, Flavia; CARDOSO JUNIOR, Hélio; ALVAREZ, Marcos. Instituições, confinamento e relações de poder: questões metodológicas no pensamento de Michel Foucault. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. spe, p. 100-106, 2013.
- MACHADO, Roberto. Introdução. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012.
- MARINI, Silvia. *Saúde mental e cidadania: ações e desafios da política pública de saúde mental do município de Maringá*. 2012. 175f. Dissertação (Mestre em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, Paraná.
- MARTINS, Pedro. *A participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço*. 2013. 155f. Dissertação (Mestre em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MAY, Tim. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.
- OTERO, Marcelo. Le nouvel esprit de l'institution: de la socialisation à l'individuation. In: OTERO, Marcelo; MICHAUD, Audrey-Anne; PAUMIER, Romain (Dir.). *L'institution éventrée: de la socialisation à l'individuation*. Québec: Presse de l'Université du Québec, 2017.
- PRADO FILHO, Kleber; LEMOS, Flavia. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar São Carlos*, v.2, n.1, p. 45-63, jan.-jun. 2012.
- SANTOS, Anna. *Gênero e saúde mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea*. 2008. 180f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SMITH, Dorothy. *Texts, facts, and femininity: exploring the relations of ruling*. Abingdon: Routledge, 1993.
- SMITH, Greg. *Erving Goffman*. London and New York: Routledge, 2006.
- SOUZA, Iara. O asilo revisitado: perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental. In: RABELO, Miriam; ALVES, Paulo; SOUZA, Iara. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- WHITAKER, Dulce. Cultura e doença mental. In: D'INCAO, Maria Angela (Org.). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- WHYTE, William. *Sociedade de esquina: estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- WILLIAMS, Simon. Appraising Goffman. *The British Journal of Sociology*, v. 37, n. 3, p. 348-369, set. 1986.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Ajustamentos primários e secundários na instituição CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O objetivo desta pesquisa é conhecer e compreender o funcionamento da instituição e as relações sociais que nela se dão. Para isso utilizando a técnica de observação participante para acompanhar as interações sociais na instituição.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Esta pesquisa não oferece riscos aos participantes, embora a pesquisadora entenda que conversas possam gerar desconfortos aos participantes. Assim, a participação dos voluntários se dará através de conversas informais e espontâneas de acordo com o interesse de participação dos voluntários e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim desejar os participantes. O conhecimento gerado pela pesquisa pode beneficiar os participantes, bem como auxiliar na avaliação de políticas públicas na área.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A pesquisadora irá tratar a sua identidade de forma sigilosa, isto é, você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

CUSTOS E COMPENSAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações, se assim o desejar, com a pesquisadora Roberta de Oliveira Soares através do e-mail roberta.soares@usp.br ou do telefone 11-995689659. Fui certificado(a) de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas e denúncias quanto a questões éticas, poderei contatar o CEP/SMS através do e-mail smscep@gmail.com ou do telefone 11-33972464. Assim, após ter sido devidamente esclarecido(a), concordo em participar do estudo.

Nome

Assinatura do Participante

Data

Nome

Assinatura da Pesquisadora

Data