

Ingrid Campregher

Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão:
a família no cotidiano da loucura

São Paulo
2009

Ingrid Campregher

Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão:
a família no cotidiano da loucura

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Ianni Régia Scarcelli

São Paulo
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Campregher, Ingrid.

Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão: a família no cotidiano da loucura / Ingrid Campregher; orientadora Ianni Régia Scarcelli. -- São Paulo, 2009.

165 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Família 2. Loucura 3. Saúde mental 4. Reforma psiquiátrica 5. Serviços de saúde mental 6. Política de Saúde I. Título.

HQ10

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ingrid Campregher

Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão:
a família no cotidiano da loucura

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Ianni Régia Scarcelli

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ianni Régia Scarcelli
Instituto de Psicologia – USP

Assinatura: _____

Prof.^a. Livre Docente Sueli Damergian
Instituto de Psicologia – USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Assinatura: _____

*Para minha filha Mádhavi e para meu marido
Bayard. Por tornarem realidade nosso mesmo
teto, nosso mesmo sangue e nosso mesmo chão.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sobretudo, à inspiração divina, pela vida. Por estar presente na grande família humana.

Agradeço à minha família-casa, meu marido e minha filha, por todo apoio e compreensão: à Mádhavi, pela paciência com a mãe mestranda... superando o que é possível aos seus 9 anos de idade, ao Bayard, pela presença, participação e amor incondicional... acompanhando de perto sua esposa neste processo.

Agradeço aos meus pais, Adevaldo e Valentina, por sempre acreditarem em minhas capacidades acadêmicas e profissionais. Agradeço por terem acompanhando meu crescimento pessoal e profissional nos últimos anos. Aos meus sogros, Bayard e Isilda, por acreditarem em mim e apoiarem meus projetos, sempre.

Agradeço à minha “nonna” Dora de Freitas Onodera (*in memmorian*) por seu amor indescritível: minha base.

Aos amigos, em especial, Gisele Toassa, Patrícia Cristina de Andrade Pereira e Adriana Eiko Matsumoto, pela ajuda, pelo cuidado, pela atenção e pela presença. Imprescindível!

A Renato José Vieira, pelo apoio e pelo cuidado. Pela gentileza de suas palavras e pela bondade de suas ações.

Ao grupo de orientandos da Prof^ª Ianni, em especial, Eliane Silvia Costa e Ed Otsuka, pela colaboração e empatia!

Ao LAPSO, por todas as contribuições provenientes das discussões do grupo.

À Prof^ª. Livre Docente Sueli Damergian pela acolhida sem precedentes. Agradeço seus braços abertos neste reencontro. Com muito carinho.

Meus agradecimentos especiais à querida orientadora Prof^ª Dr^ª Ianni Régia Scarcelli por todo seu apoio. Por acreditar sempre. Por me dar razões para admirá-la como uma pessoa maravilhosa, para além da profissional extremamente competente.

À CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado que tornou possível esta pesquisa.

“No *bond*, na sala, na rua, onde quer que se me deparasse pessoa disposta a dizer histórias extravagantes e opiniões extraordinárias, era meu costume ouvi-la quieto. Uma ou outra vez sucedia-me arregalar os olhos, involuntariamente, e o interlocutor [...] para melhor inculcar uma idéia ou um fato, me apertava muito o braço ou me puxava com força pela gola, longe de atribuir o gesto a simples loucura transitória, acreditava que era um modo particular de orar ou expor. [...] Assim vivia, e não vivia mal. [...] Agora, porém, que fugiram os doudos do hospício e que outros tentaram fazê-lo (e sabe Deus se a esta hora já terão conseguido), perdi aquela antiga confiança que me fazia ouvir tranqüilamente discursos e notícias. [...] Caiu por terra o forte apoio. Uma vez que se fuge do hospício dos alienados (e não acuso por isso a administração) onde acharei método para distinguir um louco de um homem de juízo?”

RESUMO

CAMPREGHER, I. *Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão: a família no cotidiano da loucura*. 2009. 165f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

O presente trabalho tem como objetivo investigar a família no contexto da loucura, considerando-se as formas cotidianas da família compreender o que vive neste cenário e as formas de lidar com o sujeito da loucura em sua casa e nos serviços de saúde mental. Para tanto, buscou-se identificar: as representações da família em relação à loucura; as formas da família se relacionar com o sujeito da loucura; as relações estabelecidas entre a família e a rede de atenção em saúde mental; e o espaço social e político destinado às famílias no campo das políticas públicas de saúde mental. Realizou-se um estudo de caso, com base nas entrevistas realizadas com a mãe de um usuário de um CAPS da capital paulista, entendendo-se que conhecer aspectos de uma realidade familiar, nos fornece subsídios para refletirmos sobre os rumos tomados pela atenção em saúde mental no Brasil, no âmbito da reforma psiquiátrica. Oferece, ainda, a possibilidade de levantar questões pertinentes à sua constante reformulação. A questão da desconstrução da cultura manicomial apresentou-se como um processo que exige novas formas de ver e lidar com a loucura. A família e a rede de serviços de saúde mental expressaram a contradição entre as antigas formas de se relacionar com a loucura institucionalizada e as novas formas propostas pelos ideais da reforma psiquiátrica, que busca a desinstitucionalização da loucura. A discussão tem, por referencial teórico-metodológico, a Psicologia Social proposta por Pichon-Rivière.

Palavras-chave: família, loucura, saúde mental, reforma psiquiátrica, serviços de saúde mental, política de saúde.

ABSTRACT

CAMPREGHER, I. *Same roof, same blood, same ground: family in the insanity context*. 2009. 165f. Dissertation (Master) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

The aim of this research is to investigate family in insanity context considering the daily ways used to understand what they live and the ways used to deal with the insane at their home and at the mental health services. In order to do that, we intended to identify the following: family's representations towards insanity; the ways the family and the insane interact; the relations set up between family and the mental health services; and the social and political space families have in the mental health policies field. We studied a case based upon interviews with an attendant of CAPS' mother, in the capital of the State of São Paulo. We understand that knowing some aspects of the family reality gives us conditions to think about how the mental health attention evolved in Brazil after the psychiatric reform. It also offers us the possibility to make important questions about its constant reformulation. The asylum culture dismantling issue can be faced as a process that demands new ways of seeing and dealing with insanity. In this research, family and mental health services expressed the contradiction between former ways to deal with the institutionalized insanity and new ways proposed by the ideals of psychiatric reform, which pursues the end of institutionalized insanity. The discussion is supported, in theory and methods, by the Social Psychology proposed by Pichon-Rivière.

Key-words: family, insanity, mental health, psychiatric reform, mental health services, health care policy.

Sumário

Introdução	10
Por trás do palco desta história	13
1. Algumas notas sobre loucura, políticas e práticas de saúde mental	16
1.1. Resgatando o conceito social da loucura	19
1.2. Saúde mental no Brasil	28
1.2.1. Retomando os caminhos rumo à reformulação da rede de serviços e das políticas públicas de saúde mental	32
1.2.2. O lugar da família nas políticas de saúde mental e na rede de serviços	37
2. Família e Loucura.....	49
2.1. Considerações sobre o processo histórico da inserção da loucura na família.....	49
2.1.1. A loucura na família antes da reforma psiquiátrica: da literatura de Guimarães Rosa	55
2.2. O papel feminino no acompanhamento do sujeito da loucura	58
2.3. O trabalho e sua inserção no cotidiano da loucura na família	62
2.4. O impacto das representações de loucura e a busca pela mudança de mentalidades: rumos da desinstitucionalização.....	67
3. A Pesquisa	72
3.1. Procedimentos	73
3.2. A transição ideológica manicomial e a família como grupo	74
4. Na Casa de Dona Ana.....	82
4.1. A contradição entre os discursos da loucura e a experiência cotidiana vivida	84
4.2. Serviços de saúde mental: uma extensão familiar	99
4.3. Contextos violentos que geram sofrimento humano	119
4.4. Trabalho e loucura	127
5. Chegando ao Porto Final	135
Referências bibliográficas.....	146
Anexos.....	158

Introdução

Era uma vez, uma cidade chamada Cidade dos Loucos. Toda semana, chegava um trem abarrotado de gente diversa: crianças, mulheres, homens, gente alta, gente baixa, gente que era gorda, gente que era magra. Essa gente toda chegava em um trem chamado Trem dos Doidos. Era um trem que parecia ser só para eles.

A cidade era bonita e ficava entre as montanhas. Para quem não sabe, ficar entre as montanhas tem algo de mais bonito ainda: quando as nuvens se espalham, parece que a gente tá no céu.

Quando alguém entrava no Trem, nunca mais voltava pra casa. Quando dizia adeus, na hora de entrar nele, não sabia, mas nunca mais encontraria ninguém de sua família. Era uma viagem para um lugar bem longe, mesmo para aqueles que moravam bem pertinho. Depois de chegar na cidade, o pessoal ia para um lugar chamado Hospício. Lá no Hospício, naquele da Cidade dos Loucos, tudo era diferente das coisas que existem na casa das gentes: a comida meio-crua era servida no chão e o chão era tão importante que ele era também o lugar de dormir. Não tinha coisa pra ficar fazendo – era só ficar andando, andando, andando descalço... depois deitava no chão e ficava lá. Cobrir o corpo com roupa era para alguns. Muita gente vivia despida, como se não tivesse segredo que se lembrasse para contar. Não tinha onde guardar. E se alguém não gostasse disso que era o Hospício da Cidade dos Loucos ou, quem sabe, ficasse louco de saudade de alguém da família, logo alguma coisa diferente acontecia. Não era pra ficar gritando, não era pra querer ficar fugindo. Então se via muita gente que era amarrada, que tomava choque e que ficava sozinha no escuro. Isso tinha um nome. Era o Tratamento.

Quando fazia frio, todo mundo passava frio. Muito frio. E até morriam de frio alguns, e isso não é só um modo de falar. Todo dia era dia de fazer uma coisa que era a mesma de sempre, como as andanças até cansar: tinha que tomar remédios pela boca e dar o braço para a injeção, mesmo não querendo. Isso, gente, era porque estavam cuidando deles. É pra isso que estavam lá. Para serem cuidados e melhorarem. É por essa razão mesma que pais, mães, irmãos, esposas, maridos e filhos eram mandados para lá. E toda semana chegava mais gente no Trem dos Doidos.

Ali se ficava preso para sempre. Mesmo sem ter cometido nenhum crime. Era como jurar aquelas palavras em um casamento nas montanhas: juntos até a morte. E era assim. Uma coisa que acontecia de tempos em tempos era o amontoado de gente. Como não cabia todo mundo no Hospício, que não era que nem coração de mãe, como se fala por aí, o pessoal do cuidado acho que pensava assim: quem já viveu bastante aqui? Acho que foi assim que escolheram, no inverno de 1970, o João Branco. Era um velho, já podia dar espaço pra outras gentes viverem mais largo. E foi assim. Naquela noite escolheram João Branco e outros muitos velhos e velhas de sorrisos vazios de dente ou de caras vazias de boca ou de olho perdido na memória de um Trem ou de vincos fundos de sabedoria e tempo entalhados na pele grossa. Então como eles foram escolhidos, ganharam um chá para beber. Era meia-noite. A cidade escura engolida pelo céu sem lua. Na manhã seguinte, os velhos da turma de João Branco, parados, pareciam bonecos fingindo ser gente. E olha como é a vida! A coisa da gratidão. Coisa boa é poder retribuir, mesmo no para-lá-do-fim-da-vida, o cuidado e o teto que se recebeu por tanto tempo. Um tempo sem fim. O Hospício da Cidade dos Loucos fazia negócio com curso de médico. Por isso, João Branco e os outros iriam embora para serem olhados e estudados com uma atenção que nunca tiveram até ali. Iam sendo levados para gente importante. Pra doutor que estudava

Anatomia. Não sei se João Branco e os velhos sabiam o que era Anatomia. Acho que não. É um estudo das partes de um corpo. Engraçado é pensar que ainda antes de tomar o chá da noite, João e os velhos já não eram mais a pessoa toda de quem eles lembravam ou esqueciam. Não tinham mais história completa marcada na cabeça, nem no coração, nem nos dias.

Só para acabar a história, faltou dizer... Tinha vezes que era muito velho e até gente de outros tamanhos para um curso só de doutor. Eles não queriam mais gente pra estudar. Mas foi fácil: aquela gente do Hospício era mesmo esperta! Resolviam e pronto. E botaram os amigos dos tantos Joãos Brancos, Titas, Marias, Zés e Zezés – aqueles amigos de andanças em círculo, amigos de mesmo teto e de mesmo chão para fazer uma coisa diferente. Tinha que pegar aqueles, que os doutores iam dizer que não queriam, e fazer com eles uma mágica. Gente, vocês sabem como é uma mágica? É uma coisa que ninguém espera. Uma coisa que deixa todo mundo espantado. Deixa o povo todo pensando “como pode ser isso”? E faz um lenço virar uma flor. E era assim mesmo como um truque sem explicação. Eles, os amigos, pegavam quem tinha que pegar, arrastavam até uns tonéis e colocavam o pessoal do último chá lá dentro deles. Faziam direitinho. Passo-a-passo, como os cuidadores do Hospício diziam que tinha que ser. Passava um tempo, a química do ácido ia fazendo a mágica funcionar e no final do espetáculo, tudo aquilo que eram as pessoas virava esqueleto. Tinha um nome isso: Desencarne. Não, não precisa ter medo. Esqueleto lembra mal-assombração. Mas não era não. Era só para os doutores estudarem os ossos. Porque para a Anatomia, já tinha gente bastante. E o Hospício ganhava um bom dinheiro. E quem cuidava do Hospício devia ficar bem feliz.

E era assim. Na Cidade dos Loucos, toda manhã tinha um presente no céu - o balé negro-gracioso dos urubus riscando o azul de um palco impossível.

Por trás do palco desta história

A Cidade dos Loucos existe. Trata-se de Barbacena, em Minas Gerais. E o Hospício da Cidade dos Loucos, do jeito como contou a história apresentada, também já existiu. Até parece história que não devia ser contada... Parece história que não devia nem existir. E não devia mesmo.

O momento histórico apresentado nos remete à atenção em saúde mental antes do movimento da reforma psiquiátrica. Em 1978, Franco Basaglia, um dos precursores da reforma psiquiátrica na Itália, veio ao Brasil. Após sua visita ao hospital psiquiátrico, Basaglia afirmou que o então *Hospital Colônia de Barbacena* poderia ser comparado aos campos de concentração nazistas (AMARANTE, 2006).

Atualmente, no espaço do antigo hospital, funciona o Museu da Loucura, que apresenta fotos, documentos, reportagens, objetos e instrumentos referentes à época. E assim deixa claro que hoje se trata somente de um tempo a ser resgatado na memória.

Com o movimento de denúncias e mobilizações que tiveram início no Brasil através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o cotidiano da loucura, em nosso país, foi colocado como alvo de intensos questionamentos em relação ao tratamento dado àqueles que precisavam de atenção em saúde mental.

A força motriz de nossa busca pelo tema, nesta dissertação, foi desde sempre a indignação, que somente aumentava a cada passo dado na tentativa de resgatar a história da saúde mental brasileira. O recorte escolhido é a questão da família e sua relação com quem convive com o rótulo da loucura. Mas a este ponto, voltaremos adiante.

Na história apresentada anteriormente, já podemos direcionar nosso olhar para as formas da família lidar com a loucura. Antes da implantação dos serviços substitutivos em

saúde mental, que teve início em 1989, a família encontrava na internação compulsória a única forma de encaminhar seu ente em sofrimento mental. Hoje, temos uma rede de atenção que, em concordância com a Lei 10.216, de 04 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), prevê o atendimento ambulatorial como principal recurso terapêutico. A intenção é que aquelas histórias de isolamento terapêutico e de internações sem perspectivas de saída, se tornem, cada vez mais, histórias tristes para se contar de um tempo que ninguém quer de volta.

Uma vez que as atuais políticas públicas de saúde mental prevêm a manutenção do indivíduo em sofrimento mental no convívio familiar e a ampliação de seu espaço de existência na comunidade e na sociedade, é importante voltarmos nossa atenção e nossos esforços para refletirmos mais sobre a família.

Esta dissertação tem por objetivo investigar aspectos que dizem respeito às formas cotidianas da família avaliar o que vive no contexto da loucura e às formas de lidar com o sujeito, doravante denominado *sujeito da loucura*¹, em sua casa e nos serviços de saúde mental. Temos como finalidade conhecer mais sobre o espaço de convivência, que é hoje identificado como espaço no qual deve ser mantido o sujeito da loucura, de acordo com as atuais políticas públicas da área, apoiadas na proteção aos direitos do sujeito da loucura, tendo em vista a desconstrução da cultura manicomial. Entendemos que conhecer tais aspectos sobre a realidade familiar nos fornece subsídios para refletirmos sobre os rumos tomados pela atenção em saúde mental no Brasil e levantarmos questões pertinentes à sua constante reformulação.

¹ Este termo, adotado nesta dissertação, será a forma central de nos referenciar ao indivíduo identificado como alguém que apresenta sofrimento mental. Percorremos diversas terminologias durante a fase de revisão bibliográfica e encontramos, por exemplo, “usuário de serviço de saúde mental”, “indivíduo em sofrimento mental”, “louco”, “portador de transtorno mental”, “doente mental” etc. A escolha por este termo se dá com base no entendimento de que “sujeito da loucura” nos remete a alguém que existe atrelado ao estigma da loucura. De acordo com Cunha e Cintra (2007), autores de Nova gramática do português contemporâneo : “o sujeito é o ser sobre o qual se faz uma declaração” (p.122). Neste sentido, sem aqui reificarmos a loucura, equivaleria a dizer que se trata de alguém que tem sua existência declarada e recortada pelo conceito social de loucura e todas as suas implicações.

A fim de investigar a relação da família com o contexto da loucura, de modo a identificar em que medida se tem dado a desconstrução da cultura manicomial, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar as representações da família em relação à loucura;
2. Identificar as formas da família se relacionar com o sujeito da loucura;
3. Identificar as relações estabelecidas entre a família e a rede de atenção em saúde mental;
4. Identificar o espaço social e político destinado às famílias no campo das políticas públicas de saúde mental.

Como caminho a ser percorrido em direção ao nosso objetivo, escolhemos um estudo de caso, que foi construído com base em entrevistas realizadas com a mãe de um usuário de serviço substitutivo – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – da capital paulista. A descrição de como se deu este processo encontra-se no capítulo terceiro, que trata da questão do método. Quanto à escolha pelo discurso de uma “mãe”, esta se ampara no fato de que as mulheres e, em sua maioria as mães, têm sido o ente familiar que acompanha mais de perto o cotidiano de convívio e o tratamento do sujeito da loucura, de acordo com levantamento realizado no capítulo segundo.

Temos, por hipótese, que a família, importante alicerce na constelação da saúde mental hoje, ainda não se inseriu/não foi inserida no espaço de protagonismo social, imprescindível à desinstitucionalização da loucura. Os desdobramentos de questões como esta, em sua relação com a sociedade, com as políticas públicas, com os serviços e com o sujeito da loucura, estarão desenhados ao longo de nosso texto.

1. Algumas notas sobre loucura, políticas e práticas de saúde mental

A desconstrução da cultura manicomial tem sido o objetivo de um processo de reflexão crítica que envolve atores sociais de diversos cenários. Trata-se de um amplo contexto de luta pela transformação da realidade social, ao qual se reúnem representantes da sociedade civil engajados em movimentos sociais – cuja crítica se dirige às relações verticalizadas de poder e à exploração do homem pelo homem – bem como a ele estão também reunidos profissionais, pesquisadores e pensadores de diversos campos de práticas e saberes, dentre os quais, o campo da saúde mental e do trabalho, do sistema judiciário-penitenciário, da saúde pública e da saúde coletiva, da economia, da educação, das ciências sociais e da filosofia.

Muito embora a expressão maior de luta contra a cultura manicomial tenha historicamente se dado no campo da saúde mental – mediante denúncias, críticas e propostas de reformulação do modelo de atenção – a luta pela desconstrução da lógica manicomial pode ser considerada uma luta de todos por todos, uma vez que a lógica da exclusão, da opressão e da exploração permeia a totalidade das relações sociais que estabelecemos hoje, baseadas no modo de produção capitalista. Neste contexto, a dignidade humana, ao ser valorada a partir de preços de mercado, reifica indivíduos mediante a equação resultante entre o que ele produz, o que ele consome e qual seu custo ao sistema. Isto nos leva a um cenário de empobrecimento de ideais e de modos de vida, o que restringe o olhar humano ao seu próximo.

O ícone do manicômio, tomado em seu sentido metafórico, nos remete a uma sociedade que rotula, estigmatiza e exclui os indivíduos, mantendo-os encarcerados em sua condição sócio-econômica, em sua condição cultural, enfim, em condições estabelecidas a partir da lógica prioritária do lucro atrelado ao modo de produção capitalista.

No entanto, é certo que muito do sentido metafórico desta luta acabou também se encerrando entre os muros do manicômio propriamente dito. Assim, a luta pela desconstrução dos manicômios e as propostas de novas formas de se lidar com a loucura foram, gradativamente, tomando mais espaço e força, e o movimento de renúncia ao que oprime, em seu aspecto mais amplo, foi se reduzindo à luta dentro do campo da saúde mental contra o tratamento asilar.

Dado este contexto de luta, principalmente encarcerado nas cercanias imediatas da construção de uma nova rede de atenção em saúde mental, consideramos importante questionar aqui do que se trata este espaço em que a crítica sobreviveu com maior potência, o que nos faz indagar o que vem a ser o campo da saúde mental.

Antes de mais nada, o campo da saúde mental aparece, ainda nos dias atuais, impregnado de sua herança de viés clínico-médico. Porém, antes de nos aprofundarmos no tópico “saúde mental”, faz-se necessário uma breve reflexão sobre o que entendemos amplamente por “saúde”. Considerando a proposição de um novo conceito de saúde, elaborada por Dejours (1986), é possível ampliarmos a noção de saúde, proposta pela Organização Mundial de Saúde, relacionada ao bem-estar biopsicossocial, bem como ir além das condições de moradia, transporte, trabalho, lazer, dentre outras, que assegurariam o bem-estar proposto.

De acordo com Scarcelli (2002), Dejours propõe, a partir de contribuições da fisiologia, da psicopatologia do trabalho e da psicossomática, a compreensão da saúde em seu aspecto de constante transformação e mudança, tal qual o organismo em busca de seu equilíbrio dinâmico. A condição do estado de bem-estar apareceria, portanto, como um estado ideal, do ponto de vista epistêmico, ao entendermos que movimentos contraditórios ao bem-estar sucedem-se ao processo de conquista deste ideal, do qual buscamos nos aproximar. Assim

também, do ponto de vista psíquico, é possível compreender que saúde não significa a ausência de angústia mas dispor de meios para lutar contra ela, entendendo ser a angústia parte fundamental deste processo de busca por bem-estar, uma vez que ela nos mobiliza a buscar condições momentâneas de maior tranquilidade, que abrem espaço a novas angústias e novas buscas, incessantemente. Do ponto de vista social, o trabalho, atividade humana central, deve ser espaço de criação, observando-se que as diversas situações de trabalho (trabalho penoso, desemprego, relações instáveis de trabalho) influenciam sobremaneira a saúde do indivíduo. Finalmente, Dejours (1986) inclui, em seu conceito de saúde, a relação indissociável entre mente e corpo e, portanto, entre saúde física e saúde mental. Scarcelli (2002, p.05) sintetiza este novo conceito de saúde proposto por Dejours, afirmando

[...] para Dejours, saúde não é algo que vem do exterior, mas algo que se alcança superando obstáculos. Saúde não é estado de estabilidade, e, sim, uma sucessão de compromissos com a realidade do ambiente material, com a realidade afetiva, relacional e familiar e com a realidade social. Assim, ter saúde é ter meios para poder traçar um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social, a partir da liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo (liberdade de adaptação), da liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida e da liberdade de agir individual e coletivamente na organização do trabalho.

Ao ampliarmos o conceito de saúde, trazemos elementos para olhar o campo da saúde mental como campo interdisciplinar. As contribuições do diálogo entre áreas diversas do saber subsidiam a construção do conceito de saúde social, de forma a enriquecer o alcance das discussões em saúde mental. Fernandes (1999a, p.95) nos apresenta a seguinte colaboração,

[...] ocupar-se da saúde mental significa, num primeiro momento, procurar conceituá-la deixando-a 'livre' da herança clínico-médica que a reconhece sempre no eixo da saúde e doença e que indica as abordagens psicoterapêuticas como instrumentos de acesso e de definição sobre o seu caráter. Retirar a saúde mental do eixo terapêutico implica ressignificá-lo no eixo da saúde social e conduzir a discussão à dimensão da subjetividade enquanto expressão das diferentes modalidades de subjetivação de nossa cultura.

Ao considerarmos o campo da saúde mental no sentido da libertação da clausura de velhos conceitos, entendemos que a luta pela desconstrução da cultura manicomial, perpetrada

por este campo, não deveria encerrar as discussões e críticas ao espaço destinado à atenção em saúde mental, enquanto luta pela extinção dos manicômios, pela humanização do tratamento do sujeito da loucura e pela melhoria da rede substitutiva de serviços. Interessa ampliar a discussão de forma que seja possível a reflexão acerca das formas de subjetividade que têm sido possíveis de ser construídas em nossa cultura e em nossa realidade social, e de que forma seria possível revolucioná-las em direção a uma sociedade menos excludente e estigmatizadora, enfim, menos manicomial.

1.1. Resgatando o conceito social da loucura

Digam o que quiserem (pois não ignoro como a Loucura é difamada todos os dias, mesmo pelos que são os mais loucos), sou eu, no entanto, somente eu, por minhas influências divinas que espalho alegria sobre os deuses e sobre os homens.

É com este parágrafo que Erasmo de Rotterdam (1501/2003, p.11) inicia o *Elogio da Loucura*, positivando e personificando um modo de existir que busca até hoje, itinerante, o seu espaço no mundo dos homens. Foucault (1972/2004) nos oferece um rico panorama desta busca - o lugar social da loucura em diversos contextos históricos - sendo que, inicialmente, temos descrições deste aspecto literalmente itinerante da loucura, representada pela existência da Nau dos Loucos, por volta do século XV. Uma embarcação repleta de pessoas consideradas inconvenientes ao convívio social era lançada ao mar aberto, atracando de cidade em cidade, de tempos em tempos.

Considerando ser possível estabelecer algumas reflexões metafóricas de modo a enriquecer nosso olhar, temos hoje cargueiros cheios de lixo tóxico, que vagueiam de país em país sendo recusados pelas autoridades. Notícias veiculadas por organizações ambientais, como o Greenpeace, nos informam sobre o lixo recusado, proibido de ser despejado, sem

destino certo. A Nau dos Loucos, ao que indica a história, transportava pessoas recebidas como espécie de “lixo social”. Sem destino certo e recusado por todos, toda a sorte de “delinqüentes”, prostitutas e indivíduos cujo comportamento era incompreendido pelas regras sociais e morais vigentes era encaminhada à nau sem rumo. Naqueles tempos, a loucura ainda não era alvo de cuidados, não era identificada como doença mental e não dispunha de um lugar físico para sua estadia, não em solo firme.

Anteriormente à loucura, a personificação do conteúdo recusado pela sociedade estava centralizada na figura do leproso. A lepra ocupava um lugar social, na Idade Antiga, semelhante ao que ocuparia a loucura, tempos depois. Considerados malditos, do ponto de vista religioso, o grupo dos leprosos não era somente apartado da sociedade por questões de saúde física mas também pela imoralidade que eles supostamente carregavam em seus corpos. Assim, a lepra era justificativa para a exclusão social: o sujeito acometido era considerado culpado pela ocorrência dos males em sua comunidade e, por isso, deveria ser depositado em vales distantes para ser deixado à morte. A ira de Deus recaía sobre os homens na forma de uma doença mutiladora que aniquilava todo aquele que não vivesse de acordo com as leis divinas².

Com a drástica redução de casos de lepra no Ocidente, no final da Idade Média, os leprosários, ainda carregados do viés de castigo como reflexo de imoralidade, tornaram-se vazios. Mas logo tiveram seu conteúdo substituído pelos doentes venéreos e, em seguida, pelo loucos.

² Na sociedade medieval, a loucura toma o lugar social da lepra, sendo interpretada como consequência da ação de poderes espirituais ocultos e presenças demoníacas. Após o iluminismo, este paradigma foi solapado pelo discurso da ciência e da racionalidade. Ainda assim, hoje, persiste no discurso popular contemporâneo questões arremetidas à fé e à espiritualidade no tocante à compreensão da saúde mental (FOUCAULT, 1972/2004).

Isto posto, fica patente que, assim como a lepra, também a loucura - mesmo depois de categorizada como doença mental - teve em seu percurso o estigma do desvio moral. A partir da segunda metade do século XVII, o asilo tornou-se depositário a comportar

[...] doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos: toda uma população matizada, (...) rejeitada para além da linha de divisão, e reclusa em asilos que se tornarão em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura (FOUCAULT, 1972/2004, p.102).

A história de internamento, entre os séculos XVII e XVIII, torna certo o destino asilar a todos aqueles identificados como doentes mentais ou sujeitos da desrazão e do desvio moral. A partir de então, o confinamento é aplicado a “[...] todas as formas de violência que escapam à definição rigorosa de crime e à sua apreensão jurídica: o que visa é uma espécie de região indiferenciada da desordem”, confinaria, neste sentido, “[...] todo domínio obscuro de uma raiva ameaçadora que surge aquém de uma possível condenação [...] mas suficientemente clara para ditar o imperativo policial e moral do internamento” (FOUCAULT, p.112, 2004).

Com o passar dos anos, entende-se que a expressão da loucura passou a ser tolerada como fenômeno que pedia atenção especial, algum tipo de cuidado mas, principalmente, o cuidado de que os sujeitos da loucura não se tornassem miscíveis à sociedade em geral e, para tanto, seria interessante que fossem mantidos à parte. O asilo aparece com a função de proteger a parte “saudável” da sociedade e de constranger a todos pelo medo ao exercício da boa conduta moral. A relação entre o criminoso e o louco distingue-se pelo espaço de reclusão e pelo princípio de assistência. Ambos deveriam ser mantidos à reclusão com a seguinte distinção espacial: ao criminoso, a prisão; ao louco, o asilo. O princípio da assistência, embutido no conceito de cura e tratamento da doença mental, não salvaguardou o louco de temíveis sofrimentos físicos e psicológicos ao longo de seu confinamento. Diversas técnicas consideradas terapêuticas constituíam-se em verdadeiros suplícios aos internos. Além disso, a figura do médico, baseada em métodos positivistas de fazer ciência, outorgavam ao

louco o papel de objeto de observação extenuante a fim de tornar mais complexas as descrições de quadros nosológicos. O poder médico consistia, sobretudo, na função de discriminar o louco dos demais desarrazoados perigosos à sociedade, de modo a exercer coação moral pelas vias administrativas dos asilos para além do foco nas metas terapêuticas.

Com a base da lógica asilar construída, Pinel, por volta do século XIX, a ela agrega a busca pela humanização do tratamento daqueles sujeitos, até então mantidos como animais enjaulados. Descrições dos alojamentos de Bicêtre e Salpêtrière, no final do século XVIII, indicam as características dos espaços de confinamento e dos sistemas de contenção cujas funções eram de punição violenta à condição apresentada pelo louco

[...] o que tornava sua habitação mais funesta e frequentemente mais mortal é que no inverno, quando das cheias do Sena, os cômodos situados ao nível dos esgotos tornavam-se não apenas bem mais insalubres como, além disso, refúgio para uma multidão de grandes ratos que à noite se jogavam sobre os infelizes ali presos, roendo-os onde podiam; encontraram-se muitas loucas com os pés, as mãos e o rosto dilacerados por mordidas muitas vezes perigosas, muitas das quais morreram” (FOUCAULT, 1972/2004, p.148).

Os tratamentos aplicados aos internos, prescritos a partir das enfermidades catalogadas como frenesi, mania, melancolia e imbecilidade, se constituíam de sangrias, inoculação de sarna, raspagem da cabeça com a colocação de bandagem mantida úmida com água e vinagre frio, prescrição de laxantes e purgantes, banhos e duchas (FOUCAULT, 1972/2004).

Em relação à loucura enraivecida, o rigor com que se constrangiam os limites físicos do louco apresentava caráter especialmente punitivo, conforme descritos a seguir,

Num outro hospital, em Bethnal Green, uma mulher era sujeita a violentas crises de agitação: era então colocada num estábulo de porcos, os pés e as mãos amarrados; [...] em Bethlem [...] um louco furioso ficava amarrado a uma longa corrente que atravessava a muralha, permitindo assim ao guardião dirigi-lo, mantê-lo na coleira [...]. As loucas acometidas por um acesso de raiva (em Salpêtrière, no final do século XVIII) são acorrentadas como cachorros à porta de suas celas e separadas das guardiãs e dos visitantes por um comprido corredor defendido por uma grade de ferro; através dessa grade é que lhes entregam comida e palha, sobre a qual dormem (FOUCAULT, 1972/2004, p.149-150).

Com relação a este contexto, Pinel considerava urgente uma revolução na forma de lidar com a loucura, propondo, ousadamente, a “libertação” dos loucos. Embora ainda asilados em espaços destinados ao tratamento da doença mental, Pinel propunha que cessassem os tratamentos animalizados, que se retirassem dos loucos as amarras e as coleiras e que eles não fossem mais mantidos em jaulas ou celas. Com suas observações, ele apresenta o fenômeno da loucura como doença mental, desenvolvendo diversas pesquisas, categorizando as expressões de loucura e prescrevendo tratamentos diferenciados, enfim, institucionalizando este novo objeto e solidificando as bases da psicopatologia e da psiquiatria. Castel (1978/1991, p.83) define criticamente a participação de Pinel na transformação do conceito social da loucura,

O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da ‘exclusão’, do ‘isolamento’ do ‘afastamento’ para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas cumplicidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, seqüestrado como os outros, porém, por outras razões.

A loucura vai sendo historicamente matizada entre a desrazão, a negatividade, o desatino, o desvio e o erro. E a psiquiatria, como saber científico, vai se estabelecendo a partir da descrição de categorias diagnósticas que passam a identificar estas matizes sob nomes diversos: a demência, a mania e a melancolia, a histeria e a hipocondria. O século XIX foi o século dos manicômios, palco de construção de inúmeros hospitais destinados à internação dos loucos, de tal modo que a psiquiatria se institui definitivamente como campo de poder hegemônico no tocante ao tratamento da loucura.

Neste cenário, o conceito de normalidade vai se estabelecendo em oposição ao conceito de patológico e, neste sentido, formas de expressão da subjetividade humana vão sendo, gradualmente, categorizadas em padrões classificatórios sob a alcunha de quadros

diagnósticos. Canguilhem (1966)³ apud Domont de Serpa (2003), em sua tese de doutorado em medicina, versa sobre a relação entre o normal e o patológico, direcionando a discussão para questões filosóficas pertinentes à compreensão do tema. Inicialmente, a fronteira entre o normal e o patológico parece ter se alicerçado em uma questão de grau. O patológico seria para a ciência uma variação quantitativa do normal. Em suas considerações, Canguilhem identifica semanticamente que o uso do termo “normal” apresentava-se como referência a fatos e a valores e, assim, apresentava, respectivamente, empregos (1) descritivo e (2) avaliativo-valorativo. Enquanto fato, o normal seria algo que se apresenta com maior frequência ou que se encontra na média. Do ponto de vista avaliativo-valorativo, o normal seria algo que é “como deve ser”.

Portanto, a diversidade, ou seja, o que é diferente da norma e da hegemonia, acaba sendo tomado por patológico. No entanto, para além das referências ao meio externo, Canguilhem resgata a importância da percepção da experiência vivida sob o ponto de vista individual para que se compreenda o limiar entre normal e patológico, ou seja, a forma como o indivíduo percebe a experiência que vive.

Ainda de acordo com Canguilhem (1966/1982, p.106) apud Domont de Serpa (2003), o termo patológico, do ponto de vista etimológico, deriva de “*pathos*”, relativo à afecção – “sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada”. Nem sempre a diversidade implica este sentimento de sofrimento descrito, ou seja, nem toda diversidade deve ser considerada patológica. Deve-se levar em consideração a relação particular entre o indivíduo e o meio em que ele se encontra e o significado individual atribuído à experiência vivida. É importante ainda que a diversidade ou o “patológico” não sejam vistos somente como atributo do indivíduo mas que sejam considerados de forma

³ Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e ao patológico. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Strasburgo (transformada em livro em 1966).

contextualizada. Desta forma, uma variação (diversidade) pode ser considerada mais contrária ou menos contrária às normas de acordo com o contexto social, cultural, histórico e econômico que tomamos por base.

No entanto, o que se tem visto é um aumento da força de categorização da expressão humana em quadros patológicos. Isto é possível de ser identificado no aumento de classificações diagnósticas do CID-10 e do DSM IV, manuais diagnósticos tomados mundialmente como referência pelos profissionais da saúde mental. As edições destes manuais, nas décadas de 80 e 90, apresentaram este “boom” se comparadas às edições anteriores. Em linhas gerais, O CID-9 apresentava somente 30 categorias diagnósticas enquanto que o CID-10 passou a apresentar 100. O DSM II apresentava 180 categorias enquanto o DSM-IV passou a apresentar 297 (DOMONT DE SERPA, 2003).

Isto nos faz questionar em que medida tem se dado certo movimento de patologização do normal e como temos, pautados no paradigma psiquiátrico, categorizado cada vez mais diversas formas de expressão da subjetividade humana como sendo patológicas e, portanto, passíveis do estigma de uma desordem mental.

O conceito social da loucura esteve, ainda, refletido no espaço de expressão do teatro e da literatura. Entendemos que as expressões artísticas revelam elementos ideológicos e culturais que nos permitem compreender, sob outro prisma, uma dada realidade social e histórica. Neste sentido, Foucault (1972/2004) apresenta a figura do louco no teatro, no final da Idade Média, como aquele que enuncia as grandes verdades inconvenientes, que ditas a partir do lugar que ocupa – lugar caracterizado pelo salvo-conduto da desrazão – tornava cômicas as encenações da época. Personagens que agiam de má-fé e, ainda assim, buscavam manter-se honradas aos olhos da sociedade, eram despidas metaforicamente a partir das colocações críticas do personagem da loucura.

A denúncia da loucura torna-se a forma geral da crítica. Nas farsas e nas sotias, a personagem do Louco, do Simplório, ou do Bobo assume cada vez maior importância. Ele não é mais, marginalmente, a silhueta ridícula e familiar: toma lugar no centro do teatro, como o detentor da verdade – desempenhando aqui o papel complementar e inverso ao que assume a loucura nos contos e sátiras. Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um a sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico: ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos. (FOUCAULT, 2004, p. 14).

Ao longo do século XVI, vemos na obra de Shakespeare diversos personagens da loucura. Representantes da loucura dos Bobos⁴, prontos a enunciar as verdades mais inconvenientes até mesmo aos reis; da loucura fingida⁵, como meio de um personagem atingir seus objetivos, portanto a loucura como método; e da loucura verdadeira⁶, na qual se explicitam elementos de contradição interna, confusões mentais e sofrimento.

Cervantes (1605/2005), através da obra *Dom Quixote*, apresenta a loucura refém da fantasia que impulsiona o Cavaleiro da Triste Figura às aventuras contra as quais se lançava destemido. A loucura retratada aponta para aqueles que vivem fora das convenções de seu tempo, sem a clara noção da realidade e sem temer pela própria vida.

Outro ponto interessante, a ser comentado sobre o conceito de loucura e sua transformação ideológica, refere-se à questão do trabalho. Principalmente, a partir do século XVII, não são mais tolerados os loucos improdutivos, onerando a sociedade. Se antes eram isolados, excluídos e assim mantidos, com a nova lógica, passam a surgir casas de internamento com dupla função, principalmente em períodos de crise financeira e em regiões mais industrializadas como a Inglaterra. As funções cujas casas vinham a contemplar eram a de higienizar o espaço urbano e de tornar minimamente produtivos os internos.

4 Na peça *Rei Lear*, a figura do Bobo enuncia de forma humanamente ambígua as verdades ao Rei (NUNES, E.P.; NUNES, C.H., 1989).

5 Hamlet finge-se de louco para obter informações que incriminassem o padrasto em relação à morte do pai de modo a se livrar ele mesmo do lugar de suspeito do assassinato. Também o personagem Edgar, filho de Gloucester, disfarça-se de mendigo e louco para escapar à fúria de seu pai na peça *Rei Lear* (Idem, 1989).

6 *Lady Macbeth*, conforme apontado por Foucault (1972/2004).

Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso à prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de salários altos; e, em períodos de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas (FOUCAULT, 2004, p.67).

No século XVII, a Preguiça era apontada em diversos textos, de acordo com Foucault (1972/2004), como sendo a grande vilã geradora dos vícios, da mendicância e fonte de todas as desordens. Em 1657, tal concepção justificou a necessidade de inauguração do Hospital Geral de Paris, que deveria impedir tais expressões⁷.

O trabalho nas casas de internamento assume assim uma significação ética: dado que a preguiça tornou-se a forma absoluta da revolta, obrigam-se os ociosos ao trabalho (...). É numa certa exigência do trabalho que se formulou a exigência, indissolvelmente econômica e moral, do internamento. Trabalho e ociosidade traçaram no mundo clássico uma linha de partilha que substituiu a grande exclusão da lepra. O asilo ocupou rigorosamente o lugar do leprosário na geografia dos lugares assombrados, bem como nas paisagens do universo moral. Retomaram-se os velhos ritos da excomunhão, mas no mundo da produção e do comércio. (...) Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. É nesse *outro* mundo, delimitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai adquirir esse estatuto que lhe reconhecemos. Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de *outro lugar* e de *outra coisa*, não é porque o louco vem de um outro céu, o do insano, ostentando seus signos. É porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética. (FOUCAULT, 2004, p. 72-73)

Certamente, não será possível aqui contemplar a riqueza da transformação da percepção da loucura em toda a sua extensão. De toda forma, é possível perceber, em linhas gerais, que a exclusão de segmentos da população a partir da estigmatização social parece ter sido sempre aparente na história das sociedades. A loucura, como objeto de exclusão estigmatizada, atravessa a representação divina como força simbólica até o período da Renascença, é alvo de

7 Trechos do Regulamento do Hospital Geral de Paris esclarecem a função da instituição: “I. Queremos e ordenamos que os pobres mendigos, válidos e inválidos, de um e outro sexo, sejam empregados num hospital para serem utilizados nas obras, manufaturas e outros trabalhos, segundo suas capacidades [...]; XVII. Inibimos e proibimos todas as pessoas de toda condição ou qualquer qualidade de dar esmola manualmente aos mendigos nas ruas [...]; XXII. Poderão os Diretores ordenar todos os castigos e penas públicas ou particulares no dito Hospital Geral, e nos lugares dele dependentes, contra os pobres em caso de contravenção da ordem que lhes tiver sido dada ou das coisas que lhes tiverem sido entregues, mesmo em caso de desobediência, insolência ou outros escândalos expulsando-os sob a proibição de mendigar [...]” (FOUCAULT, 1972, p. 535-536).

asilamento justificado por ações de “caridade” aos pobres, ao longo dos séculos XVII e XVIII, e atinge o patamar epistemológico de doença mental a ser observada, categorizada e contida – perpassando pelos meandros do desvio moral com o fortalecimento dos ideais burgueses sobre o trabalho – no século XIX. Figura central de desrazão, nos Estados democráticos, faz retirar do indivíduo louco a possibilidade do exercício de sua cidadania.

Para que possamos encerrar esta retomada histórica resgatando a função social da loucura como meio de defesa, apresentamos um trecho elucidativo de Bleger (1991, p.50) sobre a dinâmica de funcionamento das sociedades

A sociedade tende a instalar uma clivagem entre o que se considera como sadio e como doente, como normal e como anormal. Assim se estabelece uma clivagem muito profunda entre ela (a sociedade “sadia”) e todos aqueles que, como os loucos, os delinqüentes e as prostitutas acabam produzindo desvios e doenças que, supõe-se, não têm nada a ver com a estrutura social. A sociedade se auto-defende, não dos loucos, dos delinqüentes e das prostitutas, mas de sua própria loucura, de sua própria delinqüência, de sua própria prostituição; dessa maneira, ela os coloca fora de si mesma, ela os ignora e os trata como se lhes fossem estranhos e não lhe pertencessem. Isso se dá através de uma profunda clivagem. Essa segregação e essa clivagem são transmitidas pelos nossos instrumentos e pelos nossos conhecimentos.

1.2. Saúde mental no Brasil

Seguindo a tradição asilar européia, o Brasil inaugura sua primeira instituição para alienados durante o Império, em 1852: o Hospício de Alienados Pedro II. Através das abastadas famílias cariocas que doaram grande soma em dinheiro à Irmandade de Misericórdia, foi possível construir o hospital que seguiria rigorosamente a função do Hospital Geral de Paris, quando de sua fundação, qual seja, o asilamento dos loucos pobres. Assim, também, em outras províncias brasileiras como São Paulo, São Pedro do Rio Grande do Sul, Maranhão, Pernambuco e Pará, outros asilos similares, denominados “casas exclusivas para alienados”, foram construídos a esta sorte de população. Médicos não se apresentaram no

local até o início do século XX, sendo notável a caracterização de depósito humano destas instituições (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Em São Paulo, para ilustrar, município de interesse a esta dissertação de mestrado, foi instalado o Hospício Provisório de Alienados em 14 de maio de 1852, tendo funcionado até 1864, quando foi transferido a uma chácara em Tabatingüera. Em 1903, os internos foram transferidos ao Hospital Colônia de Juquery. Documentos oficiais datados de 1875, demonstram que, dado às reduzidas condições de higiene e à alta aglomeração populacional, cerca de 45% dos internos faleceram ao longo daquele ano de asilamento no hospício (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

A procura era crescente e os administradores das instituições endereçavam relatórios à corte solicitando melhores condições de atendimento, de modo a contemplar a demanda aumentada, bem como a permanência de médicos no recinto. Denominado também como “Casa das grandes tristezas”, o espaço permitia somente a separação por gênero, levando os administradores a reclamar da impossibilidade de separação dos internos com base nos tipos de doença mental, de acordo com os preceitos pinelianos.

Apartados de suas famílias, os alienados não recebiam tratamento voltado à “recuperação da razão” e eram encaminhados pelo poder policial enquanto vagueavam por ruas e estradas, sendo admitidos nos hospícios sem qualquer registro que os identificassem. Em todas as províncias, era possível identificar em uníssono o coro da alienação mental considerada como enfermidade especial, em concordância com os conceitos europeus de Esquirol e Pinel. Em sua maioria, os internos eram pobres e, sobretudo, forçados à reclusão, o que se opunha ao moderno projeto de assistência à loucura proposto em tese. Ao longo do final do século XIX, foi possível perceber o movimento gradual de transferência de responsabilidade destes internos das mãos caridosas das Santas Casas para o poder do discurso científico e para a intervenção do Estado.

Campanhas de arrecadação de fundos para a construção de hospícios junto à população nos dão claramente a indicação de que a institucionalização dos alienados teve respaldo na construção de uma opinião pública voltada à legitimação da importância da lógica alienista. (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Após a consolidação do saber psiquiátrico, ao longo das primeiras décadas do século XX, os tratamentos prescritos nos hospícios, a partir da segunda metade do século, se caracterizaram por tratamentos com eletrochoque (corrente elétrica alternada através da caixa craniana que provocava a perda de consciência), o uso de cardiazol (injeção endovenosa que levava o paciente a convulsões), a insulino-terapia (o que gerava sonolência e sudorese), e o tratamento com psicofármacos como clorpromazina, levopromazina, haloperidol, dentre outros (que geravam efeitos colaterais diversos). Ainda, eram aplicados a praxiterapia ou terapia do trabalho agrícola, e a assistência hetero-familiar, mediante a qual, o paciente era encaminhado a trabalhos na casa de empregados da colônia, sendo observado seu grau de melhora (BORENSTEIN et al., 2007).

Ainda que o discurso científico viesse a amparar seus ideais de moderno tratamento psiquiátrico aos internos, o Hospital Colônia de Barbacena, por exemplo, fundado em Minas Gerais, no ano de 1903, foi palco de cenas deploráveis e condições subumanas de manutenção de seus internos até o início da década de 80 (século XX). Comparado aos campos de concentração nazistas, pelas críticas tecidas por Franco Basaglia – precursor da reforma psiquiátrica italiana – este sombrio cenário brasileiro foi sendo desvelado pelas denúncias do movimento da reforma psiquiátrica, que propunha uma revolução nas formas de lidar com a loucura.

Em um contexto nacional de luta pela reabertura democrática, a partir da segunda metade da década de 70, o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil foi se intensificando com base no modelo da reforma psiquiátrica italiana de Basaglia, juntamente às críticas

desenvolvidas na Inglaterra e em Cuba (SPINK,1992). Agregou, portanto, elementos essenciais relacionados à desinstitucionalização da loucura, à crítica ao modelo biomédico de psiquiatrização do social e à crítica às medidas asilares segregatórias do sujeito da loucura.

Dentre as demais exigências políticas, administrativas e técnicas vigentes, destacou-se a questão do direito de cidadania do usuário da rede de saúde mental (TENÓRIO, 2002), reiterando a constituição da reforma como campo de diversos atores sociais, dadas as suas reflexões sobre os âmbitos político, jurídico, social, cultural e clínico.

Neste contexto de 1) crítica ao modelo centrado na atuação médica manicomial - que desconsidera os aspectos subjetivos em sua relação com a existência concreta do sujeito da loucura - e 2) demarcação de um campo de práticas e saberes que buscavam superar os paradigmas hegemônicos, ocorreu em 1978, a “Crise do Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Este processo foi marcado pelas denúncias de torturas físicas e medicações em dosagens excessivas infligidas aos usuários dos serviços de saúde mental – em sua maioria hospitais psiquiátricos com características asilares – e se apresentou como um momento decisivo na história da reforma psiquiátrica brasileira. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), organizado também em 1978, explicitou à sociedade outros importantes elementos de corrupção, negligência, fraudes, ausência de recursos e naturalização do contexto social da loucura no subsetor da saúde mental (AMARANTE, 1995). Neste âmbito de denúncia da “indústria da loucura” (hospitais privados conveniados ao INAMPS), surgem as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental ainda que o movimento não tivesse, de forma clara, como deveria ser implementada esta nova organização (VASCONCELOS, 1999b).

1.2.1. Retomando os caminhos rumo à reformulação da rede de serviços e das políticas públicas de saúde mental

A partir dos objetivos propostos durante a reforma, percorremos muitos passos rumo à concretização das propostas de um modelo substitutivo, bem como ao processo de reformulação das políticas de saúde mental.

Em 1987, realiza-se a I Conferência de Saúde Mental, com a instituição de um novo lema,

Por uma Sociedade sem Manicômios. [Estabelecendo] um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, **os usuários e seus familiares**, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002, p. 11, grifo nosso).

A partir do novo lema “Por uma sociedade sem manicômios”, a reforma psiquiátrica, com a engajada participação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, encontrou-se em condições de apresentar à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 3.657/89 (BRASIL,1989). Também conhecido por Projeto de Lei Paulo Delgado, nome do deputado do PT de Minas Gerais que o apresentou à Câmara, o projeto dispunha, em seu formato original, sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar também a internação psiquiátrica compulsória.

Ainda que não tenha sido aprovado, o Projeto de Lei impactou a reforma psiquiátrica, surtindo efeitos catalisadores na luta. Nos anos seguintes, outros pontos cruciais se estabeleceram, como a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 (BRASIL,1988), instituindo-se as diretrizes do SUS; a Declaração de Caracas (BRASIL,2005), referente à abertura a modelos substitutivos de atenção em saúde mental (com enfoque na atenção primária, centrados na comunidade e na permanência do usuário em seu meio social); as

Conferências de Saúde Mental, com a participação de familiares e usuários, e os Encontros do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Gradativamente, os familiares do usuário de serviços de saúde mental vão se retirando do papel exclusivo de “objeto de escuta” (VASCONCELOS, 1999a) centrado na interpretação clínico-terapêutica para buscar sua atuação de cidadania, participando do processo de planejamento, execução e avaliação dos serviços e políticas de saúde mental. Neste sentido, a formação de organizações de familiares e usuários engajados na crítica antimanicomial vem a corroborar com a nova estratégia de superação das relações de poder entre as instituições e os usuários e seus familiares. A proposta construída buscava levar a crítica para além das medidas de tratamentos tradicionais ao abrir espaço para a participação dos familiares como sujeitos ativos no processo de reelaboração do sofrimento e de ‘reinvenção da vida’ (VASCONCELOS, 1999b).

Somente após doze anos de tramitação e intensos debates no Congresso Nacional, promulgou-se a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 ou Lei da Saúde Mental (BRASIL, 2001), que atendeu parcialmente as demandas do projeto.

O processo de aprovação do projeto teve a participação dos representantes (profissionais, familiares e usuários) do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, desde a sua formulação até a sustentação argumentativa ao longo de mais de uma década no embate polêmico travado com a indústria da loucura. Muito além de questões arremetidas à melhoria de atenção em saúde mental, o projeto tocava no ponto delicado dos interesses financeiros ao propor em seu artigo primeiro

Art 1o – Fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico (BRASIL,2001).

No final da década de 80 e, ao longo da década de 90, o surgimento de propostas inovadoras direcionou o processo de reorientação do modelo de assistência em saúde mental.

Dispositivos envolvendo o cuidado, a moradia, o trabalho e a inserção social buscavam configurar o novo sistema substitutivo ao modelo manicomial, até então centralizado no dispositivo do hospital psiquiátrico e no procedimento da internação como principais recursos de atenção à loucura.

Em 06 de abril de 2001, a Lei da Saúde Mental foi regulamentada, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

De acordo com a atual Política Nacional de Saúde Mental, veiculada pelo Ministério da Saúde⁸, a configuração atual da rede de atenção, conquistada pela reforma psiquiátrica e amparada pela Lei 10.216/01, (1) atende a população em CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais e Centros de Convivência; (2) apóia a mudança no modelo do tratamento: “no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade”. E, em relação às internações, (3) afirma que, “quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos Caps/24 horas” e que os hospitais psiquiátricos de grande porte serão progressivamente substituídos. A Política Nacional prevê ainda

[...] incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (BRASIL, 2008).

Em adição à legislação vigente, entra em vigor a Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002 (BRASIL,2002), que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em

8 Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1>

psiquiatria na rede do SUS. Com o objetivo de prevenir situações de maus-tratos aos internos, conforme cenas tantas vezes denunciadas pelo MNLA, o PNASH teria como proposta fechar ou descredenciar do SUS hospitais que não obtivessem a pontuação mínima de acordo com as condições de internação.

De acordo com informações veiculadas pela mídia impressa⁹, a avaliação do PNASH, que deveria ocorrer anualmente, não foi contemplada em 2005 e, no ano seguinte, sua nova edição ainda não havia sido realizada até meados de agosto. Tais dados indicam que, apesar da legislação vigente, a implantação dos dispositivos responsáveis pela desconstrução do modelo manicomial em saúde mental, parece estar em descompasso com aquilo a que se propõe em tese.

Antes do estabelecimento desta portaria, mas com a implantação do modelo substitutivo e as discussões sobre cidadania do sujeito da loucura já bastante intensas, um fato marcante entra para o cenário da saúde mental em outubro de 1999 – a morte de Damião Ximenes, um rapaz de 30 anos de idade, internado em uma clínica psiquiátrica da região de Sobral (Casa de Repouso Guararapes), credenciada ao SUS.

Segundo os fatos veiculados¹⁰, Damião foi internado e três dias mais tarde, quando sua mãe foi à clínica para visitá-lo, teria recebido a informação de que seu filho

[...] não estaria em condições de receber visitas. Inconformada, entrou na clínica gritando pelo nome do filho; Damião veio ao seu encontro em estado altamente deplorável, sangrando bastante, com diversas escoriações, hematomas e com as mãos amarradas. Ela solicitou a um funcionário que o levasse para tomar banho; em seguida, procurou pelo médico responsável, Francisco Ivo de Vasconcelos – diretor da Casa de Repouso Guararapes e legista do Instituto Médico Legal (IML) de Sobral – que apenas prescreveu alguns medicamentos, sem sequer examinar Damião. (...) quando mais uma vez procurava por seu filho, uma servente da clínica lhe informou que havia ocorrido uma forte luta entre Damião e os enfermeiros, e que em virtude disso ele teria ficado muito machucado. Albertina (mãe de Damião Ximenes) encontrou-o ao lado de uma cama, completamente nu e ainda com as mãos amarradas. Como não podia levar Damião de volta, Albertina retornou à sua residência, mas quando chegou já recebeu a informação de que a Casa de Repouso Guararapes havia comunicado o falecimento de seu filho.

9 IWASSO, S. Pedido fechamento de Caicó, símbolo da falência dos manicômios no País, *O Estado de S.Paulo*. São Paulo, p. A.19, 31 ago. 2006.

10 Disponível em <http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1689> Acesso em 21 ago. de 2008.

O laudo emitido no mesmo dia pela clínica e assinado pelo Dr. Francisco Ivo de Vasconcelos atestava a morte de Damião por “parada cardíaco-respiratória”. Diante das circunstâncias, os familiares de Damião decidiram levar seu corpo para necropsia na capital, Fortaleza, uma vez que o legista do IML de Sobral também ocupava o cargo de diretor da clínica onde Damião havia falecido. O IML da capital, apesar de todas as evidências de violência sofrida por Damião, atestou “morte real de causa indeterminada.

Este impactante e dramático acontecimento foi levado às autoridades em esfera nacional, sem receber a atenção reivindicada. A família levou o caso a conhecimento internacional, mediante requerimento de investigações à Organização dos Estados Americanos (OEA)¹¹. Em 2006, o Brasil foi condenado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, conforme relato oficial do Ministério da Saúde¹²,

O Brasil foi condenado a indenizar os familiares de Damião Ximenes, garantir a celeridade na investigação e punição dos responsáveis pelo fato, além de garantir a não-repetição de casos semelhantes, por meio da consolidação da mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, já em curso, e com resultados reconhecidos pela Corte. Desta experiência, e para que a morte de Damião Ximenes Lopes ressoe em nós como uma permanente advertência em nome da continuidade e ampliação dos princípios que norteiam a Reforma psiquiátrica brasileira, cabe buscar a intensificação ainda maior das medidas de proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil.

Embora este tenha sido o discurso oficial do Ministério da Saúde,

[...] dos dez hospitais reprovados entre 2002 e 2004, apenas três foram fechados. Os sete que continuam funcionando, segundo a Corte, “não possuem condições de atendimento digno aos portadores de transtornos mentais, sendo portanto potenciais violadores de seus direitos humanos”. Para exemplificar que o caso Ximenes não foi um fato isolado, a decisão relaciona casos recentes de mortes em instituições psiquiátricas, incluindo uma ocorrida em julho deste ano 2006, quando três adolescentes morreram em uma clínica de Rio Grande (RS) (http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1689).

O redirecionamento de verbas da saúde mental ao modelo substitutivo urge na medida em que dados de 2005 indicam que os recursos extra-hospitalares receberam investimento de R\$ 362 milhões enquanto que, no mesmo ano, os hospitais psiquiátricos receberam do SUS

11 Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf> Acesso em: 07 jan. de 2009.
12 Relatório de Gestão em Saúde Mental 2003-2006 (BRASIL, 2007).

investimentos de R\$ 452 milhões (CRP/SP, 2007). Dados atualizados em dezembro de 2008, de acordo com a fonte oficial do Datasus, ainda apontam a existência de 43.016 leitos psiquiátricos no país (DATASUS,2008).

Com este alto investimento de verbas, vemos que o movimento de gradual redução de leitos hospitalares, amparado pela Lei 10.216/01 (BRASIL,2001), encontra entraves concretos rumo à consolidação do modelo substitutivo extra-hospitalar. De acordo com declaração de Marcus Vinícius Oliveira Silva, vice-presidente do Conselho Federal de Psicologia, o movimento da reforma psiquiátrica “[...] representa uma ameaça aos interesses dos empresários da loucura e à ordem atual dos gastos com saúde mental”, além disso, impera ainda “[...] o interesse de certas burocracias acadêmicas da psiquiatria que sobrevivem da reprodução de uma pseudo-ciência a serviço dos laboratórios farmacêuticos” (CRP/SP, 2007, p.12).

Neste cenário, faz-se pertinente considerar a forma como a família tem sido inserida na rede de atenção e nas atuais políticas públicas de saúde mental, o que será feito a seguir.

1.2.2. O lugar da família nas políticas de saúde mental e na rede de serviços

Entendendo que a permanência do sujeito da loucura na sociedade apresenta-se como um dos ideais presentes na nova legislação de saúde mental, julgamos necessário avaliar em que medida os familiares têm sido contemplados na atual rede de atenção em saúde mental, a partir de fontes oficiais.

O site do Ministério da Saúde¹³ disponibiliza, na área denominada “área do cidadão”, as principais produções das políticas públicas de saúde mental para livre acesso. Para tanto, enfatiza seu caráter mediante convites à leitura: “A Saúde Mental apresenta o seu relatório de

¹³ Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>> Acesso em 12 mai. de 2007.

gestão para o período 2003-2006. Clique aqui e conheça a publicação na íntegra” ou “Descubra o que são as Residências Terapêuticas”. Com base no valor social e histórico constante destas publicações, selecionamos os principais documentos cuja análise promoveria a reflexão crítica deste recorte, ora selecionado, enquanto reflexo da realidade concreta.

Utilizamos a ferramenta de busca de termos do programa Adobe Reader 9.0 para fazer um levantamento de ocorrências dos termos “família”, “familiar” e “familiares” ao longo dos textos. Identificados os trechos, fizemos os devidos recortes, que foram analisados em seu conteúdo qualitativo, tomando-se por eixo norteador (1) os princípios da Reforma psiquiátrica e (2) a análise de valor sintático do termo (família/familiar/familiares), em concordância com a nova gramática do português contemporâneo (CUNHA; CINTRA, 2007). Dentre os documentos selecionados para análise, temos:

- Saúde Mental no SUS – Os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004).
- Relatório de Gestão em Saúde Mental – 2003-2006 (BRASIL, 2007).
- Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social Pelo Trabalho (BRASIL, 2005).

Inicialmente, destacamos que não existe uma publicação voltada especialmente ao familiar, muito embora a reforma psiquiátrica tenha, por princípio, que o sujeito identificado como sujeito da loucura mantenha-se em sociedade e, para tanto, na maioria das vezes, em sua família de origem e que a mudança de mentalidades em relação à loucura, de modo a superar o paradigma centrado na internação psiquiátrica, seja essencial. Tomando-se por base que a rede de saúde mental tem sido organizada com vistas ao resgate da cidadania do usuário destes serviços, o familiar parece continuar a ser abordado como mero coadjuvante ou foco de interpretações clínico-terapêuticas em detrimento de sua importância no resgate da cidadania e no processo de transformação do lugar social da loucura pelas produções disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

Em uma avaliação inicial, é possível notar que a apresentação do material é pouco convidativa à leitura do cidadão comum, desabitado ao jargões da saúde pública. Frequentemente, o termo relativo ao familiar, aparece elencado como último termo das orações, o que sugere, dentro da compreensão do texto, menor grau de prioridade em relação à sua inserção enquanto protagonista social no contexto da saúde mental, o que pode ser notado em excertos como

O evento aconteceu na Universidade de Brasília e teve como participantes 78 experiências vindas de diferentes regiões do Brasil, representadas por técnicos, coordenadores municipais e estaduais, usuários e **familiares**. (BRASIL, 2005, grifo nosso)¹⁴

Referências ao Programa de Saúde da Família ou nomenclatura de instituições/associações foram elencadas com frequência e, neste sentido, não trazem informação de destaque à inserção do familiar do sujeito da loucura mas mera apresentação do termo “família”,

- No Ceará, a atenção em saúde mental junto às equipes de saúde da **família** organiza-se a partir dos Caps (BRASIL, 2007, grifo nosso)¹⁵.
- Centro Nizinga de Atenção à Saúde Mental da Mulher e **Família** (BRASIL, 2004, grifo nosso)¹⁶.
- Associação dos Usuários, **Familiares** e Amigos do Caps Pedro Pelegrino (BRASIL, 2005, grifo nosso)¹⁷.

Além disso, o excessivo uso do infinitivo traz aos documentos conotação de linguagem impessoal e, deste modo, a eficácia em atingir e mobilizar o leitor, se reduz sensivelmente, à exceção do documento Geração de Renda, que se caracteriza por um encontro com representantes de associação de usuários e familiares, bem como profissionais da saúde

14 Saúde Mental e Economia Solidária.

15 Relatório de Gestão 2003-2006.

16 Saúde Mental no SUS – os centros de atenção psicossocial.

17 Saúde Mental e Economia Solidária.

mental e representantes do Ministério da Saúde como o Sr. Pedro Gabriel Delgado (Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS).

A categorização por análise do valor sintático do termo tomou como referência, de acordo com Cunha e Cintra (2007), que “o sujeito é o ser sobre o qual se faz uma declaração” (p.122) e “o objeto [...] indica o ser para o qual se dirige a ação verbal” (p.140). Pressupõe-se, de acordo com a gramática contemporânea, que, quando estes termos se apresentam como tal, são foco da mensagem. Ao contrário, na maioria das vezes, ao longo dos textos analisados, “família/familiar” está empregado como complemento nominal ou adjunto adnominal, ou seja, como termos acessórios da oração - “[...] termos que se juntam a um nome ou a um verbo para precisar-lhes o significado. Embora tragam um dado novo à oração, não são eles **indispensáveis** ao entendimento do enunciado”. (CUNHA; CINTRA, 2007, p.149, grifo nosso). Inere-se, com base na análise de valor sintático do termo que, nestes casos, o familiar não é foco da mensagem que se pretende emitir.

Além disso, quando sujeito da oração, o familiar dificilmente se apresenta como sujeito simples, ou seja, foco único ou exclusivo da mensagem com a intenção voltada especialmente a ele. Em geral, se apresenta como um dos núcleos do sujeito composto como se vê no exemplo “*usuários e familiares*”.

O protagonismo social, bastante evocado pela reforma psiquiátrica por incitar o sujeito crítico, ativo e produtor de sua história, tende a ficar em segundo plano, uma vez que o familiar é evocado com maior frequência como receptor de ação técnica, ao invés de protagonista da ação social, em situações como

- Em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental de 2006 foram lançados, ainda, duas publicações e um DVD que abordam essa questão. Trata-se do *Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental*, das *Referências Bibliográficas Comentadas sobre Suicídio, Sobreviventes e Família* e do DVD do *I Seminário de Prevenção do Suicídio* (BRASIL, 2007, grifo nosso)¹⁸.

- Os CAPS podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e **familiares** quanto à sua aquisição e administração, observando-se o uso diferenciado e de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um (BRASIL, 2004, grifo nosso)¹⁹.
- Há atendimentos individuais e/ou grupais, atendimento a **familiares** e outros procedimentos de caráter terapêutico-assistencial (BRASIL, 2005, grifo nosso)²⁰.

Embora citados ao longo do texto, essencialmente, os familiares parecem se inserir como apêndices cuja importância não atinge o patamar de figura central. A colocação da figura familiar não parece estratégica para se alcançar os objetivos da desconstrução da cultura manicomial. O que mais surge, ao longo dos documentos, é algo como a constatação de que sua presença seja importante. Entendemos, em linhas gerais, que as políticas de saúde mental têm enfatizado principalmente a participação do familiar enquanto *conteúdo* (“o quê”), ao invés de se dedicar ao desenvolvimento de *formas* mais críticas (“como”). As participações em encontros e a atuação em cooperativas aparecem como os elementos concretos e apresentados ao longo dos documentos. Algumas questões que parecem se manter inexploradas talvez sejam

- De que outras formas o familiar pode atuar?
- Onde pode se inserir?
- Qual a importância estratégica de seu lugar em relação ao sujeito da loucura e à sociedade para a transformação das mentalidades?

No caso Damião Ximenes, exposto anteriormente, foi necessário que o direito assegurado, em tese, constitucionalmente – o direito à vida – fosse violentamente descumprido para que a família se mobilizasse para a reivindicação de seus direitos em uma cena póstuma de protagonismo social. Da mesma forma, como o discurso do paciente psiquiátrico é deslegitimado pelo discurso psicopatologizante, o discurso da família parece ter sido deslegitimado pelas autoridades brasileiras em um primeiro momento. A partir da

¹⁹ Saúde Mental no SUS – os centros de atenção psicossocial.
²⁰ Saúde Mental e Economia Solidária.

experiência suntuosamente violenta pela seqüência sofrida, a família de Damião Ximenes se organizou, estendendo sua indignação aos demais sujeitos da loucura mantidos sob maus-tratos ainda nos dias atuais.

De acordo com o Jornal “O Estado de São Paulo”²¹, Irene Ximenes, irmã do paciente, reuniu informações e se mobilizou para levar o caso do assassinato de seu irmão à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA sob o seguinte contexto,

A falta de resposta do Brasil fez com que o caso fosse para a corte. Na sentença divulgada ontem, os juízes afirmaram que o País cometeu várias violações contra o respeito e a garantia aos direitos humanos, contra a integridade pessoal da vítima, **contra sua família e contra as garantias e proteções judiciais às quais eles tinham direito** (IWASSO, p.A36, 2006, grifo nosso).

Tal recorte nos faz questionar qual é a importância conferida às famílias nas atuais políticas públicas de saúde mental no Brasil, uma vez que a família teve que se dirigir a órgãos competentes fora da esfera federativa para que o caso fosse julgado.

Casos como este refletem o modo como a loucura tem sido abordada, sendo importante compreender quais aspectos ideológicos e culturais, constituintes da representação da loucura atualmente em nossa sociedade, estão em jogo.

Assim, tomamos como recorte da mentalidade que se tem hoje em relação à loucura, a produção do filme-documentário “Estamira”²², de Marcos Prado, que atingiu o grande público, em 2005.

Estamira é uma senhora de 63 anos de idade que, há mais de 20 anos, trabalha e passa a maior parte de seus dias no lixão²³ de Jardim Gramacho. Ali, cerca de 8 mil toneladas de lixo são descarregadas diariamente. Estamira afirma: “*Isso é que é a minha felicidade*”.

21 IWASSO, S. Brasil tem condenação inédita na OEA. *O Estado de S. Paulo*. São Paulo, p. A36, 19 ago. 2006.

22 ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Produção: Marcos Prado e José Padilha. Fotografia: Marcos Prado. [Manaus: Europa Filmes], 2007. DVD (116 min).

23 Aterro Metropolitano de Gramacho que recebe cerca de 80% do lixo produzido pelo município do Rio de Janeiro.

Ainda que Estamira reinvente para si um lugar na sociedade, a partir da atividade no Aterro Sanitário Metropolitano Jardim Gramacho, devemos iniciar nossa discussão pelo caminho da indignação com a degradação humana e seus desdobramentos na configuração das subjetividades.

A relação apresentada no documentário entre a família de Estamira e o CAPS Nova Iguaçu, ao longo de entrevistas com os familiares – e muitas tomadas (*takes*) que se assemelhavam ao método da observação participante em pesquisa social – indicaram que a rede de atenção não tem sido suficiente para transformar a representação estigmatizada da loucura como desrazão e negação de potência.

Ao longo do documentário, embates e questionamentos entre os filhos de Estamira se apresentam no sentido de se decidir por manter a mãe em seu cotidiano, no Jardim Gramacho, ou interná-la em uma instituição psiquiátrica. Seus filhos não compreendem a escolha da mãe pela vida reinventada do lixo e atribuem, quase a totalidade de sua atual existência, ao fato natural da loucura.

Ao que tudo indica, Estamira já se encontra, como grande parte da população brasileira, confinada à exclusão social. Em seu caso específico, seu enquadre na lógica manicomial traria a ela “mobilidade” somente no sentido de seu espaço de relativa existência/sobrevivência acontecer no aterro sanitário ou no espaço de inexistência/mortificação do hospital psiquiátrico.

Estamira representa a reinvenção da vida excluída economicamente e, seus familiares, em especial seu filho, representam o discurso manicomial reproduzido durante e após a conquista da Lei 10.216/01. A solicitação de internação compulsória do filho se choca à compreensão de Estamira, que a qualifica como algo “ridículo” em um dos trechos do documentário.

Ao longo do documentário, é possível perceber que a riqueza existencial de Estamira, em seu contato com os amigos do lixão, em sua visão de mundo, é encerrada nas amarras da institucionalização quando comparece a seus atendimentos no CAPS. Estamira, enquanto usuária do CAPS Nova Iguaçu, conforma-se claramente ao padrão do paciente passivo, inexpressivo, que tem em sua filha a acompanhante principal.

Muito embora não esteja em regime de internamento, Estamira se apresenta conforme destacado por Goffmann (1961/2005) – a partir da mortificação do eu em sua inserção institucional. Como se estivesse sob espécie de condicional em regime aberto da saúde mental, Estamira – antes afirmativa e incisiva, clara e segura em sua auto-referência como indivíduo – a partir do início de seu tratamento, se desqualifica e se estranha. Além disso, aliena-se como sujeito concreto ao “personificar” a vida, conferindo-a vontade própria alheia à sua ação pessoal.

“Como a vida é dura né gente... A vida é dura... dura, dura, dura, dura. A vida não tem dó não. Ela é mau. Por mais que a gente peleja, que a gente quer bem... mais fica destraviado. Aí ó... tem coisa zoando assim no meu ouvido, fazendo: ‘tiiiim...’. Eu acho que é os remédios, entendeu? Porque eu bebo muito mas muito remédio. E eles é tudo dopante... Eu acho que é por isso que eu tô com a língua assim (passa a língua por dentro da boca algumas vezes)... Desgovernada, eu tô desgovernada. Sabe o que é uma pessoa desgovernada? Uma pessoa nervosa assim, querendo falar sem poder... agoniada. Eu não sei o que eu faço. Eu já tive pensando em parar um ano sem beber o remédio. Porque tem vez que a minha cabeça tá parecendo sabe o quê? Um copo cheio de sonrisal, fervendo assim ó...”

Com o cartão de usuária em mãos e algumas receitas prescritas, Estamira somente irrompe em críticas, posteriormente, em sua casa, em frente às câmeras atentas do diretor.

“Eles estão fazendo sabe o quê?? Dopando quem quer que seja com um só remédio! Não pode... Quer saber mais que Estamira? (...) Eles estão copiando! O tal do Diazepan, então! Entendeu? (...) Eles vai lá e só copeia! Uma conversinha qualquer e só copeia! E aí tó!!! (mimetiza entrega de receita médica). Ah! Que é isso rapaz?! Isso não pode não senhor! Como é que eu vou ficar todo dia, todo mês... e eu vou lá apanhar o mesmo remédio! (...) Quem sabe sou eu! Quem sabe é o cliente... Fica seviciando, dopando, vadiando pra terra suja, maldita, excomungada, desgraçada! Esses remédios são da quadrilha da armação do dopante pra cegar o homem pra querer um Deus farsário! Entendeu?! (enraivecida)”

Goffmann (1961/2005) contribui para a compreensão deste processo de institucionalização, que ocorre gradativamente com Estamira, mesmo em se tratando de um serviço substitutivo como o CAPS. Em seu livro “Manicômios, Prisões e Conventos”, o autor afirma que o mundo do internado, recebe

[...] o novato [...] com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado”. (Goffmann, 1961/2005, p.24).

Em relação às formas de lidar com a loucura, existe uma constante tensão entre o posicionamento dos filhos de Estamira - Carolina e Hernani. Para Carolina, a mãe não deve ser mantida em internação, no entanto, ao invés de perceber em seu posicionamento a força da renúncia à mentalidade hegemônica em relação à loucura, Carolina considera-se mais fraca em relação ao irmão, que defende o recurso da internação como necessário à condição de sua mãe:

“Carolina: - Ela não é louca... mas não é completamente 100%, entendeu? Deus me livre... mas ela morrerá mais feliz se for no meio da rua, do que numa clínica lá. Ela prefere viver dois anos livre do que viver cinco anos bem, trancada num lugar, você sabe disso...”

Hernani: - Você não está entendendo. Isso aí eu não vou dizer que ela vai ficar a vida, o resto da vida... o pouco, ou sei lá, o muito que ela tiver. Ela vai ficar até pelo menos ela... entendeu? ... O que eu acho mais é que... o problema dela é o sistema nervoso.

Carolina: - Mas só que, pra ficar lá, teria que ser dopada, amarrada. Pra mim... ele (refere-se ao Hernani, sua fala se dirige à camera) é mais forte que eu nesse caso. Se precisar de amarrar e dopar, é com ele mesmo, eu já não... eu acho judiação, não tenho coragem de deixar, entendeu?”

Hernani representa a reprodução do discurso psiquiátrico manicomial, aceito amplamente pelo senso comum. Uma decisão impactante, tomada por ele em relação à dinâmica familiar, foi a de retirar a filha mais nova de Estamira, Maria Rita, aos 6 anos de idade, do convívio com a mãe. Hernani adiantou-se em encontrar uma família substituta para

salvaguardar a irmã da vida no Jardim Gramacho. Sua genuína preocupação com a criança, no entanto, alicerçou sua ação, de inspiração manicomial, na subtração do direito à maternidade e às próprias escolhas por Estamira. Em uma lógica excludente, Hernani extirpa de Estamira a função social de mãe para imputar-lhe o estigma da incapacidade.

*“Carolina: “Minha irmã Maria Rita é uma grande preocupação pra minha mãe né... Porque já está com 21 anos e ainda não conseguiu se achar né...
Maria Rita: “Eu não condeno nenhum dos três (Carolina, Hernani e Estamira). Mas eu falo mesmo, de vez em quando eu tenho uma mágoa deles. Se minha mãe criou os dois passando fome, eu achava que ela tinha que ter me criado também. Ela tinha condições de ficar comigo, sim. Só que as pessoas não via isso. E eu via. Eu acho que eu sobreviveria com a minha mãe. A Ângela (mãe de criação) falou assim pra mim: ‘Você quer ir lá, ver sua mãe?’. Falei assim: ‘Quero’. Aí eu cheguei, olhei para ela assim... Ela tava deitada. Aí ela ficou me olhando. Sabe, eu lembrava da minha mãe (voz emocionada), eu lembrava da minha mãe, eu lembrava que eu tinha uma mãe... mas um tempão que eu fiquei sem ver a minha mãe! Aí, quando eu vi minha mãe, eu lembro como se fosse hoje... ela tava sentada assim na varanda, no chão da varanda. Aí quando eu cheguei, aí ela tava lá. Ele (Hernani, irmão) falou: ‘Olha lá sua mãe’. Aí meu irmão: ‘Vai lá ver sua mãe...’. Aí quando eu olhei a minha mãe, fiquei com muito medo dela. Aí me deu um medo deles me tirar da Ângela e eu ter que voltar pra ela. Aí eu fiquei com medo, fiquei assim: ‘Caramba, eu tenho uma mãe assim!’. Até hoje é confuso. Eu não sei o que que é bom. Não sei se foi bom viver com a Ângela. Não sei se foi bom eu ter deixado a minha mãe. Mas a minha mãe... a minha mãe, Estamira, ela merece muita coisa. Ela vai conseguir ainda”.*

Mãe e filha foram isoladas em uma distância julgada “segura” por terceiros. Para Rita, no entanto, mesmo na adversidade dos fatos vistos e vividos, ela positiva Estamira como mãe e, como familiar do sujeito da loucura, aposta no que poderia ter sido.

Influenciada pelo discurso de Hernani e pela insegurança de Ângela, que temia perder a guarda não-oficializada da criança, Maria Rita chega a reproduzir, em seu discurso, o medo da loucura, a noção de periculosidade e o medo de retornar ao Jardim Gramacho – contexto de degradação humana.

O espaço de vida possível de Estamira, construído a partir do lixo produzido pelo município do Rio de Janeiro, parece servir de salvo-conduto à sua autonomia relativa: é neste contexto que ela constrói sua vida material e, inclusive seu barraco que para ela é “sagrado”. É ali que ela se furta da loucura ociosa que seria facilmente capturada pela armadilha da

internação. Ao se referir ao aterro sanitário, espaço rico de significados e funções para ela, a consciência crítica acerca do vivido parece alternar-se à conformidade. Considerando-se o processo ativo-passivo da alienação-consciência do sujeito histórico-social em relação à sua realidade concreta, Montero (1991, p.65-66, tradução nossa) aponta que

[...] a alienação produz uma negação e uma supressão dos aspectos conscientes, com vias a dar lugar a uma não-consciência ou inconsciência, socialmente aceita e imposta. Ou seja, que de acordo com as oscilações da ideologia, ora latente, ora manifesta, assim a consciência da alienação poderia ter um movimento de vai e vem no qual priva, sem dúvida, esse fenômeno já comentado, de aceitar a situação que produz tais fatos, como algo normal e de atribuir-se as causas do desajuste a si mesmo, culpabilizando-se, responsabilizando-se pela incoerência vislumbrada.

As colocações a seguir transmitem, em certa medida, a compreensão deste processo de alienação ora latente, ora manifesta em trechos em que Estamira busca conferir ao vivido a noção de processo, posicionando julgamentos de valor em relação à sua experiência,

*“Felizmente, graças a aqui (lixão), eu tenho aquela casinha lá, aquele barraco. E eu acho sagrado o meu barraco, abençoado... e eu tenho raiva de quem falar que aqui é ruim. Saio daqui e eu tenho pra onde descansar.
(...) Isso aqui (lixão) é um disfarce de escravo. Escravo disfarçado de liberto, de libertado. Olha... a Isabel (Princesa) soltou eles, né...? E não deu emprego pros escravos! Passam fome... comem qualquer coisa... igual aos animais e não têm educação. É... é muito triste!
(...) Foi combinado: alimentai-vos o corpo com o suor do próprio rosto. Não foi com sacrifício! Sacrifício é uma coisa, agora, trabalhar é outra coisa. Absoluto! Absoluto! Eu, Estamira, que vos digo ao mundo inteiro, a todos: trabalhar, não sacrificar!”.*

A vida retirada do lixo aparece, em seu absurdo, como programa velado de redistribuição de renda. A redistribuição do excesso produzido pela parcela da população que teve acesso aos “direitos do cidadão” e descarta no Jardim Gramacho as sobras que serão a base de construção do espaço de vida degradada a tantos outros indivíduos.

Ao refletirmos sobre o lugar da família nas políticas públicas de saúde mental e na rede de atenção, entendemos que portar a carteira de usuária da rede (CAPS), no caso de Estamira, não assegura a ela o resgate de sua cidadania. Entendemos também que o processo de

implantação de serviços substitutivos não evitaram o trágico caso de assassinato de Damião Ximenes e que, mesmo com a busca pelos seus direitos, sua família não encontrou espaço para ser ouvida em um momento histórico concomitante à aprovação da atual Lei da Saúde Mental.

Notamos ainda que, embora os documentos oficiais do Ministério da Saúde insiram a família ao longo de seus textos, o comparecimento da família em serviços como o CAPS, tal qual apresentado em relação à família de Estamira, também parece não ter sido uma via efetiva para a desconstrução da cultura manicomial.

Tudo isto nos faz questionar em que medida as políticas públicas de saúde mental têm sido eficazes em seus propósitos e em que medida o âmbito cultural em relação à loucura – representações, ideologias, mentalidades – tem sido abordado ao longo do movimento da reforma psiquiátrica.

2. Família e Loucura

A partir das considerações tecidas no capítulo anterior, em relação ao conceito histórico de loucura e às mudanças nas formas de lidar com a questão, voltemo-nos neste momento à tarefa de resgatar o conceito de família e de suas funções, para que seja possível a reflexão proposta por esta dissertação, cujo cerne se estabelece sobre a relação entre a família e a loucura.

É possível pensar o sofrimento psíquico em sua relação com a família, considerando-se a família a partir de suas condições objetivas e em suas múltiplas determinações histórico-sociais. Para tanto, é necessário aproximar-se dela enquanto instituição criada pelos homens, cuja necessidade material de reprodução se insere dentro de um contexto sócio-econômico mais amplo. É necessário, ainda, resgatar a representação de função ideológica que a define como algo ‘natural e imutável’, visando à reprodução da organização/dinâmica social (ARIÈS, 1981). Neste sentido, a família tem papel fundamental na constituição da subjetividade do indivíduo, considerando-se seu papel mediatizador da realidade social. No modo de produção capitalista, a família, embora amplamente vinculada à noção de grupo social naturalizado, coloca-se como veiculadora de normas, regras e padrões de condutas institucionais. Contextualizemos portanto de que “família” estamos falando.

2.1. Considerações sobre o processo histórico da inserção da loucura na família

A partir das relações de produção postas, a família tem se fechado historicamente em si mesma. O modelo de família conjugal moderna, emergente na Europa, por volta do século

XVII, vai se construindo gradualmente alicerçado sobre alguns eixos importantes como a centralidade na intimidade, na infância e na reprodução interna da divisão sexual do trabalho. Neste contexto, o saber alienista encontrará na família um espaço de importante influência. Esquirol (1978) apud Rosa (2004, p.50-51) irá influenciar decisivamente o lugar do sujeito da loucura em sua família. Ao alienado é outorgado o isolamento como recurso terapêutico: “algumas vezes, a causa do delírio existe no seio da família (levando ao) extravio da razão”.

É neste caráter disciplinador que o alienismo retira do convívio familiar o sujeito da loucura sob a alegação de que este ambiente não lhe teria dado os limites morais necessários aos seus “excessos”. Reifica-se a loucura como doença mental, conferindo ao saber médico a supremacia da ação terapêutica e disciplinar. Além disso, a família estaria salvaguardada da ameaça moral inerente ao louco, que poderia subverter a cara estrutura familiar. Aos familiares, caberia o papel de identificar a loucura e encaminhá-la devidamente aos agentes médicos e estatais (ROSA, 2003). De lá para cá, à família ainda cabe este papel, no entanto, no lugar do asilo, encaminha-se ao modelo substitutivo, centralizado atualmente na figura do CAPS, em uma possível cronificação dos serviços substitutivos de saúde mental, conforme apontado por Amarante (2003) apud Alverga e Dimenstein (2003).

Após a fase do isolamento do sujeito da loucura sob a justificativa de recurso terapêutico alienista, a família é arrebatada por novo golpe a mantê-la destituída da condição de espaço de convívio, desta vez com base na supremacia dos saberes especializados. Assim, a partir do séc. XX, vê-se um outro momento de alegações,

Ao mesmo tempo que exaltavam a família como o último refúgio de privacidade em uma sociedade ameaçadora, os guardiões da saúde pública e moral insistiram no fato de que a família não podia satisfazer suas próprias necessidades sem a intervenção de especialistas [...] por meio de programas ambiciosos de ‘educação para pais’, assessoramento matrimonial e assistência social psiquiátrica.” (LASCH, 1988, p. 35).

Esta destituição do saber implicado à família corrobora com a prática manicomial de afastamento do sujeito da loucura de seu convívio familiar, exilando-o em hospitais psiquiátricos como uma prática justificada. Às famílias caberia repetir em uníssono o discurso do saber especializado, tornando o sujeito da loucura ainda mais alheio à sua realidade familiar e reduzindo assim o indivíduo social, cultural, econômico e espiritual a uma única esfera – a esfera de sua condição clínica altamente especializada. É o que dentro da reforma psiquiátrica chamou-se “*psiquiatrização do social*” (AMARANTE, 1995).

Adorno e Horkheimer (1973) também apresentam contribuições fundamentais, neste sentido, apontando a importância das relações privadas no âmbito familiar. Ao considerarmos a relação família-sociedade, temos que “[...] o desequilíbrio entre o indivíduo e forças totalitárias da sociedade intensifica-se de tal modo que, com frequência, o indivíduo é coagido a procurar uma espécie de refúgio, recolhendo-se em microgrupos do tipo família” (ADORNO; HORKHEIMER, 1973, p.133). Esta última colocação pode suscitar o questionamento do refúgio do sujeito da loucura que, dado o contexto histórico da saúde mental, não se encontra nem na sociedade, nem na família, mas simplesmente reificado em sua própria loucura: “Na sociedade industrial cada indivíduo está só e a frase já famosa da multidão solitária assim o testemunha” (ADORNO; HORKHEIMER, 1973, p. 144). Na discussão, coloca-se que não haverá emancipação da família se não houver a emancipação do todo e, ainda,

É ilusório pensar que se possa realizar uma família de pares e iguais numa sociedade em que a humanidade não é autônoma e na qual os direitos humanos ainda não tenham sido realizados numa medida mais concreta e decisiva que a atual” (ADORNO; HORKHEIMER, 1973, p. 147).

Embora esteja claro para a maioria dos autores contemporâneos que se debruça sobre a temática da família que a mesma não deve ser considerada sob seu aspecto natural – “[...] nada seria, pois, mais falso do que reduzir a família à sua base natural” (LÉVI-STRAUSS,

1986, p.88) – o sujeito da loucura, muitas vezes, se encontra dentro de sua família reduzido à base natural de sua “doença”. Este paradoxo traz à tona a não-familiaridade com a loucura.

Retomando um estudo etnográfico de Radcliffe Brown (1950) apud Lévi-Strauss (1982), sobre tribos australianas, em *Estruturas Elementares do Parentesco*, fica claro que um estranho ao chegar à tribo será investigado pelos membros mais velhos que, através de diversas perguntas, tentarão identificar um ponto de semelhança e junção com sua tribo, permitindo assim sua entrada e estadia entre os seus. Na presente dissertação, estamos falando de loucura, o que certamente se apresenta como obstáculo à identificação familiar com o sujeito da loucura que, neste sentido, vê sua entrada e permanência na família inviabilizada por valores sócio-culturais e manicomiais arraigados, sem mencionar a questão da improdutividade econômica.

Realizando-se levantamento bibliográfico sobre a família no contexto da saúde mental, é possível notar que o olhar dos usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental tem sido amplamente contemplado nas produções científicas²⁴. Torna-se, portanto, necessário também abrir espaço para a discussão voltada à família dos usuários de serviços de saúde mental e resgatar as discussões acadêmicas já produzidas.

Rosa (2003, p. 81, grifo nosso) elenca cinco direções para as quais a família do sujeito da loucura tem sido apontada na produção teórica brasileira:

1. **Recurso** para estratégias de intervenção; 2. **Lugar** de possível convivência desde que os laços afetivos possam ser mantidos ou reconstruídos; 3. **Sofredora**, dada a convivência com o paciente, que necessita de suporte social e assistencial ; 4. **Sujeito da ação**: sujeito coletivo, ator político avaliador dos serviços e construtor da cidadania do portador de transtorno mental; 5. **Provedora de cuidado**, já que, em geral, é a família o principal agente mediador entre o paciente e a sociedade, e que os serviços de saúde visam atuar sobre os momentos de crise, tratando, mas não prestando cuidados contínuos.

24 Abuhad (2005); Arcaro (1989); Colvero (1994); Cury (2005); Ferrer (2007); Garcia (1990); Heldwein (2005); Koda (2002); Lopes (2002); Mota (2007); Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007); Ramos (2003); Reinaldo, (2003); Sampaio (2006); Scarcelli (1998); Sigler (2000); Vecchi (2002); Weyler (2004).

A família, em seu cotidiano de cuidados com o sujeito da loucura, tem sido freqüentemente identificada como alvo necessário de atenção em saúde mental voltada para a necessidade do familiar no sentido clínico-terapêutico, pautada no apoio emocional e nas orientações de manejo diário em relação ao sujeito da loucura. Muitos estudos²⁵ se debruçam sobre a temática de modo a denotar a importância de que, nas políticas públicas de saúde mental, sejam delineados espaços para o cuidado ao cuidador. Pegoraro e Caldana (2006) tecem discussão relativa à sobrecarga emocional, prática e financeira da família e destacam, também, a necessidade de que os espaços de eventos, reuniões e assembléias não sejam os únicos a receber, esporadicamente, os familiares. Destacamos aqui uma complementação. Certamente, espaços de participação social, conforme referenciados pelas pesquisadoras, indicam laços frouxos entre os serviços e os familiares. Cabe aqui ponderarmos que a revisão realizada em relação ao “cuidar do cuidador” coloca claramente a necessidade de ser repensada pelas políticas públicas e pela rede de serviços. Entretanto, ações de cunho crítico que considerem ações de inserção psicossocial e de resgate de cidadania – para além das cercanias dos CAPS – precisam também ser consideradas a tempo, merecendo destaques no mesmo sentido.

A pesquisadora Aranha e Silva (2003) indica o risco da prevalência na oferta de produtos de saúde ao usuário em detrimento de atuações que articulem os serviços com o território, que incluam ações voltadas às famílias e que ampliem a produção de ações na vertente crítica da reabilitação psicossocial. Assim, resgata a necessidade de expansão da atuação, sobretudo dos CAPS, no campo psicossocial. É possível pensar aqui em alguns elementos articulados com os pressupostos da reforma psiquiátrica e dos serviços substitutivos que não se restringem às necessidades do familiar como alvo de cuidados por ocupar a função de cuidador. Também devem ser consideradas questões como o processo de

25 Paiva; Stefanelli; Arantes (2000); Carmo (1981); Koga (1997); Pegoraro; Caldana (2008); Gobbo (2004).

mudança de mentalidades em relação à loucura, o resgate da cidadania do sujeito da loucura e de sua família, a inserção no campo do trabalho, o protagonismo social na elaboração de políticas públicas em saúde mental e a atuação em movimentos que façam a crítica à lógica manicomial da sociedade e dos serviços de saúde.

Carneiro e Rocha (2004), ao realizar investigação de uma experiência de desospitalização em Curitiba, enfatizam a importância de se pensar qual o lugar da família no cenário da saúde mental, em concordância com nosso posicionamento. A partir de depoimentos de profissionais da rede, identificou-se que a equipe geralmente responsabiliza a família, *per se*, pelo destino asilar dos pacientes, desconsiderando condições externas, como a implicação das condições sócio-econômicas, o apoio de políticas públicas de saúde mental, os aspectos sócio-culturais que compõem a mentalidade e a postura manicomial, e a ausência de serviços comunitários alternativos ao internamento compulsório.

É neste contexto que a reforma psiquiátrica e o modelo substitutivo em saúde mental, conjuntamente à promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, ou a “Lei da Saúde Mental”, remetem o sujeito da loucura ao resgate de sua cidadania, exaltando a manutenção e/ou reinserção social deste sujeito no convívio familiar. Rosa (2004, p.191) nos atenta ainda para o fato de que historicamente,

[...] o peso reduzido da ação estatal no provimento de serviços sociais e sua ação pontual, clientelista, seletiva e assistencialista, voltada para os segmentos econômica e politicamente mais expressivos [...] mantiveram a família como suporte e fonte de solidariedade social.

Assim, ressaltamos que o cotidiano da loucura agrava ainda mais as condições já precárias do grupo familiar ao impor exigências específicas de cuidado e atenção, mobilizando a família emocional e materialmente.

Ainda que a lógica antimanicomial presente no discurso da reforma psiquiátrica tenha por objetivo e ações propostas o rompimento com a lógica hospitalocêntrica, vale lembrar que “os enfermos em situação de pobreza, aqueles sem família ou com vínculos familiares instáveis tendem a constituir os usuários majoritários entre a população psiquiátrica em **internação integral**” (ROSA, 2003, p.311, grifo nosso). Teríamos, neste sentido, duas figuras estigmatizadas: o pobre e o louco. Evidentemente, ponderamos aqui que a necessidade de internação parcial em momentos de “crise” ou “agudização do quadro”, de acordo com o discurso especializado, deva ser considerada, observando-se sempre o acompanhamento ambulatorial nos serviços substitutivos. Por outro lado, ponderamos também que as condições de internação nem sempre contemplam pontos básicos dos direitos humanos, a exemplo do ocorrido com o emblemático caso de Damião Ximenes, apresentado no capítulo primeiro.

2.1.1. A loucura na família antes da reforma psiquiátrica: da literatura de Guimarães Rosa

Retomando o momento histórico anterior à reforma psiquiátrica, escolhemos as vias da literatura de Guimarães Rosa para desenvolvermos nossa reflexão. Assim como o conceito social da loucura pode ser identificado a partir de fontes históricas oficiais, a partir de documentos, relatórios, produção acadêmica, dentre outras fontes, a literatura também nos fornece interessante subsídio à reflexão da mentalidade em relação à loucura em um dado momento histórico. Conforme abordado no capítulo primeiro, o teatro e a literatura apresentaram a figura do louco em consonância com a representação ideológica de cada época. Similarmente, a produção cinematográfica “Estamira”, discutida no mesmo capítulo, apresentou-se como uma via possível de discussão da relação da família com a representação da loucura e com a rede de atenção em saúde mental na atualidade.

De acordo com Cândido (p. 25, 2006, grifo nosso), a literatura define-se por um

[...] sistema de obras ligadas por denominadores comuns, que permitem reconhecer as notas dominantes numa fase. Estes denominadores são, além das características internas (língua, temas, imagens), **certos elementos de natureza social e psíquica, embora literariamente organizados, que se manifestam historicamente e fazem da literatura aspecto orgânico da civilização.** Entre eles se distinguem: a existência de um conjunto de produtores literários, mais ou menos conscientes do seu papel; um conjunto de receptores, formando os diferentes tipos de público, sem os quais a obra não vive; um mecanismo transmissor (de modo geral, uma linguagem traduzida em estilos), que liga uns a outros. O conjunto dos três elementos dá lugar a um tipo de comunicação inter-humana, a literatura, que aparece sob este ângulo como sistema simbólico, **por meio do qual as veleidades mais profundas do indivíduo se transformam em elementos de contacto entre os homens, e de interpretação das diferentes esferas da realidade.**

Isto posto, recorreremos mais uma vez a este caminho possível, discutindo o conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”²⁶, escrito por Guimarães Rosa (1962/1988). Sorôco é um fictício familiar da loucura, nascido da sensibilidade literária e humana de Guimarães Rosa – escritor, médico, militar e embaixador, que residiu por algum tempo em Barbacena. Através deste conto, o autor resgata o cenário da saúde mental em um momento histórico prévio à reforma psiquiátrica.

A narrativa apresenta o personagem central, Sorôco, que, recorrendo ao modo de lidar com a loucura em sua época, qual seja, a internação em hospícios, sem previsão de alta, se apronta para embarcar sua mãe e sua filha em um trem rumo ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena: “*O carro lembrava um canoão no seco, navio. [...] Para onde ia, no levar as mulheres, era um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe*” (ROSA, p.18, 1962/1988).

O Trem de Doidos, a exemplo da Nau dos Insensatos, citada por Foucault (1972/2004), tinha o papel reservado de desinfetar o ambiente social, ordenar, sistematizar e normatizar. Aos loucos: a casa dos loucos. Reproduzindo a lógica manicomial, único tratamento

26 ‘Sorôco, sua mãe, sua filha’ de Guimarães Rosa em Primeiras Estórias, 1962/1988, pp. 18-21. Vide conto, na íntegra, no anexo III.

conhecido no período prévio à reforma, Sorôco toma sua decisão contando com o apoio da comunidade (ROSA, 1962/1988, p.19-20)

“O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais. De antes, Sorôco agüentara de repassar tantas desgraças, de morar com as duas, pelevava. Daí, com os anos, elas pioraram, ele não dava mais conta, teve de chamar ajuda, que foi preciso. Tiveram que olhar em socorro dele, determinar de dar as providências de mercê. Quem pagava tudo era o Governo, que tinha mandado o carro. Por forma que, por força disso, agora iam remir com as duas, em hospícios. O se seguir”.

O governo manda a “solução eficaz” sobre os trilhos. É nesta aparição sumária e ameaçadora, sob a forma do trem, que a intervenção estatal aparece. Metáfora do *status quo*, daquilo que se mantém sempre firme em seus trilhos e regras, aquilo que levará embora “*e para sempre as duas*”, que a despeito de toda a carga emocional e da significação do ato, carrega com hora marcada e destino definido coisas e pessoas. O trecho representa a política de saúde mental de lógica higienista.

Conforme registrado historicamente, a internação no Hospício de Barbacena representava a pena de prisão perpétua que nunca esteve oficialmente presente na legislação brasileira. De fato, sabemos que os internos perdiam o vínculo com sua família, muitos chegavam sem registros que os identificassem e, portanto, tratava-se de uma ruptura definitiva dos laços familiares (ROSA, 1962/1988, p.19)

“A mãe de Sorôco era de idade, com para mais de uns setenta. A filha, ele só tinha aquela. Sorôco era viúvo. Afora essas, não se conhecia dele o parente nenhum. (...) Sorôco estava dando o braço a elas, uma de cada lado. Em mentira, parecia entrada em igreja, num casório. Era uma tristeza. Parecia enterro”.

A partir do momento em que as duas mulheres finalmente embarcam no trem, a comunidade reflete o alívio da decisão tomada: “*...de repente, todos gostavam demais de Sorôco*”. Esta súbita identificação com Sorôco parece estar baseada no senso de pertencimento ao grupo: de braços dados com a loucura, Sorôco não era um igual. Era um

diferente. Mas, a partir do momento em que acata a exigência tácita do grupo (livrar-se das duas figuras remetidas à loucura), o discurso alienado e alienante sobre o mundo naturalizado sela o acordo silencioso entre as partes.

A liberdade poética e criativa de Guimarães Rosa permitiu, ainda, uma inversão: não foi o grupo familiar que enviou seu único ente – o elemento depositário, o paciente identificado – à internação. Neste conto, toda a família de Sorôco (mãe e filha) é encaminhada à internação, restando somente ele confinado ao mundo da suposta normalidade. O autor encerra o conto com Sorôco cantando a “*canção de desatino*” que sua família cantava. Anteriormente, causa de estranhamento na comunidade, a canção, neste trecho final, passa a ser cantada também pelos presentes. Diversas leituras seriam possíveis para este fechamento: o canto geral representaria a loucura de todos devolvida à comunidade uma vez que as “*transtornadas pobrezinhas*” haviam partido? Seria uma prova de afeição e empatia em relação a Sorôco que acabara de encaminhar a loucura ao seu devido destino? O canto de desatino o conduzirá também ao Trem de Doidos? Ele reencontrará na loucura o caminho de volta ao cotidiano vivido ao lado da mãe e da filha?

A incerteza em relação ao destino de Sorôco encerra o conto. Só. Só oco – “*no sofrer o assim das coisas, ele, oco sem beiras*” – se asila, também, sem a sua família. Mas, é possível considerar que a qualquer momento, se necessário viesse a ser, Sorôco teria naquela comunidade uma família: para embarcá-lo, de boa vontade, para um rumo longe. Para sempre.

2.2. O papel feminino no acompanhamento do sujeito da loucura

Diferentemente do que foi visto, a partir da liberdade poética de Guimarães Rosa, em geral, é um familiar do gênero feminino que se apresenta como principal cuidador do sujeito

na loucura. No conto, Sorôco é quem cuida de duas mulheres: sua mãe e sua filha, conduzindo-nos a uma forma interessante e diferenciada de ver os cuidados dentro da família, uma vez que rompe com a configuração usual e nos apresenta um representante do gênero masculino como único responsável por estes cuidados.

Para refletirmos sobre esta questão de gênero, em relação ao cuidador, é necessário resgatar alguns aspectos atrelados ao funcionamento do sistema capitalista, bem como da inserção da família neste sistema.

Dentro do modo de produção capitalista, além da desapropriação dos meios de produção do trabalhador e da conseqüente atomização do processo de produção, estabeleceu-se também a divisão sexual do trabalho, que, na sociedade burguesa, toma vultuosidade e qualidades específicas com justificativas de bases naturais²⁷, justificado pelo “instinto maternal”. Reduzida à esfera doméstica, a mulher foi mantida às margens das decisões políticas e econômicas. Badinter (1985) esclarece a questão, perfazendo historicamente os caminhos percorridos para que a mulher ocupasse a posição natural de mãe dentro da configuração de família nuclear. A partir da publicação de “Émile ou Da Educação” de Rousseau, no século XVIII, a mulher passa a ser, justificadamente, mantida nas cercanias domésticas, sendo a ela outorgados os cuidados e a educação da criança. Lembrando que a centralidade na infância e na intimidade eram atributos de destaque na dinâmica e formação da família nuclear burguesa, ideologicamente a divisão sexual do trabalho se estabelecia como valioso recurso à sociedade. As amas-de-leite, responsáveis pelos cuidados das crianças na primeira infância, e o tempo da mulher às atividades de lazer, conforme era possível identificar até o século XVII, encerrava-se sob a alegação de que à mulher era conferida a

27 As diferenças fisiológicas e de força física entre os gêneros masculino e feminino foram levadas em consideração desde os primórdios da humanidade em diferentes sentidos. Em algumas circunstâncias, vimos a capacidade reprodutiva privilegiada pois que se necessitava de mão-de-obra para o cultivo da terra. Em outras, a mulher se encarregava da pesca enquanto os homens necessitavam da aprovação da esposa para a compra de adornos de outras tribos (entre os tchambuli da Nova Guiné) e aguardavam a iniciativa sexual da mulher (Mead, 1988).

responsabilidade suprema de ser a “rainha de seu lar”, única responsável pelo bem-estar de todos e pela formação moral e física de seus filhos. (BADINTER, 1985).

No Brasil, a família nuclear contemporânea, a partir da modernização da sociedade, atravessou o processo gradual de empobrecimento, engendrado à urbanização e à introdução gradual da mulher no mercado de trabalho. Conforme citado por Rosa (2003) e corroborado por Pegoraro (2006), ainda que as relações de poder entre os homens e as mulheres tenham se transformado, em certa medida, ainda cabe à mulher os principais cuidados dedicados ao sujeito da loucura.

O provedor de cuidados, com frequência a mulher, tem que ter uma disponibilidade temporal, periódica ou indefinidamente, para exercer o seu papel. Então, para satisfazer as necessidades individuais do portador de transtorno mental [...], a mulher tem seu espaço de vida invadido pelas demandas de provimento de cuidado. Tem seus projetos pessoais obstruídos pelas necessidades de prestar cuidado, ao ter que investir emocional, temporal e economicamente [...]. Assim, a família e a mulher tornam-se temas confluentes, pois é no interior do grupo familiar que o papel feminino é internalizado e requisitado socialmente, e é neste espaço social onde o provimento de cuidado se desenvolve, na tensão entre afirmações e negações de individualidades e do cotidiano como espaço político de relações construídas e reconstruídas (Rosa, 2003, p.193).

Spadini e Souza (2006) corroboram com a reflexão ao identificarem que a figura feminina ainda é a principal cuidadora do sujeito da loucura, acompanhando de perto seu cotidiano. No estudo de caso, presente nesta dissertação, a mãe, “Dona Ana”, cumpre esta função.

Pegoraro e Caldana (2006) sugerem que esta configuração, na qual os cuidados são eminentemente realizados por mulheres - que têm diversas atividades sob suas responsabilidades em seus lares e, em geral, apresentam idade avançada - deveria ser alvo de atenção específica por parte das equipes de saúde com o objetivo de que fossem implementadas ações voltadas às “cuidadoras”.

De acordo com Pereira (2003), a sobrecarga emocional da mulher, em geral a “mãe-cuidadora”, que se encarrega do tratamento, dos cuidados básicos e cotidianos do sujeito da loucura, se intensifica frente à carência de informações, orientações e apoio por parte dos serviços de saúde mental e da comunidade. Em maior ou menor grau, o cuidado prestado e a condição estigmatizante da loucura, conforme veremos no final deste capítulo, parecem restringir o leque de possibilidades de existência destas familiares.

Cabe considerarmos aqui as múltiplas determinações da sobrecarga emocional da mulher/mãe neste contexto: a organização centrada na família nuclear, a precarização das condições de vida, a estigmatização social da loucura, os reduzidos recursos comunitários locais voltados ao bem-estar do sujeito da loucura, a baixa eficácia dos serviços de saúde mental em compreender a demanda e o contexto da família (PEREIRA, 2003) e a prestação de cuidados informais como suporte ao tratamento.

O discurso de mulheres/cuidadoras informais no cotidiano imerso no cuidado e no estigma da loucura foram alvo de estudo realizado por Pegoraro e Caldana (2008). Segundo as autoras, o discurso de tais mulheres-familiares

[...] revelou que elas tinham aquele de quem cuidavam como centro de suas vidas, e dele não conseguiam se perceber separadas (Gonçalves, 1999). Quando falavam a respeito daquele que recebia seu cuidado, falavam sobre si mesmas, numa grande fusão. Outros estudos assinalam que, no geral, embora com queixas de sobrecarga de trabalho pela tarefa de cuidar de um portador de sofrimento mental, a cuidadora apresenta dificuldades em dividir a realização dessa tarefa com outras pessoas, centralizando as ações e dividindo apenas aquelas tarefas consideradas periféricas, como marcar consulta ou buscar medicação (Rosa, 2003; Pegoraro, 2006). No caso das cuidadoras mais velhas, o precário estado de saúde das mesmas deve ser uma das preocupações das equipes de saúde. Além de problemas físicos, os estudos analisados destacaram a presença de sintomas de depressão e uso de ansiolíticos nas cuidadoras. Some-se a isso, a condição financeira desfavorável de boa parte dessas famílias, todas investigadas em serviços públicos do país (PEGORARO; CALDANA, 2008, p.88).

Com base no exposto, faz-se premente que as políticas públicas de saúde mental e o desenho das práticas de atenção em saúde se voltem à família, levando-se em consideração o viés do gênero e suas implicações. Conhecer e reconhecer a família em seu cotidiano inserido

no contexto da loucura equivale a considerar os aspectos fundamentais de sua configuração. O contexto social, econômico e cultural das famílias brasileiras, usuárias dos serviços de saúde mental – suas representações acerca da loucura, onde identificam redes de apoio formal/informal e as formas que encontram para lidar com a loucura – devem constelar estudos para o embasamento de práticas em saúde mental e do delineamento das políticas, promovendo-se, ainda, o espaço de participação social destas famílias e, sobretudo, destas mulheres na elaboração do contexto da saúde mental.

2.3. O trabalho e sua inserção no cotidiano da loucura na família

Nossa reflexão estende-se agora à questão do trabalho relacionado à família no cotidiano da loucura. A dimensão do trabalho se insere nos laços estabelecidos uma vez que os membros de uma família estão unidos entre si também pelos direitos e obrigações de natureza econômica (LÉVI-STRAUSS,1986).

No tocante à ampla questão do trabalho, Castel (1978) apud Rosa (2004, p.191) aponta para a relação família-trabalho, ressaltando como esta “relação precária e frágil tende a esgarçar os laços familiares, podendo vulnerabilizar ou mesmo produzir desafiliação social de seus membros”. Para que a reflexão tome corpo, é importante considerar alguns aspectos relacionados ao contexto do mundo do trabalho atualmente.

O trabalho no mundo contemporâneo, de acordo com André Gorz (2005), caracteriza-se pela passagem do capitalismo moderno para o pós-moderno, pautado na mudança de foco do capital fixo material para o capital imaterial, que pode ser compreendido como o capital humano e o capital inteligência. Neste novo momento do capitalismo, o trabalhador deve ser o

produtor de si próprio, de modo a se enquadrar na economia do conhecimento. A fim de responder a essas novas exigências do mercado, ele passa a ser uma empresa de si mesmo

[devendo] se tornar, como força de trabalho, um capital fixo que exige ser continuamente reproduzido, modernizado, alargado, valorizado. Nenhum constrangimento lhe deve ser imposto do exterior, ela deve ser sua própria vendedora, obrigando-se a impor a si mesma constrangimentos necessários para assegurar a viabilidade e a competitividade da empresa que ela é (GORZ, 2005, p. 23).

Este trabalhador, ao deixar de ser mero possuidor de seu trabalho, torna-se um indivíduo que passa a ser seu próprio produto – a ser por ele mesmo produzido – para ser posto à prova no mercado de trabalho. Ao trabalhador lhe é outorgado a exigência de gerir seu capital humano ao longo de sua vida,

[de] continuar a investir em estágios de formação e compreender que a possibilidade de vender sua força de trabalho depende do trabalho gratuito, voluntário, invisível, por meio do qual sempre poderá reproduzi-la (GORZ, 2005, p. 24).

Portanto, as relações de trabalho tendem a se esgarçar e a se tornar mais fluidas, a partir do momento em que o trabalhador-empendedor vê-se obrigado a estabelecer novas relações em um mercado instável e altamente competitivo que enaltece a individualidade e a competição intensa entre empresas individuais que podem, a todo momento, ser descartadas e substituídas. Qual seria o ônus para a saúde mental do trabalhador nesta nova configuração?

Podemos aqui pensar em duas esferas do trabalho na família: a do familiar e a do próprio sujeito da loucura. Como já vimos, Lasch (1991) aponta a família como agente de socialização responsável por reproduzir no indivíduo padrões culturais, normas éticas e regras sociais dominantes. Em se considerando a sociedade contemporânea, fundamentada na lógica da exclusão da diversidade, é possível pensar a contradição extremada que se apresenta no interior da família do sujeito da loucura. Ao apresentar como um de seus elementos, a personificação da loucura, do desconhecido, do temeroso, do que deve ser renegado, afastado

e escondido, a família, arraigada de padrões manicomial, vê-se diante do impasse de lidar com questões de saúde mental consideradas incógnitas à própria sociedade. Ainda, o alto valor conferido à privacidade e o fechamento da família em si mesma, pode nos remeter à sobrecarga na dinâmica familiar, à família que deve responder alienadamente às suas próprias questões. A questão do sujeito da loucura apresenta-se como um objeto complexo com o qual a família pode encontrar dificuldades em lidar. Aqui, faz-se necessário questionar o alcance das políticas públicas em saúde mental no efetivo apoio às famílias.

É possível pensar no papel econômico de cada elemento familiar e no impasse em torno do sujeito da loucura que, na maioria das vezes, não se insere no mercado de trabalho, dada a peculiaridade de sua condição e, principalmente, das exigências impostas pelo mercado - “A força de trabalho se converteu em mercadoria, mensurável em termos monetários abstratos, comprada e vendida no mercado como outra mercadoria qualquer” (Lasch, 1991, p.29). Tomando-se por base que, no mercado de trabalho, não há lugar para o que é diferente e para diferentes ritmos de produção, o sujeito da loucura fica à margem do trabalho e à margem das atividades laborais desenvolvidas por seus familiares. A exclusão e o preconceito se reproduzem na esfera maior (sociedade) e na menor (família).

Portanto, consideremos a rede de significados e implicações advindas da exclusão e da não-reinserção no mercado sofridas pelo familiar e pelo próprio sujeito da loucura. Consideremos ainda de que sociedade falamos, aquela que considera a força de trabalho como mercadoria, reificando e (des)valorizando cada membro seu a partir das atividades de trabalho que realiza. Ponderemos que se trata de uma sociedade de consumo, cujo salvo-conduto se sustenta sobre a auto-produção do indivíduo em seu trabalho, que se fundamenta nas frágeis e incertas relações que estabelecemos atualmente, conforme referenciado acima com base em Gorz (2005). Lembremos ainda que, com base nas atuais exigências de ritmo de produção e de segregação da diferença, aviltantes a todos os trabalhadores, o mercado de trabalho exclui

aqueles que não acompanham seu ritmo, a partir de regras incisivas ditadas pela nova lógica do capital, bem como adoce aqueles que se esforçam para nele permanecer, gerando o sofrimento no trabalho (DEJOURS,1992). Tais contextos somente mantêm sólidas as bases das representações clássicas de loucura ao próprio sujeito da loucura, à família e à sociedade, que prevêm a figura do louco como inferior, desqualificado, desajustado, incapaz. Perante a sociedade e perante seu grupo familiar, o sujeito da loucura, amputado psicossocial aos olhos da lógica do capital, certamente apresentará representações negativas ao tomarmos o eixo “trabalho” como eixo referencial para avaliar sua existência. É neste contexto que as atuais políticas de saúde mental propalam discursos sobre a reinserção psicossocial e o resgate de cidadania do usuário da rede de serviços.

Pegoraro (2002) corrobora com nossa colocação ao identificar, em sua pesquisa, que o trabalho aparece como a “marca da existência” dos familiares, sendo que eles avaliam sua relação com o sujeito da loucura com base em concepções que tomam o trabalho como eixo central. Neste sentido, a cura se traduziria na possibilidade de retornarem ao trabalho. Ainda, Pegoraro e Caldana (2006) retomam, para além da sobrecarga emocional da família, a importância de pensarmos o impacto da sobrecarga prática e financeira no cotidiano dos familiares envolvidos com o cuidado ao usuário da rede de saúde mental. Destaca-se ainda que os familiares responsáveis, em sua maioria uma figura feminina, em um dado momento, se afastaram do mercado de trabalho e sentiram a necessidade de delegar a terceiros algumas tarefas diárias, de modo que dispusessem de tempo e condições para manterem-se próximas do usuário. Consideremos, assim, o papel econômico de cada membro familiar e o impacto causado pelo rótulo da loucura. Barroso et al. (2007) evidenciam que os familiares avaliam as mudanças permanentes em suas vidas social e profissional como fator fundamental de sobrecarga, suplantando o peso dos cuidados diários diretamente envolvidos com o sujeito da loucura. O trabalho, tomado como eixo referencial de nossa reflexão, evidencia, portanto, a

fragilidade no núcleo da família. Fragilidade identificada, por nossa sociedade, como própria da família, naturalizada em seu acometimento pela loucura, desconsiderando-se suas múltiplas determinações e implicações. A “psiquiatrização do social”, conforme termo proposto por Amarante (1995a), evidencia-se, neste modo, no contexto da família desassistida.

Ressaltemos, ainda, o impacto econômico produzido sobre as famílias no contexto da loucura, conforme analisado por Rosa (2003). As estratégias de sobrevivência do grupo doméstico, muitas vezes encontram, como medida efetiva, a internação psiquiátrica que libera o familiar para se envolver em atividades rentáveis que garantam a sua sobrevivência. Com base na discussão proposta, destacamos Rosa (2003, p.310-311) sobre a necessidade e importância de

[...] maior visibilidade social e de suporte de compensação simbólica e material para o cuidador. Este fato que engloba não só a recompensa material, mas também o suporte na rede de serviços de saúde em geral, o apoio afetivo, psicológico, em lazer, a ampliação de poder de trocas sociais e de protagonismo frente aos serviços de saúde mental, haja vista que prover cuidado não é uma questão meramente econômica. Implica a politização da relação entre o cuidador e o portador de transtorno mental, visto que o pessoal e o cotidiano são políticos. Nesse sentido, faz-se necessário uma política de suporte ao provedor de cuidado.

A desconstrução da cultura manicomial, portanto, parece se colocar como um fenômeno complexo que abrange os âmbitos políticos, éticos, culturais e psicológicos. Neste sentido, pensar sobre este processo nos apresenta o desafio de contemplar a mudança de mentalidades em seus diversos aspectos.

2.4. O impacto das representações de loucura e a busca pela mudança de mentalidades: rumos da desinstitucionalização

Uma vez que a família se encontra indissociável da sociedade e de seus processos sociais (ADORNO; HORKHEIMER, 1973), a mudança da mentalidade familiar com relação à concepção de normalidade/anormalidade, loucura, sofrimento psíquico, também se encontra intrinsecamente ligada à mudança de mentalidades da sociedade. Faz-se necessário aventar as representações de loucura para a família, dado que este espaço de convivência com o sujeito da loucura coloca-se como um veículo notório de representações à sociedade.

D’Incao (1989) destaca, em seus estudos, a relação vital entre família e sociedade apresentada nas principais teses sociológicas e apresenta a alteração nos conceitos de amor, maternidade, paternidade, ao longo dos diferentes momentos históricos e sociais. Essa afetividade familiar flutuante pode ser correlacionada às alterações nos conceitos de cuidado e de loucura e que hoje compõem as formas de se lidar com a loucura no cotidiano.

Considerando as concepções socialmente prevalentes sobre a loucura, Pereira (2003) pondera sobre a importância da desconstrução de conceitos para a ampliação das possibilidades de uma assistência mais digna e global ao sujeito da loucura e aos seus familiares. Este processo de mudança de mentalidades teria ainda aspecto decisivo no resgate da cidadania, dado que as concepções socialmente circulantes influenciam diretamente a trajetória do paciente e da família em busca de meios para conviver com a loucura e com seus rótulos. A questão que deve ser suscitada é o lugar que a loucura ocupa na sociedade, retomando a força motriz da reforma psiquiátrica que reflete a questão da desinstitucionalização da loucura e não somente a derrubada física dos muros das instituições manicomiais. Os processos que visam à desinstitucionalização perpassam necessariamente a inserção da loucura na família, no mundo do trabalho, nas questões de moradia, alimentação,

lazer, transporte de modo a abarcar a questão como um problema social para além das amarras discutidas no recorte da assistência em saúde. Rotelli (2001) enfatiza a importância de questionarmos os meios pelos quais deve se dar a emancipação e o processo de singularização do sujeito da loucura e não a sua “cura”. Em relação à família e ao sujeito da loucura, é importante que se conheça “[...] seu dia-a-dia, onde estão, o que fazem e como gerem o seu cotidiano [...]. Além disso, é um fator importante para propiciar a inserção social” (SALLES; BARROS, p.398, 2007).

Aproximar-se do cotidiano da família abre caminho para conhecermos as representações vigentes. Uma das representações hegemônicas, dentre os familiares, identificado por Moreno (2001), baseia-se no enfoque da psiquiatria. Com base nos achados da pesquisadora, os familiares concebem o sofrimento psíquico como uma doença incurável e de evolução crônica, reproduzindo assim o paradigma psiquiátrico. Os serviços de saúde aparecem como instâncias de contenção de comportamentos “inadequados” sempre que a família se considera incapaz de lidar com os mesmos, sendo também o momento em que as solicitações por internações integrais emergem. Além disso, a crença religiosa surge como importante ponto de apoio e conforto para a aceitação das dificuldades encontradas no dia-a-dia. Pereira (2003) também elenca representações emergentes no discurso de familiares. Dentre eles, destacam-se a representação organicista de doença mental, tal como em Moreno (2001), e a loucura avaliada como “defeito”. Spadini e Souza (2007) ressaltam também a representação de loucura, pelos familiares, vinculada a uma doença de explicação orgânica não associada a fatores psicossociais. Pereira afirma, com base em suas pesquisas, que “um dos aspectos imprescindíveis no processo de mudança na assistência psiquiátrica é a desconstrução das representações sociais” (PEREIRA, 2003, p.80).

Outro ponto recorrente dentre os discursos de familiares e nas entrelinhas do discurso da equipe de saúde seria a culpabilização da família pelo destino dado ao sujeito da loucura.

Melman (1998), ao analisar as práticas relativas às intervenções familiares em serviço substitutivo (CAPS), identifica a necessidade de repensarmos intervenções familiares que estimulem os processos de subjetivação enquanto “criação-invenção” de possibilidades existenciais diversas aos familiares, além de promover a participação ativa da família na definição e implementação de práticas em saúde mental. Ora, neste sentido, entendemos que a atividade desenvolvida pela família sob novos enfoques implicará mudanças de mentalidade em relação à loucura e novas nuances de inserção da loucura na sociedade.

Colvero (2002) também se debruçou sobre a investigação das representações de loucura, enfatizando a importância de conhecermos as mobilizações psicossociais que orientam o cotidiano dos familiares, de modo que as ações em saúde voltadas aos familiares se apoiem no conhecimento do impacto de tais representações. O cotidiano investigado demonstrou-se conturbado, repleto de dúvidas e incertezas em relação à loucura e foi referenciado como uma “*perda de liberdade*”. A liberdade de existir apresenta-se como um entrave ao familiar do sujeito da loucura já estigmatizado por sua função. Conforme identificado por Rosa (2005, p.208), os familiares soterrados pelas próprias representações de loucura e pelas representações da sociedade e da equipe de saúde temem “tornar pública sua condição, expor-se como representante da ‘saúde mental’ e conviver com o rótulo de ‘familiar de doido’”. Os familiares podem chegar a negar a loucura para não sofrer a estereotipia por parte da sociedade (SPADINI E SOUZA, 2007). Neste sentido, o restritivo rótulo da loucura parece reduzir sobremaneira a possibilidade de existência do familiar do sujeito da loucura, que se depara com obstáculos cotidianos não superados pelo processo de desinstitucionalização da loucura, conforme se propõem, em tese, as atuais políticas públicas de saúde mental.

Além disso, temos que as atuais políticas de saúde mental privilegiam a manutenção do sujeito da loucura em sua família, de modo que a importância de se conhecer com maior propriedade o contexto da família faz-se importante para que conheçamos quais

representações e vivências cotidianas constelam o dia-a-dia da família que se pretende foco de ações e protagonista de sua história. Pegoraro (2002) também defende tal importância com o objetivo de que as estratégias de atenção às famílias sejam mais adequadas às reais necessidades que elas apresentam. Uma vez que o rótulo da loucura se encontra de tal modo estigmatizado, ações voltadas à mudança de mentalidades e ressignificação da loucura ainda precisam ser consideradas. De forma bastante pontual, Spadini e Souza (2007, p.127) sugerem que sejam realizados “trabalhos de esclarecimentos e divulgação sobre a doença mental para a população”, de modo que sejam reformuladas representações atualmente atreladas à loucura, tais como “perda de controle da vida”, “perda de direitos enquanto pessoa”, “perda de cidadania”, “desacreditação pelos demais”. Deste modo, as concepções da família acerca da loucura e das formas de atenção ao sujeito da loucura bem como os recursos emocionais e econômicos da família deveriam ser acompanhados pela equipe de saúde através de prática compatível com os preceitos da desospitalização e desinstitucionalização da loucura.

A partir da Portaria nº251/GM de 31 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002), as instituições psiquiátricas hospitalares foram orientadas a desenvolver projetos terapêuticos voltados às necessidades da família, promovendo “orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento”. Isto denota caráter restrito no abarcamento da família, reduzindo o papel da equipe de saúde a informações pontuais, de acordo com o referido na Portaria. O que vemos, neste caso, são instituições tradicionais (hospitais psiquiátricos) oferecendo o mínimo dentro da proposta da nova legislação em saúde mental (ROSA, 2005). Este contexto torna-se alarmante ao considerarmos que as representações da família sobre loucura são determinantes na trajetória do sujeito da loucura nos serviços de saúde mental e que, a partir das repetidas reinternações, tendem a se alterar. Altera-se gradativamente a forma como a família vê e lida com o sujeito da loucura, sendo que, ao longo das reinternações, vão se cristalizando aspectos de infantilização, tutela e

superproteção por parte da família (PEGORARO; CALDANA, 2008; ROSA, 2003). Isto nos remete à intensificação de representações negativas a partir do contato com o hospital psiquiátrico, na contra-mão da desinstitucionalização da loucura. Vemos, neste caso, um serviço, incluído na atual política de saúde mental, promovendo e mantendo mentalidades familiares pautadas na lógica manicomial em oposição ao que prevê a Política Nacional de Saúde Mental.

A literatura abordada subsidia a discussão sobre família como um movimento pertinente e de destacada importância social, desde que, sob nosso entendimento, considere-se cada vez mais a família de acordo com uma perspectiva crítica, para além de sua posição, sujeita a interpretações clínico-terapêuticas, abordando-se aspectos voltados ao resgate de sua cidadania, à reivindicação de seus direitos e à reinserção psicossocial.

Com base nas questões apresentadas, afirmamos que estudos que evidenciem a família em seu cotidiano vinculado à loucura, como se pretende esta dissertação, apresentam-se como sendo de relevância no contexto atual. Ressaltamos ainda que estudos e publicações com o recorte “família-loucura” são ainda reduzidos dentre a atual produção científica, sendo necessário mais pesquisas (SPADINI; MELLO e SOUZA, 2006).

3. A Pesquisa

Entendemos que o método da pesquisa configura-se para além do caminho percorrido para que se contemplem os objetivos. Antes, o método configura-se como todo o processo de nossa aproximação com o tema, nossa compreensão sobre o que vem a ser produção de conhecimento, as abordagens teóricas que nos permitem ampliar nossa percepção em relação ao que pesquisamos, a forma como lidamos com as impressões subjetivas presentes no contato com experiências referentes ao tema, dentro e fora do espaço acadêmico.

Neste sentido, faz-se importante ressaltar que também consideramos parte componente do método, como um todo, o contato estabelecido direta e indiretamente com o tema a partir de incursões na literatura, no cinema, no teatro e na vida, tendo sido este um interessante instrumento a aguçar a sensibilidade objetiva e subjetiva para as análises e discussões que se seguiriam.

Trata-se, finalmente, menos de identificar fatos de pesquisa e muito mais de se aproximar de um recorte existencial que nos ampara na discussão de um tema. Trata-se menos de afirmar resultados estanques e muito mais de produzir uma dada compreensão em conjunto.

Esta pesquisa exploratória percorreu diversos caminhos de idas e vindas até chegar ao formato final. Ao longo do processo, percebemos que o momento de ir a campo foi decisivo para novas percepções e reformulações. Inicialmente, pensamos em entrevistar um grupo de familiares necessariamente engajados a algum movimento social no campo da saúde mental ou vinculados a associações de usuários e familiares. Após alguma reflexão, percebemos que esta não deveria ser condição exclusiva, dado que nosso estudo não visava especificamente a este recorte (movimentos sociais no campo da saúde mental). Após realizada a primeira

entrevista, entendemos que seria interessante o aprofundamento do contato já realizado, de forma a considerarmos a possibilidade de desenvolvermos um estudo de caso.

3.1. Procedimentos

A partir da produção acadêmica discutida no capítulo segundo, entendemos que a mulher aparece como principal figura familiar responsável pelos cuidados em relação ao sujeito da loucura. De acordo com as fontes trazidas, entendemos que a mulher e, em geral, a mãe, mantém-se mais próxima do contexto da loucura, incluindo-se aqui os cuidados em casa, o acompanhamento à rede de atenção, a sobrecarga emocional e financeira, a exclusão ou abandono do mercado de trabalho²⁸. Seu cotidiano altera-se com maior intensidade em relação aos demais membros da família e, neste sentido, o estudo realizado com uma “mãe no contexto da loucura” foi considerado pertinente aos objetivos que desejávamos contemplar.

Assim sendo, entrevistamos a mãe de um usuário de CAPS da capital paulista, ressaltando-se que o contato inicial com a apresentação do projeto de pesquisa foi realizado diretamente com seu filho, cujo nome fictício adotado será Paulo. A ele apresentamos a proposta da pesquisa bem como solicitamos a permissão verbal de entrarmos em contato com sua mãe, Dona Ana. Foram realizadas 4 horas de entrevista, subdivididas em 2 encontros na casa da entrevistada sem a presença de terceiros.

Foram observados os procedimentos éticos, previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), com os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa,

28 “Ao partir do princípio de que o cuidado não é o mesmo independente de quem o exerça, torna-se relevante discutir o papel das mulheres como as principais representantes do cuidado dentro da esfera familiar. Dentre os estudos nacionais e internacionais que focam a prestação de cuidados informais em saúde mental, destacam-se aqueles que abordam a sobrecarga a que se encontra exposto o cuidador, geralmente, um familiar do sexo feminino (Biegel e col., 1994; Doornbos, 1997; Kuisma e col., 1997; Loukissa, 1995; Ricard e col., 1990; Pereira, 2003; Pegoraro e Caldana, 2006)”.

(PEGORARO E CALDANA, 2008, p. 87).

liberdade de recusa de participação a qualquer momento, garantia de sigilo e confidencialidade das informações. O modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no final desta dissertação (anexo I).

As entrevistas foram registradas em fitas cassete e transcritas, literalmente, para posterior análise. Para a primeira entrevista, organizamos um roteiro semi-estruturado cujo conteúdo encontra-se disponível no anexo II. O teor e a profundidade das entrevistas realizadas nos permitiram desenvolver um estudo de caso cujo conteúdo foi analisado com base nos pressupostos teóricos de Pichón-Rivière, conforme veremos a seguir.

3.2. A transição ideológica manicomial e a família como grupo

A família em sua relação com a loucura foi escolhida para ser investigada nesta pesquisa, tomando-se o grupo familiar de acordo com as considerações sobre grupos e instituições desenvolvidas por Bleger, Pichon-Rivière, Käes e Enriquez. A partir de nosso objetivo de investigar em que medida tem se dado a desconstrução da cultura manicomial, partindo da percepção e da experiência da família, faz-se necessário situar este grupo em um contexto mais amplo, espaço de transição ideológica rumo à desinstitucionalização do conceito social de loucura.

É preciso considerar o espaço de transição entre uma cultura manicomial para uma cultura não-manicomial mediante o processo de desconstrução desta mesma cultura. Neste sentido, entendemos à luz de Käes (1979), que a proposta do modelo substitutivo de atenção em saúde mental gera conflitos e situações de crise, uma vez que exige a ruptura de velhos padrões. Os novos modos de lidar com a loucura implicam crises e superações ao longo deste processo transicional, a partir do qual ocorrem as transformações sociais, mentais e psíquicas

(Käes, 1979). Ao discorrermos sobre mudança de mentalidades, faz-se necessário compreender que tais transformações tecem, de forma reunida, a singularidade do sujeito em seu processo de mudança de paradigmas e representações em relação à loucura.

Ainda, a concepção de “mudança de mentalidades” como processo da materialidade histórica implica o homem como produto e produtor do processo histórico no qual está engendrado, de modo que se concretize a transformação das relações sociais no contexto da saúde mental.

Neste sentido, de acordo com as contribuições de Pichon-Rivière (1982), entendemos que a vida psíquica se constitui a partir da práxis. Metodologicamente, o autor propõe três níveis de análise deste fenômeno, quais sejam (1) a análise psicossocial, na qual buscamos a compreensão do sujeito em relação aos membros com quem convive; (2) a análise sociodinâmica, cujo foco é o grupo como estrutura; e (3) a análise institucional, baseada na investigação dos aspectos culturais, ideológicos, dos sistemas de representação, da estrutura dos grandes grupos e dos aspectos políticos e econômicos. Tais dimensões, no entanto, apresentam-se integradas em um acontecer simultâneo.

Assim, a família enquanto grupo pode ser tomada em seu aspecto de troca de afetividades e signos, cuja interação encontra-se em constante jogo de fantasias inconscientes, através do qual se atribuem e se incorporam papéis aos seus membros. Portanto, a família como grupo deve ser compreendida como local de mediação entre Indivíduo e Sociedade.

Ao abordarmos o grupo familiar como espaço de determinação recíproca de sujeitos, no qual se identifica a relação mútua e dependente entre o intersubjetivo e o intrasubjetivo, temos que contradições e aparentes ambigüidades que surgem na dinâmica grupal e social poderão ser investigadas ao tornar explícito o implícito neste conjunto de relações. Assim, a infraestrutura inconsciente das ideologias, ao serem investigadas no contexto grupal, permitem uma compreensão acerca das defesas que subjazem perante situações de mudança.

De acordo com a teoria de grupo proposta por Pichon-Rivière,

[...] as ideologias emergentes nos grupos são sistemas de representação, de pensamentos conscientes ou inconscientes com grande carga emocional. Frequentemente, se assemelham a crenças religiosas, embora seus portadores considerem seus pensamentos como resultado de um raciocínio lógico. Representam fator fundamental na organização da vida, podendo ser transmitidas de pais para filhos, de professores para alunos, de técnicos para usuários de serviços, por processos de identificação, por exemplo. O conteúdo manifesto da ideologia pode ser compreensível ou não. Ao funcionarem de maneira mais ou menos inconsciente, as ideologias constituem-se em barreiras que impedem a manifestação de novas descobertas na convivência grupal. Nesse sentido, faz-se necessário investigar a infra-estrutura inconsciente manifestada nos discursos e práticas; portanto, a análise das palavras ou da linguagem, análise semântico-semantística, constitui uma parte fundamental na investigação das ideologias. Fundamental, também, é a análise sistemática da ambigüidade das ideologias presentes no grupo e que se apresentam em forma de contradição. As contradições tendem a levar a tarefa grupal a uma situação dilemática, a qual funciona como defesa diante da situação de mudança (SCARCELLI, 2002, p.91-92).

Em relação à defesa em situações de mudança, Bleger (1989) aponta que, no grupo, o medo do desconhecido ou de situações novas refere-se, essencialmente, ao medo diante do desconhecido que cada sujeito traz em si mesmo sob a forma do Eu sincrético. Esta reação paranóide refere-se ao

[...] medo de não continuar a reagir com as regras estabelecidas que se deve assimilar enquanto pessoa; é o medo do encontro com uma sociabilidade que nos aniquila enquanto pessoa e nos transforma num único meio homogêneo, sincrético, no qual cada um não poderá emergir do fundo enquanto figura (como pessoa), mas, ao contrário, permanece submerso nesse fundo, o que implica uma dissolução da identidade estruturada pelos níveis mais integrados do Eu, do *self* ou da personalidade. (Bleger, 1989, p.46).

A não-relação ou relação sincrética é o espaço de sociabilidade sincrética, complementar à sociabilidade por interação, que se impõe como estrutura de base do grupo. Nela são depositados elementos da personalidade que tendem a permanecer em um estado de não-discriminação. O funcionamento grupal diante de situações de crise – o que sugere mudança, ruptura, reformulação de velhos padrões de reação – busca defender-se deste movimento através da cristalização de sua dinâmica pautada na imobilização dos aspectos sincréticos.

São aspectos institucionalizados dos grupos, como estes referidos, que pesam na manutenção do lugar ocupado por cada um de seus membros, enquanto processo de atribuição e aceitação de papéis, conforme já mencionado. Em um grupo familiar, podemos considerar os papéis estigmatizados e tacitamente aceitos dentro de sua dinâmica (o irmão “tirano”, o pai “evasivo”, o filho “problemático”). Da mesma forma, em grupos de trabalho, vemos o desenvolvimento de normas e regras cada vez mais rígidas, procedimentos cada vez mais estruturados, em nome da manutenção da dinâmica grupal conhecida e contra a mudança que poderia levar a novos e bons resultados. E, neste sentido, é importante lembrar que a desconstrução da cultura manicomial atravessa estes mesmos processos.

Um mecanismo que pode ser mencionado, em relação às formas arraigadas de ver e lidar com uma dada situação, aparece nas contribuições de Kães (1979) apud Fernandes (2002), referentes ao conceito de alianças inconscientes. Segundo o autor, o estabelecimento de pactos silenciosos possibilitam a manutenção do grupo através da reprodução de tais acordos.

A problemática inerente à articulação indivíduo-sociedade é aquela dos laços sustentados por pactos e acordos inconscientes que, em certos momentos da vida, se mantêm mudos restando, no entanto, ativos. São eles que fixam a identidade transcendental do sujeito humano. Eles dão facilmente lugar à instauração de acordos repetitivos históricos e pactos corrompidos que se expressam pelas várias formas da violência: das discriminações contra a pessoa, no trabalho, no trânsito, na escola, nos esportes. Praticamente todas as áreas da vida das pessoas, seja com o mundo das coisas ou dos objetos, seja das pessoas entre si e consigo mesmas são invadidas (FERNANDES, 2002, p.18)

Considerações acerca da dinâmica dos grupos e das instituições, discutidas à luz do pensamento de Enriquez, permitem a compreensão da família como instituição, ao colocar em sua dinâmica a questão da alteridade presente na “aceitação do outro enquanto sujeito pensante e autônomo por cada um dos atores sociais que mantêm com ele relações afetivas [...]” (ENRIQUEZ, 1991, p.53). Ao se referir às colocações freudianas sobre o movimento

inicial de criação de organizações sociais, de restrições morais e das religiões, Enriquez (1991, p.55) afirma que

[...] as instituições são lugares que não podem impedir a emergência daquilo que aconteceu no momento em que se originaram e contra o que passaram a existir: a violência fundadora”. [...] Elas são e continuam sendo herdeiras de um ou de vários crimes. [...] Se renunciaram formalmente à violência de todos contra todos, instauraram a violência legal. Esta, definindo a esfera do sagrado e do profano, pronunciando as interdições, desenvolvendo o sentido de culpa, enuncia-se, certamente, não como violência, mas como lei de estrutura. Mas, ao fazer isso, ela mistifica os homens, pois exige deles sacrifícios pelos quais não oferecem senão compensações derrisórias (S. Freud, 1927), ela os põe em situações de tensões intoleráveis, porque cria angústias e perigos específicos. As instituições, além disso, indicam, vagamente, a possibilidade constante do assassinato dos outros. Sabe-se, com efeito, que a interdição suscita o desejo da transgressão, que o conflito e a rivalidade entre os irmãos, membros da instituição, podem sempre romper a barreira instaurada pela necessidade de consenso. [...] Assim que um grupo é instituído, novos mecanismos passam a funcionar: projeção ao exterior, por parte dos indivíduos, das pulsões e dos objetos internos “*que, em não sendo assim, se tornariam fonte de ansiedade psicótica, a qual colocam em comum na vida das instituições sociais em que se associam*”(E.Jacques, 1955, tr. Fr. 1964, p.546); ataques contra os vínculos (W.R. Bion, 1959), não apenas da parte dos pacientes psicóticos, mas da parte de qualquer indivíduo que utiliza eletivamente tipos primários de defesa como a clivagem e a rejeição; proliferação de mentiras, de afirmações ditatoriais (W.R. Bion, 1962a) ou “indiscutíveis” (na medida que marcam um discurso fechado sobre si mesmo que não permite a ninguém contradizê-lo ou corroborá-lo) ainda mais frequentes na medida em que as instituições não favorecem a busca da verdade mas as lutas pelo poder; certamente isso não quer dizer que “as instituições utilizadas dessa maneira se tornem “psicóticas” mas implica, efetivamente, que devemos esperar encontrar nas relações de grupo manifestações de irrealismo, de clivagem, de hostilidade, de suspeita (R. Jaques, 1955, p.547).

A manutenção do grupo aparece, portanto, como um movimento incessante de investimento de energia psíquica e espaço de depósito de ansiedades e conflitos latentes que não devem emergir, pois, caso contrário, representariam uma ameaça à continuidade do grupo da forma como vinha existindo até aquele momento. No processo intrínseco à relação interdependente estabelecida entre os âmbitos intersubjetivo e intrasubjetivo, duas dimensões do fenômeno podem ser consideradas: a dimensão observável, ou seja, referente a conteúdos *explícitos* do grupo, e a dimensão das fantasias inconscientes, ou seja, dimensão cujos conteúdos mantêm-se *implícitos* ao grupo. Desta relação interdimensional uma *qualidade*

nova é apontada por Pichon-Rivière (1986): o “emergente”. Seu veículo dentro do grupo, denominado “porta-voz”, apresentando-se como

[...] o membro que em um momento denuncia o acontecer grupal, as fantasias que o movem, as ansiedades e necessidades da totalidade do grupo. Mas o porta-voz não fala só por si, mas por todos; nele se conjuga o que chamamos verticalidade e horizontalidade grupal, entendendo-se por verticalidade aquilo que se refere à história pessoal do sujeito, e por horizontalidade o processo atual que acontece no aqui e agora, na totalidade dos membros (Pichon-Rivière, 1986, p.129).

A partir da posição ocupada no grupo, o porta-voz permite a emergência de conteúdos implícitos. Pelo caráter perturbador e ameaçador de tais conteúdos à manutenção da dinâmica grupal, é esperado que seja alvo de represálias, rotulações e que a postura do grupo seja a de silenciá-lo ou de deslegitimar seu discurso. Em nossa pesquisa, o emergente é a base das análises realizadas, utilizando-se tanto o elemento vertical quanto horizontal. E, assim como é possível considerar o sujeito da loucura como um porta-voz da família, ou seja, aquele que permite a emergência do implícito – cujo conteúdo é avaliado como doença mental inerente ao indivíduo – é possível, por sua vez, pensar a família como porta-voz dos grupos constituídos entre a família e a rede de atenção em saúde mental, as políticas públicas e a sociedade do ponto de vista cultural-ideológico.

Ao invés de ter consciência de estar fazendo emergir um conteúdo do grupo, o porta-voz acredita que aquilo que ele vive é propriamente seu. No campo da teoria dos grupos familiares, Pichon-Rivière afirma a importância de sua contribuição na compreensão do fenômeno da loucura identificada,

Sustentamos sempre e, talvez tenha sido esta nossa maior contribuição à teoria dos grupos familiares, que o sujeito que adoece é o porta-voz da ansiedade, das dificuldades de seu grupo familiar. Em que sentido? O doente, o alienado, é ele, mas sua enfermidade, seu comportamento desviado, resulta da interação familiar, da forma alienante de relacionar-se existente entre os integrantes desse grupo; por essa razão emerge a doença de um deles como conduta desviada. Esta doença é um fato concreto que nos remete como sinal a um processo implícito, às relações familiares, às características alienantes da interação deste grupo, ao montante de angústia que existe nesse grupo. Assim, a enfermidade emerge por intermédio do porta-voz, que pelo simples fato de adoecer denuncia que algo não anda bem. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.258).

Desta forma, uma vez que a análise das entrevistas de pesquisa perpassará a verticalidade e horizontalidade grupal, as diversas relações e representações envolvidas no grupo familiar – tomando-se o sujeito da loucura como porta-voz, bem como, tomando-se a mãe entrevistada como porta-voz da família em relação a contextos a ela externos no campo da saúde mental – serão consideradas em sua dinâmica a fim de identificarmos e problematizarmos contradições, ideologias, estereótipos, processos paralisantes, jogos de papéis e rompimentos da comunicação presentes no grupo (SCARCELLI, 2002).

Segundo Bleger (1991), as instituições são parte da personalidade do indivíduo de tal monta que é possível considerar que a identidade é sempre – parcial ou integralmente – grupal ou institucional. Reitera seu posicionamento, afirmando que “o ser humano antes de ser uma pessoa é sempre um grupo, não no sentido de pertencer a um grupo, mas no sentido de que a personalidade é um grupo” (Bleger, 1991, p.51). Se as instituições nos constituem enquanto indivíduos, podendo ser considerada uma função psíquica e um espaço depositário de elementos psicóticos (sociabilidade sincrética) torna-se pertinente nesta pesquisa, considerar o sujeito no contexto da cultura manicomial, da rede de atenção e do grupo familiar, dentre outras instituições. Tal análise nos permite, em tese, compreender melhor em que medida a desconstrução da lógica manicomial tem encontrado entraves, dada esta complexa dinâmica de funcionamento grupal/institucional.

Consideremos uma forma manicomial de compreender a loucura, arraigada de preconceitos clássicos e estigmatizadores. Consideremos que este âmbito ideológico-cultural representa uma forma segura e conhecida de lidar com o “problema” da loucura em nossa sociedade. A partir do momento em que são propostas mudanças nas formas de ver a loucura e de lidar com ela, estas conhecidas instituições depositárias de elementos psicóticos, por clivagens sucessivas, se abalam e com ela sobrevém a ameaça inconsciente de desagregação da personalidade.

Entendemos portanto que o processo de mudança de mentalidades constitui-se em um percurso bastante complexo do ponto de vista dinâmico, sendo, talvez, possível afirmar que grande parte dos obstáculos e desafios à sua consolidação permanecem insondados. Não é possível perder de vista que a produção acadêmica, o âmbito das ciências, enfim, a produção do conhecimento, também está submetida ao mesmo processo de clivagens sucessivas e de ameaça de desagregação caso invista em novas formas de interrogar a realidade.

Temos hoje pela frente, em relação à reflexão sobre a extinção dos manicômios, que enfrentar um desafio: desvendar as brechas através das quais os processos manicomialmente continuam a se insinuar sob as vestes dos novos discursos e das novas práticas. A incorporação de um discurso e a criação de novas modalidades de ação em saúde não garantem a extinção dos mecanismos de exclusão e segregação.

A solução não é suficiente para debelar o problema. Esta é a questão mais urgente e que nos remete à complexidade das relações estabelecidas entre os problemas políticos, éticos, culturais e psicológicos que estão na base da sustentação de programas de atenção à saúde e envolvem o eixo fundamental da formulação das políticas públicas nessa área (FERNANDES, 1999, p.39).

Parece, portanto, essencial que este nível mais profundo de discussão se torne explícito, no campo da saúde mental, sob pena de seguirmos reproduzindo uma cristalização burocratizada do fazer manicomial, sem compreendermos claramente a experiência vivida.

4. Na Casa de Dona Ana

Dona Ana, 57 anos, é proveniente de uma cidade do Estado de Pernambuco e teve seus estudos interrompidos na antiga 5ª série do ensino fundamental²⁹. A interrupção foi justificada por ter se casado e ter se dedicado, a partir de então, ao papel de esposa e dona de casa. Teve dois filhos neste casamento: Teresa, atualmente com 37 anos de idade (mãe de duas crianças), e Paulo, 35, que será freqüentemente referenciado por ter sido, anos mais tarde, identificado como sujeito da loucura.

A família veio para São Paulo em busca de trabalho. Algum tempo antes, a mãe de Dona Ana já havia saído de Pernambuco também com o mesmo objetivo, porém, estabeleceu-se na cidade do Rio de Janeiro. Sabemos que, quando Teresa estava com 6 anos e Paulo com 4, o casal se separou, tendo a família vivido algum tempo sob a seguinte configuração: as crianças morando com a mãe, e o pai visitando os filhos aos finais de semana. Em um dado final de semana, o ex-marido de Dona Ana, levou os filhos para passear sem retornar no horário estipulado. Dona Ana diz ter sofrido muito quando percebeu que o pai havia “*raptado*” seus filhos, conforme termo por ela empregado. Embora tenha se dirigido à delegacia com o objetivo de registrar um boletim de ocorrência, recebeu a informação de que sua queixa não procedia – “*um pai não rapta os filhos*”, teria dito o delegado. E foi encaminhada ao “Juizado de Menores”. Bastante desorientada com os fatos, Dona Ana nos diz que não sabia como proceder e desconhecia o local ao qual deveria se encaminhar. Sentindo-se sem condições para reagir, continuou em São Paulo, trabalhando, e soube, mais tarde, que os filhos estavam com o pai e com a família paterna de volta a Pernambuco. Somente após alguns meses, Dona Ana, com a ajuda de sua mãe, conseguiu visitar pela primeira vez seus filhos com o objetivo de trazê-los de volta à São Paulo. Ao chegar lá, no

²⁹ Atualmente, 6º ano do Ensino Fundamental II, de acordo com a reestruturação proposta pela nova LDB - Lei 9.394, de 20 de Dezembro de 1996 que inclui a Lei 11.274/06, referente ao Ensino Fundamental de 9 anos (BRASIL, 1996).

entanto, confrontou-se com a recusa paterna de que os filhos voltassem com ela, apoiado pela posição dos familiares dele. Ao final de algumas considerações e de muitos pedidos, a família paterna permitiu que Dona Ana levasse consigo somente a filha, pelo fato de “ser menina”, adiantando as questões femininas pelas quais passaria na adolescência. Quanto a Paulo, foi decidido que ele permanecesse em Pernambuco, onde seria criado pelo pai. Mais quatro anos se passaram, sem nenhum contato com o filho, até que Dona Ana recebeu a notícia de que seu ex-marido havia falecido em decorrência de Doença de Chagas. A partir deste momento, a posição da família paterna alterou-se diametralmente e Dona Ana foi convidada a ir buscar seu filho que estava agora com 8 anos de idade. Extremamente emocionada, ela nos conta sobre este reencontro dramático. Enuncia, com pesar, que seu filho estava muito “*judiado*” e “*magrinho*”. Sem demoras, ela o trouxe de volta para casa e relata com alegria seus cuidados relativos à saúde e à educação de Paulo. Tudo parece ter transcorrido sem percalços, com seus filhos crescendo e estudando. Dona Ana casou-se novamente e teve mais um filho: Roberto, hoje com 25 anos de idade.

Paulo terminou os estudos de Ensino Médio, trabalhou como office-boy e depois foi fazer um curso para atuar profissionalmente como segurança. Estava com 21 anos de idade, trabalhando na portaria de uma empresa, nesta função, quando Dona Ana nos relata que Paulo passou a apresentar algumas alterações em seu comportamento.

O fato que ela ressalta, à época de sua mudança, foi o assassinato de seu colega de trabalho, um segurança como Paulo, morto na portaria da empresa. Paulo teria ficado bastante impressionado com o ocorrido e acabou se afastando momentaneamente da atividade. No entanto, após pouco tempo, retomou suas atividades naquela mesma empresa. Neste período, Dona Ana nos conta que o filho começou a relatar sua certeza de que ele seria o próximo a ser assassinado. Queixava-se de estar sendo perseguido, espionado em seu trajeto de casa ao

trabalho e, finalmente, ao encontrar, em uma manhã, uma pomba morta em frente à calçada de sua portaria, Paulo afirmou ter recebido o aviso final de sua morte.

A mãe nos apresenta então o que ela denomina como sendo a “*primeira crise*” dele. Paulo desapareceu, deixando a mãe e os irmãos muito preocupados. Após ter recorrido à delegacia e ao IML, tendo se passado quase um mês, Dona Ana recebe a ligação de uma sobrinha, prima de Paulo por parte de pai, que a avisava que Paulo havia chegado lá em Pernambuco sem aviso prévio e “*não falando coisa com coisa*”. A mãe consegue combinar com o filho o retorno dele à São Paulo. O rapaz retoma por mais algum tempo o trabalho para depois afastar-se em definitivo e iniciar seu tratamento no CAPS.

De lá para cá, passados quatorze anos do início de seu tratamento, Paulo é presidente de uma Associação de Usuários e Familiares, participa dos Encontros da Luta Antimanicomial dentro e fora do Estado de São Paulo, mora com sua mãe e com o irmão mais novo e continua sendo atendido pelo CAPS.

4.1. A contradição entre os discursos da loucura e a experiência cotidiana vivida

As entrevistas com Dona Ana levaram-nos a reflexões acerca de suas representações em relação à loucura, tendo sido possível perceber uma latente contradição entre o que ela denomina loucura - com base nas representações gerais da sociedade, da mídia, do contato com a comunidade local e com o CAPS – e a sua própria percepção sobre o modo de existir de Paulo.

Reunir estigmas e diagnósticos ao filho concreto com o qual ela convive em seu cotidiano parece deixar lacunas em seu entendimento. Algo parece escapar como em um jogo de quebra-cabeça em que as peças não conseguem formar um todo. Questionamentos sobre o modo de existir do filho se expressam em falas como

“Ele não-tem-maldade (ênfase). Meu Deus... tem hora que eu falo: “será que é a doença?”. Ele não tem maldade de nada! De nada... de nada”.

Seria a doença? Ou seria o modo de existir de seu filho? Em que medida a singularidade de uma forma de ser consegue ter espaço de expressão perante o intenso embate imposto pela rotulação social do louco?

A cultura manicomial, quando compreendida em seus diversos espaços de produção ideológica, restringe nosso olhar em relação ao sujeito da loucura. A reificação da expressão da subjetividade humana, quando reduzida ao fato natural da doença mental, traz amarras ao nosso pensamento e às nossas formas de ver e de lidar com o indivíduo concreto. Foucault (1966/2007), em *As Palavras e as Coisas*, reflete sobre o modo como nossos discursos, com o objetivo de denominar, classificar, controlar conceitos, levam a restrições concretas no espaço de existência de um indivíduo que, tal como Paulo, tem sua vida recortada pelo conceito social da loucura. As falas desta mãe nos remetem à discussão entre o normal e o patológico, à normatização do indivíduo em sociedade e à angústia proveniente de um estigma social. O estigma da normalidade/anormalidade viscera em seu discurso como eixo libertador ou aprisionador da condição de existência de Paulo.

Em suas colocações, Dona Ana define o louco como uma pessoa

“ [...] que já não tem mais noção da vida, que não sabe nem onde está, [...] só pensa em maldade... em fazer o mal, em matar, estuprar”.

Tais descrições nos indicam a contradição existente entre a representação de loucura, existente em nossa sociedade, e a experiência familiar e cotidiana que ela tem com seu filho: um rapaz ingênuo, responsável e dedicado, que acompanha a mãe em seus compromissos e cuida das tarefas bancárias da casa. Ainda, o descompasso entre a realidade cotidiana e os estigmas da loucura aparece de forma emblemática em seu destaque:

“Mas o resto tá tudo bem... só não tá melhor porque ele não... eu não sei se eu posso falar... “normal”, né? Meu filho é normal?”

Se o conceito social de loucura, historicamente, se estabeleceu sobre a representação do louco enquanto ameaça à sociedade, temos hoje diversas expressões de sofrimento mental, que uma vez psiquiatrizadas, ou seja, passíveis de serem enquadradas em classificações diagnósticas, entram para o rol indiferenciado da loucura, estigmatizando indivíduos indiscriminadamente. O embate cotidiano e violento com o estigma da loucura aparece como um impasse de Dona Ana e de quantos mais?

O hegemônico paradigma do saber psiquiátrico, que categoriza a loucura estritamente como doença mental, e suas repercussões ideológicas na produção de práticas e saberes, constituem a dimensão institucional da loucura que parece atravessar a dimensão psíquica desta mãe, restringindo as possibilidades de convívio e de formas de compreender de seu filho. A família, no caso estudado, parece viver a contradição, tornar presente em si o conflito (sofrimento em relação à contradição), tal qual o porta-voz em grupos institucionais expressa os conflitos inconscientes da instituição (PICHON-RIVIÈRE, 1986). O sofrimento que caberia a todos sentir, olhar e resolver, caso fosse de fato considerada a dinâmica do grupo, acaba sendo focalizado no subgrupo dos “loucos” e de sua família.

Temos uma rede de serviços em saúde mental cujo sentido principal recai sobre os termos “substitutivo” e “alternativa”. A idéia essencial, portanto, aparece como uma proposta de mudança a ser concretizada e propulsionada com base nos ideários originais da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial - que se propunha à revisão das relações de opressão e exploração do homem pelo homem nos diversos âmbitos de nossa sociedade. Centrados, a posteriori, na questão da saúde mental, a amarra do manicômio (ícone central da crítica, porém tomado em seu sentido amplo, para além da imagem do hospital psiquiátrico asilar) parece ter restringido o próprio conceito de saúde mental que, ao ser atrelado ao seu

componente dicotômico-complementar, teve a doença mental como foco, apesar dos discursos e das críticas.

Humanização no tratamento, luta pela restrição da construção de novos hospitais psiquiátricos, revisões sobre a trajetória dos usuários na rede de serviço, cuidado para que ex-internos fossem realocados em residências terapêuticas, tudo isto foi feito, mas o espaço de vida destes indivíduos parece manter-se ainda restrito ao regime semi-aberto dentro da mesma prisão: a loucura institucionalizada. A base da questão equivocada tem se apoiado especialmente nas formas de lidar, dentro da rede de serviços de saúde mental, com o sujeito da loucura. Mas para além deste foco, interessa indagar que mentalidade se tem atualmente em relação à loucura. Tal qual um grupo familiar, cujos conflitos mais importantes à dinâmica deste grupo permanecem velados, de modo que a família busque se manter bem ajustada em sua forma explícita, as diversas instituições de nossa sociedade parecem fazer o mesmo movimento. Ao buscarmos o implícito de suas relações, notamos seus conflitos depositados em porta-vozes, que expressam as contradições dos grupos (PICHON-RIVIÈRE, 1986). Assim também parece que fazemos sofrer a família. Dona Ana vive a contradição ao se deparar com conflitos institucionais da loucura em sua casa: quem é meu filho? Eu posso dizer que ele é normal? Ou não posso? Isto parece gerar sofrimento nela.

Afinal qual é a mentalidade que nossa sociedade fomenta e mantém em relação à loucura hoje? Os discursos da reforma buscam se garantir através das críticas tecidas. A existência de uma rede denominada substitutiva se garante do medo de não estar de fato se propondo a uma radical mudança nas formas de ver e agir. Assim, o conflito recai sobre aquele que vive a loucura não de forma distanciada – como na distância segura de quem pensa e aprova as políticas públicas ou dos técnicos que atuam na área da saúde mental. Em todos estes casos, o contato é recortado pela atividade, sendo possível distanciar-se deste quadro e viver suas histórias individuais. Mas e a família e o sujeito da loucura?

O contato com o estigma da loucura e com a forma de entender a loucura se traduz na forma de viver e entender sua própria existência, o que irá se permitir ou não viver, nos relacionamentos que estabelecerá e nas formas que estabelecerá. Dona Ana apresenta seu impasse: seu filho pode ou não ser considerado normal? E seu modo de ser pode ser atribuído à singularidade ou à doença mental?

Mas por mais que sejam tecidas estas críticas, o funcionamento da rede de serviços continuará se dando e, ainda que do ponto de vista profissional isto gere angústias na equipe, do ponto de vista pessoal (história de vida, sentido de vida, possibilidades de existir) isto atinge sem tréguas o sujeito da loucura e sua família. Tal qual a dinâmica de relação simbiótica com o outro gera sofrimento – como visto no argumento literário de Sartre em “O inferno são os outros”³⁰ – este contato ininterrupto com a contradição recai sobre os ombros da família e do sujeito da loucura. E isto gera sofrimento.

Outro ponto presente no discurso da mãe é a ausência de agressividade em Paulo, o que parece ser utilizado por Dona Ana como argumento da razão. Ela denota recusa em aceitar o rótulo de loucura ao explicitar, em seu discurso, que Paulo sempre foi muito tranqüilo. Sua representação de loucura deixa entrever a rebentação da agressividade como característica essencialmente a ela atrelada. E isto não compõe o cotidiano vivido com seu filho.

“[...] ele nunca deu problema, nunca teve um vício de nada, nada. Não fuma, não bebe, não é menino rueiro, não é menino de... nada. Não é agressivo. Pelo contrário!”

Goffmann (1961/2005), ao mencionar a carreira moral do paciente internado, ressalta que em sua fase de “pré-internação”, a visibilidade da transgressão é uma contingência

30 Na obra “Entre quatro paredes”, Sartre (1945/2007) apresenta a afirmativa: “O inferno são os outros”. Refere-se ao sofrimento gerado pela vida sem interrupções. No enredo, os personagens não podiam fechar os olhos ou dormir e a claridade seria constante e eterna, privando-lhes de qualquer tipo de refúgio em relação ao contato perene com o outro e com a realidade. Esta simbiose, o contato sem tréguas, aparece como elemento fundamental do inferno existencial na concepção sartriana.

relevante para que este indivíduo seja encaminhado ao internamento. Paulo escapa, por ora, da hospitalização, mas escaparia à institucionalização da loucura?

A fala acima transcrita, nos remete, ainda, à loucura como desvio moral ao se caracterizar claramente “como estigma, isto é, como sinal distintivo e significante da pertinência do louco à categoria das ‘classes perigosas’ (...) subordinado à noção de ordem” (ALBUQUERQUE, 1978, p.16). A loucura seria portanto “a anormalidade, a falta moral, o ato irracional e anti-natural” (ALBUQUERQUE, 1978, p.18).

Conforme tecia suas memórias, Dona Ana desconfortava-se ao ter que denominar o que seu filho apresentava. Em geral, quando se aproximavam os momentos em que ela iria sintetizar e nomear a loucura, reduzia-se muito o som de sua voz, quase se furtando de esclarecer o que dizia. Muitas vezes se referia à loucura com os termos “*isso*”, “*isso aí dele*”, “*doença terrível*”, “*esse problema*”. Cabe aqui dizer que como entrevistadora e pesquisadora, ao formular questões a ela, encontrei-me, muitas vezes, sem saber ao certo que termo empregar. Empregar uma nomenclatura minha e invadir o discurso daquela mãe era algo que parecia desajeitado e vão. Nas produções da área da saúde mental, encontramos com frequência os termos “loucura”, “doença mental”, “sofrimento psíquico”. Em alguns casos, o discurso asséptico se caracteriza por referendar o sujeito da loucura como “usuário de serviços de saúde mental”, “portador de transtorno mental” ou “paciente psiquiátrico”. Que se faça ouvir o peso cicatrizado do estigma da loucura por Dona Ana em suas próprias palavras e todo o descompasso gerado.

*“É... ‘louco’ é assim um termo muito pesado. Até na brincadeira, às vezes, as pessoas falam: ‘você é louco’... Eu não gosto.
É que nem quando fala assim: ‘Nossa! Seu filho parece normal!’, daí pergunta o que ele tem.. aí eu falo ‘ele tem esquizofrenia’... Já arregala os olhos e fala ‘o que é isso?’ Já acha que é um doido que se olhar muito pra ele já sai atacando.
[...] Mas dizer: ‘psiquiátrico’... eu não gosto também... eu digo assim que é uma ‘deficiência’. Uma deficiência mental...”*

Embora nomeie a condição de seu filho com um termo ligado à subtração de uma qualidade – “deficiência” – o estigma social do louco, vinculado à representação de algo negativo ou da negação do potencial do sujeito da loucura, é refutado por Dona Ana, em concordância com as orientações recebidas no CAPS, nas falas a seguir. Descrever o filho sob este rótulo de desvalia representaria confiná-lo manicomialmente no mundo das palavras. Assim, explicitando a contradição vivida no âmbito da representação da loucura, uma característica bastante destacada por Dona Ana refere-se à inteligência de Paulo, fazendo com que as nomenclaturas da loucura, que para ela se vinculam à representação de negação ou desvalia, pareçam descabidas ao seu filho:

“É... e a gente não sabe o porquê, porque ele é super inteligente... até hoje, muito inteligente. Aí foi onde a Dr^a falou que ele era esquizofrênico. [...] Às vezes eu falo ‘não, não tenho que me preocupar porque ele tem ‘esses problemas’, né... Mas ele não é totalmente assim uma pessoa... [...] Pelo contrário, todo mundo admira... você pode entrar no assunto que for, ele sabe conversar, muito educado... É... ele é ‘assim’... mas ele é muito muito responsável. Tem uma cabeça muito boa”.

Dona Ana também fala a respeito da mudança de seu cotidiano e do modo de ver seu filho. Seu contato inicial com a loucura diagnosticada levou-a à representação de loucura como perda de autonomia, dependência e regressão de Paulo à infância. Rosa (2003), ao discorrer sobre o cotidiano envolvido nos cuidados do portador de transtorno mental (PTM), termo adotado pela autora, tece considerações sobre a heterogeneidade do cotidiano com base, dentre outros fatores, “nas diferentes formas como se manifesta o transtorno mental na singularidade de cada PTM, que se pode tornar parcial ou integralmente dependente de cuidados de outras pessoas” (Rosa, 2003, p.290). Sasaki (1999) apud Rosa (2001, p.291, grifo do autor) nos fornece subsídios para considerar os diferentes graus de impacto gerados sobre o cotidiano familiar, com base nos critérios de autonomia e independência do sujeito da loucura

O nível de comprometimento produzido pelo transtorno mental pode ser avaliado a partir do fato de ter atingido a autonomia e a independência da pessoa enferma. No interior do movimento de pessoas com deficiência, a **autonomia** se relaciona às condições de domínio do meio, no que se refere ao espaço físico e social, que permite ao PTM preservar ao máximo sua privacidade e dignidade (Sasaki, 1999). Já a **independência** diz respeito à faculdade de o PTM decidir (Sasaki, 1999), autonomamente, isto é, independentemente de outras pessoas, em relação às questões que lhe dizem respeito. Ou seja, o PTM independente manteria sua capacidade de definir o curso de sua vida.

Conforme esperado em situações novas, Dona Ana enfrenta um movimento de desorganização em sua dinâmica familiar

“Então... eu nunca tinha tido essa experiência na minha família, né... então... eu fiquei apavorada.

Ele ficou um ‘bebezão’, ele ficou assim. Tudo era eu, só confiava em mim.

A gente tratava ele como um doente... que ele tava doente... Daí não podia, nossa... não podia nada! A gente tava ali à disposição dele! Aí foi falado que ‘não’... que ‘não era assim’. A Dr^a explicou que não era pra ser assim... que ele era uma pessoa normal e que ele sabia levantar, sabia tomar banho, fazer a cama dele... esquentar um leite. E ele queria tudo na mão! Se eu passo o dia inteiro fora, se eu chegasse em casa: ‘cê comeu?’ - ‘não’ - ‘por que?’... ‘ah...porque tinha que esquentar...’. Ele era assim.

No início foi muito duro pra se adaptar...”

Embora Dona Ana demonstre, nestes trechos, que somente inicialmente sua representação de loucura parece ter se relacionado à dependência de Paulo, ainda hoje, a dinâmica familiar parece oscilar entre o discurso da “normalidade” *versus* a prática da “diferença”. A manutenção de Paulo no lugar de quem deve ser super-protegido parece ir ao encontro da expectativa da mãe que, no passado, esperava resgatar seu filho pequeno, que estava em posse do pai. Neste sentido, a loucura como dependência parece cumprir uma função que preenche o desejo da mãe de manter o filho sob seus cuidados, furtando-se de deixá-lo crescer, recuperando o tempo em que estiveram afastados. A contradição parece emergir do choque entre as orientações do CAPS (no sentido da autonomia dos usuários) e os desejos familiares (no sentido da manutenção da dependência):

“É... ele é o meu bebê... Minha filha fala assim: ‘ê, mãe... é o seu bebê!’ (tom de reclamação). Ela fala pra eu ir lá visitar ela e dormir por lá. Meu genro fala: ‘ih, véia, não tem criança nem nada, dorme aí!’... E eu tenho essa preocupação, eu sei que não tem necessidade mas... E ela diz: ‘Eh! Seu bebê! Seu bebê!’...”

Se eu tiver errada... aqui em casa é assim... com certeza ele não é tratado como ‘bobinho’, ‘tadinho, ‘ele é o doentinho da família’... De jeito nenhum! Nem eu quero! Deus me livre! De alguém fazer esse tipo de discriminação. Não... ele é tratado aqui como uma pessoa muito responsável...

Como eu aprendi lá no CAPS, tem que tratar de igual pra igual. Não é porque ele faz esse tratamento... que ele é melhor ou pior que qualquer um aqui... todos nós somos iguais.

É... tem hora assim que eu falo: ‘meu deus... será que eu vou agüentar, né? Dai-me paciência’... Até pra conversar... Eu acho. Porque você não pode... como é que eu vou com uma criatura dessa falar gritando? Como é que eu vou tratar ele como o irmão dele? Eu acho... na minha cabeça, né?! A Dr^a diz que não, mas não é... Eu não tenho coragem de chamar, sabe assim?... Eu trato ele diferente.

- Diferente como?

Diferente?... Com mais carinho. E não é só eu, aqui é todos... Olha que coisa engraçada: se eu falo um pouco mais alto com ele, o irmão dele já acha que eu não tenho que falar assim, ele diz: ‘Não, mãe ! Fala baixo com ele!’. Então a gente protege... não de dizer assim: ‘não, ele não pode ir ali !’, não é isso... É que a gente se preocupa”.

A família no contexto da loucura aparece enunciada claramente no discurso de Dona Ana, sugerindo questões de sobrecarga emocional, econômica e relacional da família (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2006; ROSA, 2003).

No tocante ao aspecto prático-financeiro, Dona Ana remete-se à família *per se* para a resolução de problemas provenientes da sobrecarga, que se colocou a partir da saída de Paulo e Dona Ana do mercado de trabalho, logo no início do tratamento. Conforme discutido, em outra seara, por Bock (2000), em que a figura alegórica do Barão de Munchausen³¹ recorre exclusivamente aos próprios recursos para obter êxito em dada dificuldade enfrentada, assim também a família, em uma solução mágica e alienada, precisa, por seu próprio e exclusivo esforço, retirar-se da areia movediça de seu contexto econômico. Nas palavras de Dona Ana, o “*amor da família*” personifica este esforço auto-atribuído enquanto ente alheio à intervenção do Estado, no asseguramento dos direitos. À família cabe suprir, em última

31 No realismo fantástico desta história, o Barão de Munchausen sobre seu cavalo se vê preso na areia movediça. Antes de afundar completamente, ele tem a idéia incrível de puxar os próprios cabelos para cima, o que faz com que ele consiga puxar a si mesmo para fora, trazendo com a tração de suas pernas também seu cavalo. Sem a ajuda de ninguém, o Barão se salva.

instância, as demandas socialmente impostas, ora naturalizadas, sob a condição manicomial da loucura.

“É... um apóia o outro... aqui em casa é assim. Então minha filha se preocupa muito, meu genro se preocupa em saber como a gente tá... um se preocupa com o outro.

O amor da família é fundamental... fundamental pra ele (Paulo) se sentir gente. Pra ele sentir que ele é igual.

É... porque tem família que nem sabe lidar com o problema e, às vezes, é até um alívio, né, achar um que cuide. Tem muitos! Ah... não sabe cuidar... Dar amor é fundamental. Eu acho... não adianta nada você dar o remedinho, levar uma vez por mês no médico e, em casa, ser tratado como um... um bichinho. Tem muitos assim! Eu acho que o amor da família é em primeiro lugar, né? Acho que tem que ter amor, tem que ter carinho... Quando tem assim... algum problema, principalmente financeiro... a gente se reúne todos e fala: ‘olha... isso não vai poder ter mais porque a situação tá assim’. Quando a gente entrou nesse mutirão da casa própria, a situação aqui ficou no limite... porque como eu te disse, o meu filho, o Paulo... ele tá aí pra assumir tudo – papel de pai, de marido, tudo... Então, o salário dele é tudo pra cá...”

Os impactos econômicos produzidos sobre a família no contexto da loucura foram analisados por Rosa (2003). As estratégias de sobrevivência do grupo doméstico muitas vezes encontram como medida efetiva a internação psiquiátrica, que libera o familiar para se envolver em atividades rentáveis que garantam a sua sobrevivência. Com base na discussão proposta, Rosa (2003, p.310-311) destaca a necessidade e importância de

[...] maior visibilidade social e de suporte de compensação simbólica e material para o cuidador. Este fato que engloba não só a recompensa material, mas também o suporte na rede de serviços de saúde em geral, o apoio afetivo, psicológico, o lazer, a ampliação de poder de trocas sociais e de protagonismo frente aos serviços de saúde mental, haja vista que prover cuidado não é uma questão meramente econômica. Implica a politização da relação entre o cuidador e o portador de transtorno mental, visto que o pessoal e o cotidiano são políticos. Nesse sentido, faz-se necessário uma política de suporte ao provedor de cuidado.

Também graças à união da família, o recurso da internação jamais foi considerado como saída à sobrecarga financeira. Ela reconhece que a loucura, para quem não tem o apoio familiar, parece ser uma experiência mais difícil.

“E aqui, graças a Deus, a minha família é muito unida, meu genro, meus filhos...”

*A família é muito importante. Muito, muito, muito, muito importante. Se não é você segurar na mão um do outro e... entender que aquele tá precisando mais de atenção, sabe? Ter uma conversa com a médica ou com a psicóloga dele... Então é muito importante, eu acho. Que nem os colegas... a maioria lá tem família que não tá nem aí, nem aí... Então a gente vê a diferença.
[...] porque aí... não tem uma pessoa assim pra se preocupar: 'você tomou seu remédio?' ou quando tá quietinho: 'o que é que você tem?'. Eu conheço meu filho até pelo olhar, coisa engraçada, né?"*

A loucura compreendida com base em questões espirituais também é citada por Dona Ana. Popularmente, possessões, “encostos”, influências espirituais podem ser atribuídos como causas da loucura. Além disso, a loucura pode ser vista como expressão de dons sobrenaturais, tal como a premonição, por exemplo, também a constelar o imaginário popular. Cientificamente, com o objetivo de compreender como é tecida esta rede de significados estabelecidos entre a espiritualidade e a loucura, pesquisadores da área da saúde mental investigam estas questões atualmente no NEPER³² do Instituto de Psiquiatria da USP.

Os vizinhos, uma das redes de apoio da família, apresentaram a leitura espiritual da loucura, chegando a encaminhar Dona Ana e seu filho a um centro espírita umbandista. Com relação aos dons premonitórios, Dona Ana nos apresenta algumas falas nas quais afirma que Paulo foi capaz de prever eventos, enunciá-los à família quando ocorreriam e que, segundo ela, vieram a ocorrer.

*“Então... olha só... deixa eu te contar que eu me lembrei de uma coisa... Toda a vez que a gente lembra a gente fala: ‘caramba! Nossa... que coisa que deu certo! [...] Muita coisa ele falava... e acontecia!
Agora não... [com a medicação] parece que ele teve um bloqueio... é... eu acho assim... um bloqueio”.*

Entrando na questão da medicação, a manutenção perene de tratamento com psicofármacos parece atrelar Paulo à representação de loucura, de modo a gerar desconforto à mãe. O estigma dos psicofármacos aparece com intensidade. Talvez por ser um dado concreto

32 Em maio de 2005, a Agência USP de Notícias veiculou estudo realizado pelo NEPER (Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Segundo a agência, “o núcleo tem como objetivo estudar as questões religiosas e espirituais segundo o enfoque científico, sem vínculo com nenhuma corrente filosófica ou religiosa” (DIAS, 2005). Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/bols/2005/rede1625.htm#primdestaq>> Acesso em 20 jan. 2008.

contra o qual Dona Ana não dispõe de meios para refutar, ela os aceita como um mal necessário ao cotidiano de seu filho. Ao mesmo tempo em que se incomoda, Dona Ana se sente refém deste tipo de tratamento, pois a ameaça, sempre à espreita, em seu imaginário, de que seu filho irrompa em comportamentos agressivos ou tente uma fuga, faz com que ela estabeleça uma relação de afeto ambivalente em relação à medicação.

Na percepção da mãe, os psicofármacos se inscrevem no corpo de seu filho agregando elementos que o remetem à mostruosidade e a deformações. Talvez, em conjunto com seu medo em relação à agressividade como componente da loucura, a medicação seja uma das mais aversivas facetas da loucura com a qual ela tem de lidar em seu cotidiano.

“Seria bom se assim.... sei lá... tivesse um jeito de falar que ‘não’, ‘vai tomar por tanto tempo e se estabilizar’ ou... só vai tomar quando... [aumenta acentuadamente o tom de sua voz] alguma coisa! Que não fosse direto, é só isso que eu me preocupo... [inaudível]... porque é uma coisa muito forte, né? Só isso que eu fico preocupada... [trecho inaudível pois reduz o tom de voz como em cochicho].

[...] Porque se parar, eu sei que se ele parar de tomar um dia, um mês... eu tenho medo assim [tom de voz um pouco mais baixo] que comece tudo de novo. Então tem que tomar o remédio... [inaudível]. Então, eu acho que devia ter um jeito assim pra dar um descanso, alguma coisa assim que você toma por tanto tempo e pára. Porque eu acho que mexe muito... Porque é uma droga, né? Não deixa de ser uma droga.

Quando ele começou a fazer o tratamento dele com medicamento, ele era bem magrinho e aí com esse medicamento, eu falo pra Dr^a: “ele ficou...”, acho que incha, né?! Sei lá o que é que é...

[...] a única coisa que eu falo é que: “meu deus... como meu filho ficou deformado...”, ele não era... ele não tinha essa aparência, sabe?! E ele tem época que tá mais inchado... Aí eu falei pra Dr^a: ‘não tem um medicamento que não transforme tanto?’... Porque mexe muito, né?! É a única [ênfase] coisa que eu acho estranho, diferente nele... porque do resto... não tem nada de diferente, nada, nada, nada... muito pelo contrário, ele é muito inteligente.

[...] tem hora que eu fico olhando... eu fico tão preocupada porque tá deformando o corpo dele. Tem hora que eu olho assim e penso ‘esse não é meu filho’, sabe... tá muito diferente, tá muito... e você vê assim que não é o jeito, não é a aparência dele. Não é dele. É devido ao remédio, né?!

Eu tenho certeza de que ‘se’ ele não tomasse tanto medicamento ele não ia ser tão volumoso... sabe? Não sei... é de mim mesmo...

Porque eu acho assim que enquanto que... enquanto eles tiverem dependentes do medicamento é porque não tá totalmente curado”.

Assim, a submissão intermitente ao tratamento medicamentoso faz soar em Dona Ana a cura que jamais será alcançada. Lugar comumente vivido por pacientes em condições

crônicas, mas que toma, neste contexto, a vultuosidade especial pelo caráter historicamente social produzido pela condição da loucura. À Dona Ana, interessa indagar em que momento o filho poderá estar livre do estigma do diagnóstico, do tratamento e de suas repercussões.

Com certa cautela, Dona Ana nos questiona acerca do prognóstico de cura de seu filho. Note-se que a cura a que ela se refere trata-se da cura medicalizada de uma condição clínica, aceita por ela como inerente a Paulo, espelhando em sua representação de loucura o paradigma psiquiátrico hegemônico. A produção social da loucura e seus alicerces não estão contemplados na compreensão cotidiana desta mãe, assim como na da sociedade de modo geral. Vale questionar em que medida seu contato com a rede de saúde mental, notadamente o CAPS, tem sido eficiente à construção da consciência crítica e à mudança de mentalidades em relação ao fenômeno social da loucura.

A questão que ela nos coloca em relação à cura parece fazer reviver sua angústia perante o impasse já discutido e, para ela, sempre presente: meu filho é normal? Eu posso dizer que ele é normal? A todo momento, parece emergir um metafórico “apesar de”... Apesar de ele ter um diagnóstico, ele tem claramente muitas qualidades. Ao tentar olhar para o filho como um todo, a imagem formada por ela parece brincar de figura e fundo de modo a confundi-la. Ora se torna “figura” a parte de seu filho que é alvo de atenção em saúde mental, mantendo como “fundo” os atributos de um filho produtivo, responsável e dedicado à família. Depois a percepção se inverte, sendo difícil a percepção do todo a uma só vez, como nas imagens estudadas pela Psicologia da Gestalt³³.

“[...] a única pergunta que eu queria saber mas... se já tem alguma solução pra esse tipo de... o que é a esquizofrenia? Por quê? Por que a esquizofrenia? O que é a esquizofrenia?”

É... eu fico assim querendo saber, mas eu acho que nem, nem... (neste trecho seu tom de voz vai sendo drasticamente reduzido de modo a prejudicar a compreensão da gravação)... se algum dia vai ter a cura, né? A cura pra que ele parasse de tomar esses medicamentos...”

33 Estudos sobre a percepção, ao longo das décadas de 30 e 40, na Alemanha. A Psicologia da Gestalt afirma que as partes nunca podem proporcionar uma real compreensão do todo e que o todo é diferente da soma das partes. (FADIMAN;FRAGER, 1986).

Olha... ele não reclama... ele não faz pergunta. Ele não reclama assim: “será que um dia eu vou ficar bom ?!” ou qualquer coisa assim... Ou então “será que eu vou ter que tomar remédio a vida inteira?”. Ele tem muita preocupação com tomar esse remédio. Então, quando tá acabando, ele se preocupa de pegar uma guia com a Dr^a... nunca deixou de tomar”.

A loucura aparece ainda como um castigo não merecido. Com base na representação de loucura que a afiniza com elementos de imoralidade e desvio de conduta, a loucura toma para Dona Ana a forma de um castigo que seu filho não merecia, dada sua boa conduta moral.

“Eu que fico perguntando, né... ‘Por quê?’. Um menino tão bom... se fosse assim um viciado, né... uma pessoa que fizesse algum mal, sabe? Procurou, achou. Mas ele? Tem hora assim que eu olho pra ele e vejo aquela responsabilidade dele, eu falo ‘caramba... ele podia ter me dado netos...’ [se emociona fragilizada]”.

Entendemos que as origens da lógica asilar ainda se encontram embutidas nas representações vigentes de loucura, pois têm sido reproduzidas e concretizadas ao longo da história sob novas roupagens. Foucault (1972/2004) nos apresenta a lógica asilar aplicada à lepra até o final da Idade Média, sua substituição, por volta do século XV, pelas doenças venéreas e, finalmente, a transição, por volta do século XVII, ao contexto da loucura como novo espaço moral de exclusão. Relatos da Revolução Francesa explicitam claramente que grande número dos internos do Hospital Psiquiátrico de Bicêtre e de Salpêtrière não tinha um diagnóstico psiquiátrico, conforme proposto por Pinel, mas ainda assim se mantinham excluídos da sociedade francesa, salvaguardando-a de ameaças morais. À época das denúncias do MTSM³⁴, no final da década de 70, tornou-se de conhecimento público o fato de que civis militantes, que lutavam contra o regime da ditadura militar, eram torturados e mantidos em hospitais psiquiátricos como forma de salvaguardar o regime de ameaças à ordem.

³⁴ Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, precursores do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que agregou usuários da rede de atenção de saúde mental e seus familiares.

Para Dona Ana fica difícil compreender como seu filho pode estar tão próximo deste estigma, vendo-se ela em situações nas quais é obrigada a defender seu filho do preconceito social.

*“É... tem sempre esse pessoal que fala sabe...
É que tem gente que olha com outros olhos, como ele faz tratamento já fala que é louco, né... que ele é doido. Não, ele não é...
Quantas vezes eu brigava porque eu ia levar ele no CAPS né... e ele falava sozinho... [inaudível]... e o povo olhava. Ih... quanto eu passei por isso!
Então eu já acho assim: ‘meu deus, já vai achar que meu filho é um... um demente que não tem noção, que só de você olhar pra ele, ele já vai estrangular. Daí até você explicar de um jeito que... sabe, né?
[...] principalmente a esquizofrenia que é muito discriminado...
Eu defendo ele! Sabe... tem gente que, se eu vejo, eu brigo mesmo, no ônibus... em qualquer lugar! Se eu vejo assim... que tão tirando sarro da cara dele... porque ele não fala... ele não reage! Se você xingar ele, ele vai baixar a cabeça, não tem reação. Então eu que me preocupo quando a gente sai.
Tem gente que invés de dar um jeito de ajudar, atrapalha... fica rindo. E aí a gente fica tão mal, né?”*

Este preconceito aparece também em suas experiências com os vizinhos. Em sua maioria, segundo Dona Ana, eles a orientavam no sentido de internar seu filho. A lógica manicomial aparece bastante arraigada e a internação, como recurso único de atenção em saúde mental, aparece com clareza. Os estigmas da ameaça social e da agressividade também constelam as representações de loucura da comunidade. Dona Ana manteve-se firme em sua recusa por internação. Embora tenha aceitado as orientações deste mesmo grupo em relação a levá-lo ao centro espírita, a sugestão de internação não foi bem recebida.

*“Aí a vizinha falava assim... ‘nossa, Ana mas você não tem medo de dormir com ele?’, sabe? Aqueles vizinhos que queriam internar, né... ‘você não tem medo não?’ – ‘não, nunca tive’.
[...] então na época eu morava numa casa com um laje alta com grade e ele gostava muito de ficar ali. E ele ficava lá e falando sozinho, daí os vizinhos ouviam e me falavam assim ‘Ana... por que que você não interna o Paulo?’ E eu dizia ‘não, não vou internar’...”*

Conforme será discutido ao longo deste capítulo, a internação representaria mais uma perda, mais uma separação a ser enfrentada por Dona Ana e por seu filho. Com base em uma

história de separações familiares, Dona Ana demonstra não se dispor a passar por novos desenlaces, ainda que em outros contextos. A função da loucura nesta dinâmica não é de afastá-los e sim reuni-los.

4.2. Serviços de saúde mental: uma extensão familiar

Para Dona Ana, o CAPS é uma extensão da família que proporciona importante espaço de existência ao seu filho. Apesar de algumas críticas, sua avaliação geral do CAPS é bastante positiva, demonstrando aceitação da entrada do serviço na dinâmica familiar. Com base no conteúdo de suas falas, é possível refletirmos sobre as alianças estabelecidas entre a família e o serviço. A partir de uma história de vida familiar com elementos passados de sofrimento e desagregação, o CAPS aparece como o “segundo volume” desta história a ser escrito: viabilizado por meio dos diagnósticos que concederam a Paulo a entrada institucional no campo da atenção em saúde mental.

Na infância, Paulo foi levado para longe de sua mãe. Meses depois, a irmã foi trazida de volta ao convívio materno, no entanto, Paulo permaneceu longe da mãe por mais alguns anos. Se nos permitirmos considerar o impacto de não ter sido o filho “escolhido”, segundo a compreensão de uma criança de quatro anos de idade, será possível considerar que, a partir de uma ótica egocentrada, Paulo poderá ter sentido que algo faltou a ele para que fosse um bom filho e, assim, fosse escolhido também para voltar para sua mãe. Hoje, ao escrever o “segundo volume” de sua história de vida, Paulo, na grande família que se formou entre a soma de sua família de origem com o CAPS, tornou-se o filho perfeito. Sua mãe, sempre que se refere às atividades do filho vinculadas ao CAPS, o exalta com orgulho: ele é o filho dedicado ao CAPS que hoje preside uma associação de usuários e familiares, desenvolve seu trabalho com seriedade, responsabilidade e constância.

Ao confluir para dentro desta dinâmica familiar, o serviço parece ser importante para manter este movimento de gangorra: de um lado pesa a família como cuidadora que identifica em Paulo o depositário principal de sofrimento psíquico, do outro lado, o CAPS aparece como cuidador que orienta a família em relação às formas de lidar com Paulo e abre a ele espaço para desenvolver algumas atividades. Ao centro, encontra-se Paulo como elo destes dois grupos aglutinados, representantes da razão e da saúde mental que têm legitimados seus modos de existir necessariamente apoiados no modo de existir de Paulo: aquele que necessita de cuidados em saúde mental. O lugar que Paulo ocupa hoje nesta dinâmica é crucial à continuidade do equilíbrio desta gangorra simbólica. Ele é elemento depositário de expectativas das duas pontas e seu lugar cristalizado dentro desta dinâmica sugere pouco espaço para mudanças.

Embora a superação da cultura manicomial seja um ideal buscado pela reforma psiquiátrica, percebemos que, na aliança estabelecida entre família e serviço, as vias para se considerar o sujeito da loucura sob outro prisma - que não o de alvo de cuidados em saúde mental *strictu sensu* (tratamentos psiquiátricos e psicológicos) - ainda encontra amarras. Dona Ana deixa transparecer em sua fala algo que já apresentamos no capítulo primeiro desta dissertação e que consiste no fato de que o foco clínico de atuação do CAPS parece preponderar sobre a abertura a alternativas, ao sujeito da loucura, de efetivo resgate de sua cidadania, da criação de novos espaços de existir e de se relacionar socialmente, com vistas à invenção de um novo lugar social da loucura.

Enriquez (1991) desenvolve reflexão, aqui pertinente, sobre a pulsão de vida e de morte nas instituições, ao considerá-las enquanto sistemas fechados e ao ponderar sobre os efeitos sobre sua dinâmica de funcionamento. Em se considerando a instituição representada pela rede de serviços de saúde mental, é possível refletirmos de que modo as repetidas formas de

se lidar com os problemas tendem a se cristalizar, a se enrijecer perante a possibilidade de efetiva mudança,

A instituição, enquanto estrutura fechada, produz todos os elementos inerentes aos sistemas fechados: a repetição dos comportamentos, o aumento da burocracia (a multiplicação das normas, dos procedimentos, das convenções, e as suas conseqüências: a ausência de iniciativa, a necessidade de segurança e de fuga das responsabilidades, assim como a habilidade para contornar as regras e para a preservação do funcionamento). [...] [O processo de morte] contém em germe a decomposição da instituição. Mas ele combate também o caráter excessivo da ligação da pulsão de vida sob o vértice negador da alteridade radical e criador de uma forma estável (N. Zaltzman, 1979). O trabalho da morte, na medida em que desliga o que está fortemente ligado e que se tornou resistência compacta, na medida em que quebra as identidades defensivas, que abala as estruturas estabelecidas, que obriga a ver problemas onde só se percebia comportamentos adaptados, condena a instituição a identificar seus problemas, a tentar tratá-los, a exigir dos seus membros condutas novas, confrontos com o imprevisto em si mesmos e nos outros. A morte se apresenta então sob a face da desestruturação-reestruturação, da auto organização, da angústia compartilhada e superada (ENRIQUEZ, 1991, p. 72 e p.79).

O contato principal que se deu entre a família de Paulo e o CAPS refere-se ao período inicial de estabelecimento de vínculo com o serviço e o início do tratamento psiquiátrico e psicológico. A família parece ter sido bastante requisitada pela equipe quando da necessidade de elaborar a anamnese do caso, no momento de fornecer explicações à família em relação à questão diagnóstica, ao tratamento medicamentoso e psicológico, e no momento de dar orientações diretivas à família, em relação às formas de lidar com Paulo. Passado este período inicial, Dona Ana comenta que a família não era mais necessária com base na prioridade clínica.

“Então... era uma vez por semana no começo. A médica falou pra mim que a gente precisava fazer um acompanhamento. Um acompanhamento familiar. Então ia no começo quando ele entrou lá né... Então ia eu, os meus dois filhos, o meu genro e o meu neto, não tinha ainda a minha neta. E a gente ia uma vez por semana com a psicóloga, aí depois... foi dispensado, não tinha mais necessidade da família, era só eu. Pra saber como é que tava... como é que eu tava lidando, né... [...] agora não, que eu tô meio relaxada... Eu nunca mais fui lá né...”

O foco no viés clínico-terapêutico parece ter sido determinante nas relações estabelecidas entre Dona Ana e CAPS. O espaço de articulação dos familiares, destinado às atividades das cooperativas, o que retomaremos adiante, não parece ter sido privilegiado pela instituição, que secciona o contato com o familiar em duas vertentes distintas: vertente clínica e vertente de participação social, demonstrando ser a última secundária à primeira.

Dona Ana participou das cooperativas do CAPS por dez anos. Denota saudosismo em sua fala, quando se refere aos encontros da cooperativa de artesanato e do contato estabelecido com outras mães e familiares. No entanto, sua descrição positiva logo abre espaço às críticas em relação ao modo como a equipe lidava com a participação dos familiares e usuários do serviço.

“Eu comecei a desanimar... Eu ia pras feiras, sabe? E tinha que ir pra não perder o ponto. Meu filho trabalhava no carrinho de cachorro-quente dentro do Parque. Então a gente participava muito. Sempre com a família incentivando, né? Porque tem usuário que chega lá de manhã, toma café e não tá nem aí... [...] Aí eu comecei a perceber que os familiares estavam se afastando, já não estavam indo mais. Quando chegava no dia de ir na feira: não tinha ninguém pra ir... eu ia sozinha. E eu, então, fui também me afastando, disse: ‘ah, não... o que eu estou fazendo aqui?’. Então era assim, vamos supor: ganhamos máquinas de costura e a gente chegava num dia pra confeccionar coisas pra gente vender e arrecadar dinheiro, daí tinha um paciente lá... um usuário... ‘Vamo lá?!’, e eles diziam ‘ah, não... não tô com vontade...’. Daí a gente chegava lá para as psicólogas que era a Roberta e a Suelen... e dizia: ‘olha, a menina aí não quer participar’. Então diziam que tinha que deixar por conta do usuário! Não! Não pode!

[...] Quando chegava no final do mês, a gente ia prestar conta, né? E era tudo muito bem organizado. Daí aquele que não trabalhava, brigava porque também queria [participar da partilha]. E não podia ‘contrariar’... Ah, não! Pô, meu filho eu não trato assim, e aqui [CAPS] é assim?! Então não... então tá errado! Então não participo. Porque... você fez, você ganha. Se você não fez, como é que você vai ganhar?

[...] É que nem a Dr^a fala pro meu filho... ela falou pra mim que ele tinha que ser responsável. Então é só ele que tinha que ter responsabilidade?

[...] Aí tinha a seleção: ‘essa semana é fulano, essa semana é fulano’... Aí ele chegava: ‘mãe, eu não tenho ninguém pra ir à feira...e se a gente não for vai perder o ponto’. E eu dizia: ‘e cadê fulano e fulano?’ - ‘Ah, ele disse que não quer ir... não tá com vontade de ir’. Aí eu ficava com raiva, porque ninguém levava a sério...

[...] Aí o pessoal mais responsável, da família, né? Foi vendo que não tinha interesse nenhum...

[...] O pessoal do CAPS... a psicóloga, a médica achava que se ele [o usuário] não tá com vontade, ele não vai. Porque dependia da vontade. Se tivesse com vontade, tudo bem... senão... ficava do jeito que tava. E eu achava que não, eu achava que tava errado!

A cooperativa de artesanato acabou... uma pena... era tão gostoso. Sabe... toda a tarde a gente se reunia. Aí no final do mês tinha aquela reunião de quem vendeu, sabe? Eu gostava! Participava com alegria. [...] Eu encarava como um trabalho. Eu

tinha horário, tinha responsabilidade... não só eu, outros também né... que tinha esse intuito de ir pra ajudar a associação. Daí a gente arrecadava um dinheiro pra comprar alguma coisa pro CAPS...”

A rede de serviços parece repassar a contradição não resolvida dentro do movimento de crítica à lógica manicomial, em que duas posturas são confrontadas: exigir a responsabilidade e a participação do sujeito da loucura dentro das regras sociais previstas ou protegê-lo das regras sociais que o excluíram? Não se trata de uma questão simples. Por um lado, pesam as argumentações de que aceitar a alteridade implica aceitar incondicionalmente o ritmo do outro – postura não encontrada em nossas relações em sociedade, cuja lógica excludente exige o funcionamento de todos de forma padronizada e previsível, a fim de que se assegure o ritmo de produção de base capitalista. Por outro lado, pesam as argumentações de que justamente em virtude desta lógica excludente, instituiu-se uma fábrica de loucos que, apesar de tudo, não se beneficiarão da super-proteção, afinal, isto cristalizaria sua exclusão da vida social uma vez que se torna necessário lidar com o dado real de que a sociedade funciona com base em regras e, para que haja inclusão e luta pela mudança de tais regras, se faria necessário aproximá-los deste modo concreto de funcionamento.

A justificativa de não-participação na cooperativa, com base na falta de vontade do usuário, não deixa de ser uma forma de reificar as causas do fenômeno com base na justificativa individual da loucura. Em um grupo de trabalho, o absenteísmo é motivo para investigações e planos de ação. Deve-se buscar na dinâmica de funcionamento do grupo a razão para este distanciamento. Que conflitos estariam se mantendo implícitos? No entanto, no grupo de cooperativas do CAPS, a partir do momento que todas as respostas de não-participação são justificadas como “escolha do indivíduo”, a equipe se furta de mediar o processo grupal que necessariamente a obrigaria a entrar em movimento e se deparar com questões incômodas que não desejam ser vistas. Para a manutenção desta dinâmica, elege-se um depositário: mais uma vez o sujeito da loucura. E se a cooperativa não funciona, isto é

devido à falta de vontade do usuário, que deve ser “respeitada”. Isto denota outra vertente da aliança estabelecida entre a família e o CAPS.

Delegar aos familiares e usuários a tarefa de gerir o grupo, se por um lado pode se pautar na expectativa de autonomia e protagonismo social deste grupo, por outro pode levar o grupo a inferir que tais atividades relacionadas à cooperativa são menos importantes que as atividades clínicas, que consomem a maior parte do tempo e da energia da equipe. Se a família elege seu porta-voz de sofrimento psíquico, de acordo com as colocações de Pichon-Rivière (1986), na figura do sujeito da loucura, ela espera ter o seu próprio sofrimento, também e indiretamente, acolhido pelo CAPS. Sem tomar para si o lugar de alvo de atenção em saúde mental, a família quer dividir com o serviço os cuidados e a sobrecarga emocional envolvida neste processo de identificação de seu porta-voz, o sujeito da loucura. No entanto, ao se ver solta e desassistida por parte da equipe no momento de conduzir as tarefas do grupo, reproduz-se no espaço do CAPS a mesma dinâmica que se desenvolve no cotidiano da casa: a família como responsável pelo sujeito da loucura. Ainda que colocar familiares ao lado de usuários para desenvolver atividades juntos possa ter o caráter de cooperação mútua e resgate de cidadania, na prática, parece improvável que a dinâmica de relação familiar/sujeito da loucura se modifique, principalmente sem a mediação de terceiros.

O familiar continua se vendo como “*o mais responsável*”, como vimos na fala de Dona Ana, e o usuário continua sendo visto como tutelado ou curatelado. O distanciamento dos familiares, em relação às atividades da cooperativa, é o passo seguinte. A desarticulação geral do grupo vem na seqüência. Estas questões permanecem silenciosamente insondadas quando justificamos a não participação dos usuários nas cooperativas com base na “falta” de vontade ou de iniciativa do sujeito da loucura, que mais uma vez carrega o peso da desorganização e da desrazão na medida em que “ele” impede o bom andamento do grupo, legitimado pela fala dos profissionais. Ainda, dentro da dinâmica de eleição de um porta-voz, aparece o

movimento contraditório e inconsciente de que o sujeito da loucura se mantenha em seu lugar. Como abrir espaço ao efetivo resgate da cidadania? Isto o retiraria do lugar social que justamente legitima a função da família como cuidadora e do serviço como cuidador. São os “desejos de manicômio” presentes nas subjetividades.

O trabalho nas cooperativas, uma vez atomizado em pequenas tarefas a serem cumpridas, enfrentando a reduzida mediação por parte da equipe do CAPS, fragilizado – em sua prática – no sentido de resgate de cidadania que, em tese, o sustenta, acaba por se tornar trabalho alienante e alienado. A desarticulação dos familiares e o distanciamento dos usuários apontam para um cenário de esvaziamento de sentido, uma vez que se perde a dimensão do todo, da finalidade e do processo.

“A gente tinha conseguido umas máquinas de costura... porque eu também costuro, eu e umas outras lá... pra gente ensinar... Daí deixaram na mão das pacientes... Aí quebrou tudo... aí a gente desanimou ! [silêncio] Então, o Paulo tem... no Parque um ponto, né... Ele tem um carrinho de cachorro-quente e é de sábado e domingo. Então... e sempre fica em dois porque se um tem que sair, o outro fica lá. Daí ficou só ele... Aí a gente começou a ir no mutirão [CDHU] e lá não pode faltar, daí não ficou mais ninguém. E eu perguntei pra ele: ‘e aí? E o carrinho de cachorro quente ? - ‘Ah... tá lá no CAPS...’ - ‘E por que não volta?’ Né?... Pra vender, pra arrecadar dinheiro... Ele fala: ‘ah... não tem ninguém...’”

Houve um momento de mobilização, por parte do grupo da cooperativa, no sentido de conseguir recursos (máquinas de costura) para geração de renda. No entanto, a partir do modo como foi conduzido o processo, estes recursos se perderam, o que coloca necessariamente em questão a finalidade e a importância dada a este processo por parte de todos os envolvidos, incluindo-se o serviço. Isto pesa para a desmotivação e para a desarticulação do grupo. Outro recurso é citado, o carrinho de cachorro-quente, que, de acordo com Dona Ana, encontra-se atualmente sem uso. Esta deterioração de recursos leva à questão relativa ao modo como estão sendo geridos pelo serviço recursos obtidos em proveito público. A partir do conteúdo implícito à dinâmica de funcionamento das cooperativas dentro do CAPS, que sugere reduzida mediação deste processo grupal, Dona Ana e seu filho encontram outro espaço que

para eles faça sentido: a construção de uma moradia. O significado que virá a preencher a lacuna deixada pela cooperativa, será explicitado mais à frente.

Outra crítica, identificada nas falas de Dona Ana, sugere a ociosidade dos usuários do CAPS. De acordo com seus treze anos de experiência e convívio com este serviço, foi possível a ela identificar que o cotidiano de muitos ali se resume às refeições diárias e à espera passiva pelo final do dia, ao menos aos olhos de um observador externo. Koda (2002) identifica em sua pesquisa esta mesma questão, relacionada à falta de atividades e ao emprego passivo de horas, por parte dos sujeitos da loucura que se encontram diariamente no CAPS.

Ainda no âmbito da relação entre a família e o serviço, gostaríamos de tecer mais algumas considerações. De acordo com a Carta dos Direitos aos Usuários de Saúde (BRASIL, 2006, p.3)³⁵, nos itens 3º e 4º dos Princípios que regem este documento temos que

3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- III. Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, (deverá ser observado) o respeito a: [...]
- d) seus valores éticos, culturais e religiosos; [...]
- g) bem-estar psíquico e emocional.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.

Neste sentido, temos visto esforços de políticas públicas de saúde em considerar o saber popular, suas crenças, concepções de saúde, posicionamento cultural, espiritual e religioso como instrumento para construção de novas práticas e saberes. Temos exemplos, em todo o país, de famílias que referem buscar benzedeiras ou rezadeiras como um modo de atenção em saúde. Em alguns casos, isto acontece como um tratamento complementar ao tratamento médico/psicológico convencional (BERCINI; CASTILHO, 2005); em outros, o tratamento convencional aparece como complementar, pois a comunidade se remete principalmente ao

35 Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf>

recurso das benzedeadas, deixando para segundo plano as atuações do PSF e a busca por UBSs da região.

A rede de referência (encaminhamentos à rede de atenção), nestes casos, funciona mediante o encaminhamento informal realizado por rezadeiras, que, além de atender a população, remetem quem as procura à UBS. Este êxito foi obtido a partir de esforços de equipes de saúde local ao entrarem em contato com moradores que detinham o conhecimento popular em saúde – incluindo-se parteiras tradicionais, benzedeadas e conhecedores do efeito de plantas e ervas medicinais (PREFEITURA DE MANAUS, 2008) – de modo a conscientizá-los da importância do acompanhamento médico convencional. Estudos etnográficos na área da saúde têm demonstrado a importância em se considerar as crenças locais para uma ação eficaz em saúde (PRAÇA; GUALDA, 2000). De acordo com Minayo (2000), ações de planejamento, prevenção e tratamento devem estar relacionadas às crenças e valores dos grupos aos quais se destinam estas ações (MINAYO, 2000).

Com base nestas considerações, abrimos espaço para discutir em que medida a rede de atenção em saúde mental, aqui identificada como o CAPS, tem considerado o saber e as crenças populares como meio de respeitar os princípios dos direitos do usuário de saúde e de flexibilizar o saber técnico-científico, de forma a agregar valores culturais com vistas à maior eficácia das ações em saúde.

De acordo com as falas de Dona Ana, as questões relacionadas à saúde/doença mental têm sido popularmente vinculadas a questões espirituais. As formas de expressão da loucura são identificadas com causas e influências espirituais responsáveis pela existência ou agravamento de sintomas. Uma vez que a saúde mental, de acordo com o viés popular, encontra-se bastante vinculada à dimensão espiritual, consideramos que ao usuário e à sua família seja conflituosa, geradora de angústias e incompreensões, a necessidade de deixar a totalidade dos significados culturais atribuídos ao fenômeno saúde/doença a partir do

momento que entram no espaço institucional da rede de atenção em saúde. Em que medida os usuários e seus familiares não têm encontrado espaço para diálogo ou inserção dos significados que atribuem àquilo que estão vivendo e enfrentando em nome da preponderância do saber técnico-científico? A partir de uma lógica vertical, à qual a crítica feita à educação bancária (FREIRE, 2002) cabe aqui, o usuário da rede parece ser alvo de depósito do paradigma científico-psiquiátrico sem que se considere o saber popular. Dona Ana se refere ao auxílio da comunidade local ao encaminhá-la informalmente aos cuidados espirituais e também indica como essas questões foram e são recebidas pela equipe do CAPS.

“Ih... [os vizinhos] falaram que era... macumba. [...] E diziam: ‘isso foi coisa que fizeram...’. Daí vinha um ‘Ah! Eu conheço um centro ali que é bom’. ‘Vamo lá!’ Pra curar meu filho eu vou, né...? Nossa... mas isso era bem no comecinho, né... “É... porque tá falando sozinho.. tá falando com quem? Com um espírito... Eu dizia ‘com quem que você tá falando?’ e ele não dizia quem era... parecia que ele tava longe... e dizia: ‘senhora?’. E eu dizia: ‘você tá falando com quem?’ e ele ‘nada não...’, mas dali a pouco ele tornava a falar. Então a turma falava que era espiritual, que ele tava com encosto, e eu ia... levava ele!”

[...] Foi uma vizinha minha que falou: ‘ah, eu conheço um centro espírita muito bom de umbanda’. Então... foi bom, eu não vou dizer pra você que não me ajudou, me ajudou... isso foi antes do CAPS. Me ajudou porque daí eu fui lá... daí na hora do atendimento, né... o guia, o caboclo, chamou eu e ele e... eu expliquei que tava eu e meu filho e ele tava com medo de tudo e... daí ele falou pra mim que o problema dele não era só espiritual. Ele disse ‘ói, mãe... cê tem que procurá um capa-branca [médico] pra curá seu filho’. Aí foi quando eu comecei ‘meu deus... eu não quero internar meu filho’. Eu falei ‘se for pra internar meu filho eu não interno, a gente trata dentro de casa e eu não interno. Eu amarro ele... porque eu tinha medo dele fugir...porque ele já tinha fugido, né... meu medo era esse, de dar uma loucura nele e ele sumir. Daí eu comecei a pedir a Deus: ‘Meu Deus acha um lugar pra curar meu filho...’. Aí foi onde ex-chefe veio em casa falar pra mim desse lugar [CAPS] e eu ainda falei: ‘se for pra internar... eu não vou internar meu filho...’. E ele disse ‘Não... Dona Ana eu já tive lá’.

[...] Eu conheço família que tem problema... Mas a equipe não aceita quando fala que o problema é espiritual”

[...] No começo eu falei [para a equipe do CAPS] que eu procurei tudo. Ainda falava assim ‘ai, Dr^a será que... [tentando introduzir a questão espiritual]’ - ‘Não, não, não... não tem nada a ver!’’. Então eu nem comento né... Acho que até receio de falar.

[...] Deveria trabalhar junto, sabe...? A ciência junto com a espiritualidade porque tem muita coisa que anda junto aí. Um ajudando o outro. A espiritualidade e a ciência, eu acho... ia ajudar muito”.

Conforme os exemplos apontados anteriormente, também no caso de Dona Ana, foi através do guia espiritual, tal qual acontece em muitas comunidades brasileiras em relação às

benzedoras, que ela começa a considerar a necessidade de buscar atenção médica ao seu filho.

Para além de considerarmos as questões polêmicas que envolvem o embate entre as causas de sofrimento psíquico apontados pela ciência e pelas crenças espirituais/religiosas, o questionamento aqui levantado busca refletir em que medida se faz importante promover a abertura da equipe para acolher as crenças da população atendida, sem que se desqualifique ou interrompa a expressão de suas concepções culturais que se inserem na concepção global de saúde. Neste sentido, a rede de atenção em saúde mental parece ainda se manter refratária a esta mudança, talvez, por fazer uso de julgamentos morais (certo x errado, bom x ruim) no momento em que se depara com discursos como o de Dona Ana. Vale questionar o que se perde ou o que se poderia ganhar com a mudança de tal mentalidade e atitude no âmbito técnico e científico. E vale, neste sentido, considerar que o próprio serviço se torna palco de uma contradição proveniente dos paradigmas científicos, cujos resquícios iluministas parecem manter uma distância segura entre as crenças populares e o conhecimento científico, gerando um pacto de silêncio que tem sido aos poucos e, timidamente, quebrado nas últimas décadas pelos campos de interface entre a psicologia e a religião/espiritualidade.

Com relação à representação da rede de saúde mental aos olhos de Dona Ana, suas colocações sugerem a percepção de melhoria do sistema. Se é possível afirmar que houve conquistas significativas por parte do MTSM e do início da reforma psiquiátrica, estas conquistas podem ser identificadas nas denúncias veiculadas ao grande público em relação ao tratamento desumano que os internos de hospitais psiquiátricos vinham recebendo até então. A representação de manicômio como um lugar assustador ficou óbvia. Cabe-nos agora questionar em que medida a representação de louco deixou de ser ameaçadora na mesma medida. De qualquer forma, Dona Ana enuncia o processo de conscientização pública que

acompanhou o projeto da rede substitutiva em saúde mental e comenta sobre a representação estigmatizada do sujeito da loucura.

“Ah... antes... antes eles não tinham vida... sabe ? Antes eles não tinham vida não... Antes ninguém se preocupava, né... ‘Tava louco... É doido !’, ‘Aquele lá ?’ – ‘É doido!’ . Então vamo deixar ele isolado ali, se quiser comer fezes come, se quiser dormir nu dorme... que nem um bichinho... né... ninguém se preocupava. Daí depois que começou... que começaram a estudar mais, os médicos começaram a estudar mais, a se preocupar mais, né...

[...] agora, graças a Deus, o sistema tá mudado, a saúde mental, né... Melhorou bem, muito, muito, muito... Mas antigamente você via na televisão o Juqueri, o Franco da Rocha... aquela coisa tão sofrida, tratado que nem uns animais, pior até! Então, eu não gosto de falar... Porque já vem na minha mente aquela pessoa que já não tem mais noção da vida, que não sabe nem onde está... né... Então, meu filho lá no CAPS, nossa... ele progrediu muito. Da época que ele entrou, todos os companheiros lá, volta e meia, tão em crise, tão internados... e ele nunca internou”.

A internação parece tomar lugar destacado na compreensão consciente e inconsciente de Dona Ana. Se considerarmos que o período de internação pode ser visto como uma ruptura, uma separação momentânea do convívio familiar, temos que para esta família a história pregressa de separação na infância de Paulo parece ter sido muito intensa e traumática a todos. Assim, a todo custo, esta mãe busca estar muito próxima de seu filho e a hipótese de uma internação é recusada por ela de modo enérgico. O sofrimento psíquico de Paulo está para mantê-los unidos e não para separá-los. Ao se referir ao filho pequeno quando resgatado por ela, Dona Ana utiliza o termo “*judiado*”. Assim encontrava-se Paulo perante seus olhos, como uma criança institucionalizada pela família paterna cuja atitude “manicomial” culminou na interdição do acesso da mãe ao filho, mantendo-o como se mantém um interno psiquiátrico com indícios de negligência e maus-tratos, a julgar por seu depoimento:

“Cheguei lá, nossa senhora... [comovida] meu filho magrinho, sabe?... Tadinho, bem judiado, sabe...? Aquela criança bem judiada [ênfase]. Daí na hora ele já veio e...[pausa – ela fica bastante emocionada]... ai... [suspiro] eu achei que eu já tinha superado...[pausa-choro]. Daí então ele falou pra mim ‘ai mãe, você veio me buscar?’, e eu disse ‘vou lhe levar agora! Agora!’”.

Paralelamente, Dona Ana nos traz elementos em relação à sua representação de internação que parece remetê-la, de modo inconsciente, à ruptura vivida na infância do filho. Assim como o pai de Paulo, dentro da instituição familiar, apoiou-se em sua relação hierárquica verticalizada em relação à ex-esposa e aos filhos (provedor, gênero masculino) para levá-los para longe do convívio materno, também o campo institucional da saúde mental, com seu modo de lidar com a loucura através da internação, se apresenta como uma ameaça a ser temida por Dona Ana. Afinal, poderia levar novamente para longe de seu convívio o filho resgatado a duras penas. Ela se utiliza do mesmo termo “*judiado*” para se referir àqueles que se encontram em situação de internação. Outros termos como “*abandono*” e “*sofrido*” também se apresentam em relação à internação e também caberiam no contexto da história pregressa de Paulo na infância.

“Jamais eu vou internar meu filho porque eu não quero ver ele judiado. [...] Eu não teria coragem de internar... e ir lá, chegar lá, ir visitar e ver... eu não teria, não teria... nunca entrei. Nunca entrei num lugar desses... nem quero! Que eu acho que eu não ia agüentar. Mas deve ser muito sofrido pra família... Tanto é que eu até entendo quando eu vejo assim na televisão que tem família que abandona lá... e eu acho que é a dor. Eu acho que uma mãe não vai - um pai eu não sei - mas uma mãe... [ênfase na última palavra]. Não abandona. Eu acho que... pela dor de ver, né...? Ela fala ‘ah, não vou...’, ‘vou lá para ver meu filho... ali, amarrado, muitas vezes, né...?’. Então, eu acho... eu não sei, eu não sei se ele fosse agressivo, eu não sei qual seria a minha reação. Não sei se eu ia encarar como eu encarei com ele... junto... defendendo ele ou não sei se eu teria posto... [...] Eu não creio que tenha gente que... bom, tem né...? Tem gente de todo tipo mas eu não acho que uma mãe vai abandonar um filho num lugar, num sanatório... sei lá como é o nome que dá... abandonar como você vê na televisão que o parente nem liga pra saber né...? E eles ficam lá jogados porque... o funcionário não vai dar conta também, né? E eu fico pensando assim: ‘eu não queria tá no lugar dessa mãe porque ‘se’ eu fosse obrigada a deixar meu filho num lugar desse’... eu não sei... o primeiro dia que eu fosse visitar... eu não sei, eu acho que eu não deixaria não. Eu [ênfase], né?... No meu jeito de ser, eu acho que eu não deixaria não. Eu ia falar ‘ó ou ele me máta ou eu mato ele e a gente vai ficar junto!’. Foi isso que aconteceu, né... quando ele começou a ficar assim... desconfiado de tudo, todo mundo queria fazer o mal pra ele e tudo, e eu tive que ficar com ele. Ele só confiava em mim, tudo era eu. [...] Na época, eu morava numa casa com um laje alta com grade e ele gostava muito de ficar ali. E ele ficava lá e falando sozinho, daí os vizinhos ouviam e me falavam assim ‘Ana... por que que você não interna o Paulo?’ E eu dizia ‘não, não vou internar... se Deus me deu ele assim, eu vou cuidar... Não, não vai internar nada... A gente vai dar um jeito, vai achar uma solução... vai achar um lugar’, um lugar bom né... ‘não quero deixar meu filho em qualquer lugar’ e graças a Deus... Nossa! Sou muito agradecida aos funcionários [do CAPS]. Nossa! Demais, demais mesmo!”

Com o final deste trecho fica mais clara a razão de sua gratidão em relação ao CAPS e a forma como este serviço supre as necessidades desta dinâmica familiar, adquirindo significado especial: “o CAPS foi a minha salvação” porquanto mantém o filho longe da possibilidade de internação e, portanto, longe da possibilidade de uma nova ruptura familiar que não seria suportável a ela e, talvez, nem mesmo ao filho. A permanência no CAPS, não parece ser compreendida como ruptura do convívio familiar, até porque ela enuncia, em um dado momento, a fusão CAPS-família,

“Mas ele assim... não é de sair, de ter amigos... a família dele é aqui e no CAPS”.

Ter ficado longe do filho no passado e enfrentar o medo latente de uma internação futura somam-se para Dona Ana ao medo de que seu filho venha a se casar. Muito embora Paulo não tenha no momento nenhuma relação afetiva com alguém que abra tal possibilidade real, sua mãe afirma que faz este apelo a Deus e ao CAPS. Novamente, como extensão familiar, ela divide com a equipe do CAPS sua angústia de outra separação simbólica de seu filho. Para deixar claro que a relação de Paulo é com ela e demonstrar como busca se precaver de uma possível separação, em decorrência da continuidade do ciclo vital do filho, Dona Ana nos fala sobre a casa que estão construindo juntos. Um templo sagrado à união da mãe com seu filho que, neste sentido, complementa o apoio do CAPS contra a internação. Cercam-se assim todas as possibilidades de uma separação, incluindo-se o medo da morte, como veremos nas falas abaixo. A casa seria o cuidado e a presença continuada de Dona Ana na vida de Paulo.

“Então eu acho assim... que se ele arrumar assim uma mulher, uma pessoa, sei lá... às vezes, não vai entender o jeito dele, quietão, pacatão, todo devagar, né... Aí a Dr^a fala que existe sim essa possibilidade e tal... e ele poderá [se casar]. E eu peço a Deus que não... que Ele não deixe isso acontecer. [...] eu não sei se ele comentou com você. Mas... a gente fez a inscrição da... CDHU [moradia popular] né... e há 3 anos que a gente tá nessa batalha. Então, é que nem eu falo: ele tá comigo até pra fazer essa obra. Nós dois. No final de semana a gente tá pra lá e fica o dia inteiro...

E eu fiz esse apartamento em nome dele. Porque em caso de... [neste trecho o volume de sua voz se reduz] porque eu não vou 'viver pra semente' né...? E eu quero que... que ele não case, né...? Então a casinha dele tá lá! A aposentadoria... e eu falo pra ele 'o dia que eu morrer você não vai precisar pedir nada pra ninguém'".

Ela teme que ele seja vítima de violências perpetradas pelo sistema de saúde mental, em caso de internação, pela vida a dois, frente à possibilidade de se casar, pela desassistência social, representada pelo medo de que materialmente lhe falte algo.

Suas entrevistas nos remetem, a todo tempo, a contextos violentos que geram sofrimento humano: a miséria, a fome, a violência urbana, a luta pela moradia. Lembremos que, além de ter sido vítima de maus tratos e negligência na infância, ter sido levado para longe da mãe, Paulo apresentou os primeiros sinais de sofrimento psíquico mais intensos – a ponto de levar a família a buscar a rede de atenção em saúde mental – a partir de outro contexto violento: o assassinato de seu colega de trabalho e a angústia e o medo gerados de ser ele também vítima de assassinato. Além disso, estar à margem da vida social e econômica, a partir do momento em que se tornou institucionalmente sujeito da loucura, também pode ser considerado como mais um contexto de vida violenta, recortada pelo estigma da insanidade. No próximo item deste capítulo, aprofundaremos esta questão relativa às violências sob categoria de análise específica a este fim.

Uma outra questão suscitada, a partir do contato com Dona Ana, poderia ser colocada da seguinte forma: em que medida as políticas públicas de saúde mental têm sido efetivas à sua população alvo? Apresentamos, no primeiro capítulo deste trabalho, algumas considerações acerca da família nas políticas públicas de saúde mental, a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde. Em suma, temos neles referências à família sem que ela seja, no entanto, colocada como alvo central de discussão. Muitas referências são tecidas em relação à família como apoio ao acompanhamento clínico do sujeito da loucura. Vemos também o espaço de participação social, enunciado no documento relativo ao

funcionamento do CAPS, que pode ser aqui confrontado com a experiência concreta de Dona Ana, através da qual ela aponta situações de desarticulação dos familiares em relação às atividades do serviço e o espaço do familiar como alvo de orientações clínico-terapêuticas, ao invés do espaço de protagonismo social. Isto sugere um cenário aquém do ideal buscado pelas políticas públicas da área.

Este espaço de transição entre o planejamento de políticas e a implantação do projeto na rede de serviços abre uma lacuna cuja ponte, necessária ao êxito do processo, poderia se dar através da mediação em que se considerassem os campos sócio-cultural e teórico-conceitual como parte deste processo. Por campo sócio-cultural entendemos a dimensão ideológica da loucura, a representação e as mentalidades em relação à loucura que temos em nossa sociedade hoje. A cultura manicomial, alvo de crítica da reforma psiquiátrica, se estabelece nas relações sociais e econômicas para além do recorte da saúde mental. Está em toda parte. Na não-aceitação do diferente, na exigência de padronização de modos de existir, de produzir, de se expressar e de consumir. Há que se considerar seriamente o processo de mudança de mentalidades, em relação a esta lógica manicomial, para que seja possível subsidiar a mudança proposta nas práticas dos serviços no campo técnico-assistencial e na sociedade como um todo. Sem este diálogo, esta ponte, esta mediação, deparamo-nos com uma torre de babel na qual o campo político-jurídico – cujo foco é o planejamento de políticas públicas e as reformas legislativas concorrentes à sua viabilização – parecem propor um “idioma ideal” que não encontra, na outra ponta, ou seja, na oferta dos serviços ao seu público alvo (campo técnico-assistencial), a possibilidade de estabelecer uma troca efetiva no “idioma” proposto. Por campo teórico-conceitual, ainda, mediando este processo, estamos nos referindo aos conhecimentos e aos instrumentos de que dispomos para pensar a realidade que desejamos compreender e mudar. Nosso modo de fazer ciência, produzir conhecimento e refletir sobre a realidade, tem sua base também atravessada pela cultura manicomial e se insere dentro da

lógica de mercado. É preciso considerar quais prioridades e com base em que lógica as agências de fomento à pesquisa, por exemplo, têm estabelecido suas escolhas de investimento. Este dado concretamente influencia a produção científica³⁶.

Além disso, no campo da saúde mental, ainda enfrentamos o hegemônico paradigma psiquiátrico como eixo condutor do olhar sobre a loucura. Ainda que contribuições de outras áreas das ciências humanas enriqueçam a discussão, a loucura ainda permanece sob a tutela da psiquiatria e de suas formas de ver e lidar com ela. Estes elementos necessariamente influenciam os rumos que serão tomados para a compreensão das demandas e, por vezes, para a invenção de demandas de nossa população, com base nos instrumentos de que dispomos. Enquanto não questionarmos qualitativamente tais instrumentos, inserindo esta discussão como parte integrante do processo de agir sobre a realidade e vinculando-a ao que se produz – em termos de políticas públicas, de mentalidades em relação à loucura na sociedade e de projetos implantados na rede de serviços – não teremos a ponte da mediação necessária ao movimento de concretizar, na realidade cotidiana, aquilo que havia sido projetado no papel.

Para enriquecermos a compreensão sobre este ponto, podemos pensar na cristalização das dinâmicas de grupo, com base na discussão tecida por Bleger (1991). O grupo como instituição pode ser considerado a partir de seu processo de clivagem, que resultará no depósito de elementos psicóticos em um de seus membros de forma que cada membro do grupo se salvasse de sua própria loucura.

A ansiedade esquizo-paranóide, observada na formação de grupos, indica como a resposta de buscar membros com mentalidades semelhantes às nossas, que nos garantam continuar no mesmo “velho” funcionamento, se apresenta como uma defesa à mudança sempre que nos depararmos com algo novo e, portanto, desorganizador de nossos padrões

36 A discussão desenvolvida tem por referencial a proposta dos campos fundamentais inter-relacionados e relacionados ao processo da reforma psiquiátrica, apresentada por Amarante (1999), e as reflexões desenvolvidas durante aulas de pós-graduação e reuniões de orientação desta dissertação pela Prof^a. Dr^a. Ianni Régia Scarcelli.

habituais. Esquivando-se do diálogo, aqui entendido como troca positiva que permitiria mudanças no jeito de ser e entender o mundo, os grupos se organizam de tal modo que aquilo que é considerado desviante e ameaçador (elementos psicóticos) acaba se centralizando em sub-grupos ou, às vezes, em um único indivíduo.

Neste sentido, somando-se a discussão do conceito de porta-voz, proposto por Pichon-Rivière (1986), e considerando a importância do inconsciente na interação humana, conforme apontado por Damergian (1991), não é possível desconsiderar estes elementos quando pensamos em políticas públicas e na implantação da rede de serviços. Vejamos: quem elabora as políticas públicas e quem presta assistência na rede, necessariamente, passa pelo mesmo processo de clivagem citado anteriormente. Neste sentido, é necessário lembrarmos que as ferramentas e os caminhos escolhidos para pensarmos as políticas públicas também são recortados por esta mesma dinâmica. Nossos instrumentos, assim, importantes por nos levarem a conclusões, proposições e ações em saúde, também acabam por ser excludentes daquilo que é impróprio, tornando-se alavanca normatizadora do pensamento e da ação. O funcionamento dos grupos nas redes de serviço, a dinâmica como se estabelecem as relações de trabalho e a assistência ao usuário e ao familiar também acabam por cristalizar formas de entender o mundo e de agir sobre ele.

De que forma, é possível pensar sobre a mudança de mentalidades, de ideologias, desconsiderando-se estes processos de grupo na sociedade, na elaboração das políticas públicas, na assistência da rede de serviços e no grupo familiar do sujeito da loucura? O processo de clivagem inconsciente atravessa cada um destes espaços. Agir simplesmente sem pensar neste processo nos traz a ação sem a reflexão do implícito à sua dinâmica e nos leva ao perigo de que o campo da saúde mental se mantenha como reproduzidor de velhas formas de lidar com a loucura e de denominá-la como loucura, perdendo-se de vista as possibilidades de

ação e mudança efetivas. Esvai-se o esforço pretendido em toda a crítica discursiva sobre a qual este campo tem se pautado.

No caso da rede de serviços, vemos a cristalização dos espaços de existir do sujeito da loucura circunscritos basicamente ao CAPS, e suas relações sociais são possíveis eminentemente dentro dele. A discussão sobre os espaços de existir, proposta por Scarcelli (2002)³⁷, nos remete a este questionamento acerca do quanto ainda temos a avançar para alcançar novos espaços de convivência e inserção. No entanto, sem considerarmos estas reflexões, reproduz-se a lógica manicomial, uma branda contenção através de espaços que esbarram naquilo que é possível se ter enquanto desconsideramos a análise das instituições envolvidas e das alianças que são estabelecidas.

Em relação ao contato de Dona Ana com os movimentos sociais em saúde mental, percebemos que se trata de uma vinculação indireta, mediada pela inserção de seu filho em encontros que se propõem a discutir o cenário atual da saúde mental. Ela refere a participação de Paulo no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial através de falas incompletas e, de certo modo, evasivas. Os movimentos sociais, enquanto espaço de reivindicação e construção conjunta de melhorias, parecem a ela distanciados de seu alcance. Ao ser questionada sobre seu conhecimento ou participação nos movimentos de luta antimanicomial, de forma geral, ela refere:

“É... ele [Paulo] falou... ele participa, desde o início... eu nunca fui nos encontros. Ele vai pro Rio de Janeiro... ele participa mesmo! Ele não perde mesmo!”

Questionamos também sobre sua representação acerca da finalidade destes movimentos, ao que Dona Ana responde vacilante:

³⁷ Em sua tese de doutorado, Scarcelli tece discussão acerca da noção de exclusão social no campo da saúde mental com base no estudo de moradias para egressos de hospitais psiquiátricos. A autora aponta que: “as políticas geradoras de moradias não devem se restringir à construção ou outras formas de adquiri-las, mas implica um trabalho de invenção ou reinvenção do espaço social e, nesse sentido, pensar a inserção dos moradores de hospitais psiquiátricos no convívio social implica criar outros lugares que interagirão com aqueles já existentes. Significa rearranjar a correlação de forças e não arranjar um espaço delimitado para novos lugares, novos sujeitos que serão apenas novos beneficiários, (des)qualificados por uma forma de discriminação positiva permanente” (Scarcelli, 2002, p. 87).

“Me parece que é... que serve pra melhorar... é um povo se movimentando, né? Um pessoal se movimentando pra melhorar, pra discutir o problema, né... pra falar: ‘eu acho isso’, ‘é o que eu acho sobre aquilo’... É o movimento.

- E a senhora tem vontade de participar ? Faria sentido participar ?

[silêncio]... No momento não, não. Não sei... acho que no momento não é aquela coisa sabe ‘ai, queria ver, eu queria saber como é...’”

O CAPS aparece como um espaço em que estes conteúdos eram abordados em reuniões, no entanto, ao longo de treze anos de convivência com o serviço, Dona Ana parece não ter se apropriado efetivamente destes conteúdos que, em tese, promovem espaço ao protagonismo social do sujeito concreto – a transformação da realidade social.

“Olha... eu vou te ser sincera... há 3 anos que eu venho pro mutirão [CDHU] e que eu não participo mais [CAPS], mas é muito conversado quando tem reunião... Então, eu não estou participando, mas já participei da reunião. E é comentado isso...”

Seu contato com a rede de atenção em saúde mental se resume ao CAPS. Ela refere não ter conhecimento do Programa de Volta pra Casa (BRASIL,2003), não conhecer nenhum egresso nas condições previstas para o recebimento do auxílio financeiro, mas refere conhecer um casal, morador de rua e usuários do CAPS, que recebeu auxílio para conquistar uma moradia. Com relação a esta ação por parte do CAPS, Dona Ana exalta as qualidades do serviço.

“Lá no CAPS tem um casal que agora conseguiu alugar uma casinha... com uma pensão, uma ajuda do CAPS. Porque eles eram morador de rua. E eles dão muita assistência, eles procuram ver, se estão doentes, uma internação. Nossa, esse CAPS aí ó... tudo o que eu falar ainda é pouco! Porque eu vejo o empenho deles, não é só médico não... é todos, todos, todos!”

Aparentemente, a expectativa de Dona Ana em relação ao serviço é contemplada nos termos do âmbito clínico-assistencial. Por outro lado, o resgate da cidadania e a contribuição do serviço à construção de consciência crítica parecem ainda frágeis, a julgar pelas

representações e pelo posicionamento de Dona Ana em relação aos movimentos sociais, à experiência com as cooperativas e à apropriação das discussões sobre a reforma psiquiátrica e a rede substitutiva em saúde mental realizadas pelo CAPS.

4.3. Contextos violentos que geram sofrimento humano

Neste caso familiar, contextos de perdas, de mortes simbólicas e de violências cotidianas aparecem no “acontecer” da loucura, que talvez seja melhor colocado pelo termo “construção” da loucura ao longo desta história.

Inicialmente, temos que Dona Ana é retirante. O termo em si já carrega a marca da perda, do abandono de sua terra-mãe por necessidade de se buscar melhores condições de sobrevivência. Ao vir para São Paulo, Dona Ana encontra-se separada também de sua mãe, outra retirante que havia se estabelecido na cidade do Rio de Janeiro. Esta desagregação familiar construída, também, sobre pilares da desassistência social, nos traz à São Paulo, onde se deu o início de uma promessa de trabalho e de construção de uma nova família para Dona Ana.

A seqüência dos fatos nos leva a outro abandono: seu marido a deixa com os dois filhos pequenos do casal. Sabemos que pouco tempo depois, o pai das crianças leva seus filhos de volta para o Estado de Pernambuco, sem o conhecimento da mãe, remetendo a história familiar a novo contexto violento de abandono e sofrimento. Um retirante a percorrer o caminho inverso, por razões não esclarecidas ao longo da entrevista, que se viu perante a decisão de deixar a terra que havia escolhido (São Paulo) para voltar à sua terra natal e ao convívio com sua família de origem. Damergian (1991) discute questões pertinentes neste sentido,

Quais os modelos, então, que nossa mãe-sociedade nos oferece? Esta é uma resposta difícil de precisar. Além de não apresentar um modelo definido, um ponto fixo e sim uma sobreposição, o que predomina é o componente destrutivo. Nossa mãe-sociedade é permissiva, não impõe limites (principalmente às nossas fantasias destrutivas, incentivadas pelos avanços tecnológicos) ou é ambígua em relação a eles, gratificando a rivalidade, a competição destrutiva, invertendo ou destruindo valores. Age como mãe-filicida, contraditória, ambígua, oscilante entre padrões e valores. O permitido para uns é proibido para outros, discriminação, confusão e corrupção imperam.

Será que uma tal mãe-sociedade é favorecedora da saúde mental, a integração de seus filhos-membros? Mais uma vez a resposta é negativa. O que há é o favorecimento da distorção da realidade psíquica e, conseqüentemente, da percepção da realidade externa. Como mãe-filicida, nossa sociedade estimula as nossas ansiedades mais primitivas, a persecutoriedade, favorecendo a destrutividade, que faz com que nos coloquemos diante do outro como guerreiros, prontos para o ataque, para desferir o golpe mortal. Não temos então que nos defender de uma ameaça, seja ela real ou imaginária? (Damergian, 1991, p.74).

A partir do abandono vivido por Dona Ana, no qual o marido e os filhos se retiram para longe, sua resposta inicialmente é de busca. Ela busca o auxílio que legitimaria seu sofrimento e seu apelo. Seus filhos haviam sido raptados pelo pai. Ela dirige-se, então, a uma delegacia. Neste espaço de violência institucionalizada, onde a proteção e o abuso de poder podem ser confundidos com base em tênues limites, Dona Ana é desacreditada em seu pedido, recebendo do delegado a resposta de que *“um pai não rapta um filho”*. Mesmo sofrendo a incerteza do que estava acontecendo, ela relatou que os filhos haviam sido levados sem sua anuência, sem nem mesmo seu conhecimento dos fatos. Mas esta mulher recebeu o peso da representação da figura paterna e do poder do gênero masculino que, naquele momento, legitimava não o seu apelo, mas sim a imposição da escolha unilateral de seu ex-marido, amparado pelas palavras da instituição policial.

À Dona Ana é indicado o Juizado de Menores como espaço voltado ao acompanhamento de suas reivindicações. Vejamos, a partir da desagregação da instituição familiar, Dona Ana deverá se encaminhar a instituições diversas: a Polícia, o Juizado e, futuramente, a Rede de Atenção em Saúde Mental. Ela não chegou a se encaminhar ao Juizado, sua fala nos indica que todo este cenário parecia a ela bastante abstrato,

desconhecido e frio. A alguém habituado a lidar com a concretude da vida e da sobrevivência imediata, tais espaços lhe pareciam inacessíveis, intangíveis,

“Então... aí eu fiquei desorientada, né? Daí eu fui na delegacia e falei: ‘meu filho foi raptado pelo pai’. E o delegado disse: ‘não... pai não rapta!’. ‘Sim, mas...’, eu falei, ‘mas ele levou sem minha ordem!’. Daí ele mandou eu ir no Juizado de Menor... e eu não sabia andar nada... não sabia né...? Nada. Não sabia pra onde eu ia, onde era o Juizado. Então... deixei, né, falei: ‘fazer o quê? O negócio é deixar né?... E ver como é que fica’. Daí continuei trabalhando, mas eu ia dormir e pensava: ‘ai, meu deus, como será que tá meus filhos...?’” (grifo nosso)

Isto nos remete, dentre outras questões, às escolhas de Dona Ana pautadas na divisão sexual do trabalho, tão bem selecionada pelo sistema de produção capitalista: ao se casar, Dona Ana afirma ter interrompido seus estudos para cuidar da vida doméstica. Ao nos contar sobre esta passagem de sua vida, ela ri como quem pede a compreensão amistosa do entrevistador,

“Olha... eu estudei em Pernambuco, e lá eu estudei até a 5ª série... que hoje é o primeiro grau, né? [...] Aí eu casei [risos], daí eu parei de estudar.

Minayo (2000) nos aponta como, nestes casos, o entrevistado busca empaticamente a compreensão do entrevistador, que neste caso compartilhava com ela o fato de ser mulher. Com a interrupção dos estudos, não podemos deixar de considerar que suas possibilidades profissionais, de sustento e de recorrer da decisão do ex-marido, se alteram drasticamente. Ao longo da entrevista, quando falamos sobre preconceitos em relação ao estigma da loucura, ela traz o exemplo do preconceito em relação ao nível de escolaridade, possivelmente, remetendo-se ao seu próprio repertório, no qual sofreu com este tipo específico de preconceito e com as conseqüências de ter interrompido seus estudos. Mais uma história de abandono dentre tantas outras que viria a enfrentar.

Para compreendermos esta seqüência de contextos violentos que geram sofrimento humano, tomemos a discussão tecida por Quiroga (1990) acerca do processo de alienação.

Este processo de caráter concreto tem por base objetiva as relações de produção em que se pesem seus efeitos na subjetividade humana, na relação do indivíduo consigo mesmo e com o mundo. Atua na interpretação dada pelo indivíduo à experiência por ele vivida no sentido da naturalização de fatos sociais.

A alienação se expressa através de uma gigantesca mistificação na qual os fatos aparecem, em sua representação social, escamoteados ou invertidos. Assim, a atividade aparece como passividade, [...] a potencialidade criadora, uma vez desconectada do sujeito da ação, se transforma em impotência (Quiroga, 1990, p.85, tradução nossa).

Montero (1991) corrobora com esta colocação acerca do processo ativo-passivo da alienação, enriquecendo nossa compreensão da experiência de Dona Ana ao apresentar a naturalização da situação vivida e, ainda, a auto-atribuição de culpa perante os fatos, conforme já apresentado no capítulo primeiro desta dissertação.

Neste sentido, vemos Dona Ana culpabilizando-se, em certa medida, pelo fato de não saber como reagir aos fatos, delegando às suas conversas com Deus o compartilhamento de suas dúvidas e angústias em relação ao paradeiro de seus filhos.

Passagens de vida como estas, aqui relatadas, a partir do momento em que Dona Ana se coloca como retirante até o momento em que se vê sem seus filhos, são repletas de sofrimentos e incertezas. Tal qual se desenvolve a discussão da reforma psiquiátrica sobre a perda dos direitos civis por parte dos sujeitos da loucura, no impasse apresentado, Dona Ana antecipa esta perda em si mesma, traduzida na perda de seus direitos civis do exercício materno.

As lutas pelo poder dentro da família de Dona Ana seguiram o curso da mortificação da figura materna perante seus filhos. O pai, retirante, cuja história de vida também se deparou com a violência da metrópole, encontra espaço no grupo familiar para este repasse de violência e imposição. Sem espaço para discussões, ele leva os filhos e se nega a entregá-los

de volta à Dona Ana. Novamente, a questão do gênero aparece nesta situação: o pai e sua família de origem, a partir dos apelos de Dona Ana, concedem a ela o direito de levar apenas a menina com base nas argumentações da avó materna das crianças.

“Daí minha mãe convenceu de trazer só minha filha, né... Falou: ‘não... mas é menina, vai dar problema, vai dar trabalho... deixa levar a menina’. Daí a gente trouxe a minha filha, daí foi onde eu te falei que levou mais 4 anos sem eu ter contato com meu filho, sem ver meu filho, nada”.

A mesma sociedade que categoriza e trata de forma diferenciada o grupo de homens e mulheres faz atravessar semelhantes formas de lidar dentro da família, reproduzindo no grupo e, através do grupo, a mesma lógica que acontece na sociedade. Quanto a Paulo, menino, foi decidido ficar com seu pai. Naquele momento, ele não foi visto como criança a enfrentar separações, mas como representante do gênero masculino que deveria permanecer junto ao seu semelhante, o pai.

Com a morte do ex-marido, em decorrência de Doença de Chagas, após 4 anos, foi permitido a Dona Ana o resgate de seu filho. Notemos que a morte real do pai permitiu à mãe e ao filho colocarem fim à morte simbólica (separação e distância) em suas relações. Neste cenário de mais outra violência, um jovem pai de família morre, na década de 80, em decorrência de uma doença cuja causa principal reside em péssimas condições de moradia. Embora seja dever do Estado garantir moradia a seus cidadãos, bem como saúde, dentre tantos outros direitos, este arrimo familiar encerra sua vida ainda jovem. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2006), o Brasil recebeu em 2006 a “*Certificação Internacional de Eliminação da Transmissão da Doença de Chagas pelo *Triatoma infestans**” conferida pela OPAS. Nosso país foi considerado a primeiro país da América Latina a ter controle sobre a doença, superando este grave problema de saúde pública. Durante o período de 3 anos (2003-2006), 97 milhões de reais foram investidos neste programa de erradicação, sendo que 61 milhões, ou seja, cerca de 63% das verbas foram

investidas diretamente em melhorias habitacionais³⁸. Esta questão nos remete, portanto, à violência relativa à desassistência social como contexto gerador de sofrimento humano.

Paulo, então, com 8 anos de idade, órfão de pai, retorna ao convívio materno e à metrópole paulistana após 4 anos de silêncio. Estuda, conclui o ensino médio e, peculiarmente, escolhe atuar profissionalmente como segurança. A partir desta escolha, Paulo se deparou com uma violência incontida, já citada ao longo deste capítulo, o assassinato de seu colega de trabalho.

A violência urbana, enquanto elemento presente na sociedade, atravessa o universo psíquico de Paulo e, segundo relato de sua mãe, a partir deste momento, ele passa a apresentar comportamentos que, mais tarde, seriam diagnosticados pela equipe do CAPS. Paulo torna presente em si o sofrimento por violências variadas: a história violenta de sua família, a insegurança social traduzida no formato da violência urbana e a violência institucionalizada pelo mundo do trabalho, a partir do momento em que se vê obrigado a dar continuidade ao exercício de suas atividades mesmo perante seus receios. Em meio a todos estes elementos, Paulo apresenta a “*primeira crise*”, de acordo com termo empregado por Dona Ana. Sua ruptura com este mundo de violências o leva de volta a Pernambuco. Enquanto isso, contextos de perdas e violências constelam o imaginário da mãe: recorre à delegacia, a hospitais, ao IML e chega a prever seu filho morto. No entanto, sem explicações tangíveis e conscientes que coubessem, Paulo tenta se haver com o espaço no qual teve sua infância institucionalizada pela violência paterna.

Neste contexto de diversas perdas e mortes simbólicas, de violências cotidianas institucionalizadas, Paulo se retira do mercado de trabalho e, com o início do tratamento no CAPS, Dona Ana percebe a necessidade de também deixar o mercado de trabalho para se dedicar aos cuidados de seu filho. Refazendo o percurso já conhecido do abandono de seus

38 http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=27557
Acessado em 03/12/2008. (OPAS. 2006).

estudos para se casar, agora, ela abandona seu trabalho para cuidar de Paulo. Evasão do mercado de trabalho, legitimada pelo viés do gênero, conforme já discutido no capítulo segundo desta dissertação, para que se coloque como principal cuidadora do sujeito da loucura.

A partir de todas estas incertezas frente ao novo, Dona Ana decide que não permitirá que a loucura leve o filho para longe do convívio materno, assumindo outra postura perante impasse semelhante sofrido anos antes. O pai, a loucura, os contextos de mortes simbólicas e reais, levam Dona Ana a afirmar que não internaria jamais seu filho,

“Se eu tiver que morrer eu morro junto com o meu filho mas jamais eu vou internar meu filho porque eu não quero ver ele judiado”.

Além de Paulo expressar o sofrimento psíquico da família sob a forma diagnosticada da loucura, ele adquire papéis diversos dentro da configuração familiar. Para sua mãe, ele é marido, filho e companheiro. De seu irmão mais novo, fruto do segundo casamento, Paulo demonstra querer ser o pai. Acompanha Dona Ana a consultas médicas e faz os serviços de banco e mercado para toda a família.

“Ele... eu costumo falar que... ‘isso’ eu não sei porque aconteceu, só Deus sabe né... mas ele é um filho que ele é tudo pra mim... Assim, é filho, é marido, é companheiro... É tudo. Então é ele que resolve tudo. Tudo é passado na mão dele. Não que ele exija mas como ele não trabalha... tem mais tempo... então ele que paga conta, ele que sabe o que tem que comprar... então tudo é com ele... tudo é ele...se eu vou sair, ele que é meu companheiro, ele que sabe os lugares... Então se eu vou no médico ele vai comigo... Então é assim... por ele ter ‘este’ problema ele é muito responsável, muito responsável. Preocupado com tudo, ele quer ser o pai do caçula... A gente até dá risada, né... Se a gente demora a chegar ele já fica preocupado... Eu não sei... acho que na cabeça dele ele acha que ele é o homem da casa. Então, sabe... a gente deixa”.

Além do contexto violento relacionado ao fato de ser identificado como sujeito da loucura e ter sua existência recortada pelo estigma social do louco, a loucura para esta família aparece ambivalente. Se por um lado, ela aglutina mãe e filho em papéis diversos,

estreitando os laços de convivência e cuidados mútuos, por outro, a loucura aparece como uma ameaça, sempre à espreita, que poderia levar o filho para longe da mãe. O maior receio de Dona Ana é que o filho se afaste dela. Por duas vias: caso se torne agressivo – isto porque sabemos que a partir de comportamentos agressivos ou incontidos, a necessidade de internação temporária e contenção se tornaria ameaça presente – e pelo registro que ela tem da “*primeira crise dele*”, em que ele foge de casa. A loucura está aí para reuni-los e não para separá-los. Deve fazer o caminho inverso daquele feito pelo pai de Paulo, a partir da imposição da distância entre a mãe e seus filhos. No entanto, a todo momento, Dona Ana sugere uma ameaça que poderia fazer da loucura novo carrasco da separação. Embora ele nunca tenha apresentado nenhum comportamento agressivo, o que ela comenta repetidas vezes ao longo das entrevistas, seu medo aparece com a mesma constância com que coloca tais afirmativas.

“Eu falei ‘se for pra internar meu filho eu não interno, a gente trata dentro de casa e eu não interno. Eu amarro ele... porque eu tinha medo dele fugir...porque ele já tinha fugido né... meu medo era esse, de dar uma loucura nele e ele sumir. Eu graças a deus, agradeço a Deus por ele não ser agressivo, nunca ter... nunca, nunca, nunca ter sido agressivo. Até hoje. E tem muitos que batem nos pais ou nos outros assim... que quebra as coisas”.

A desagregação familiar aparece ameaçadora: um contexto violento que seria insuportável para Dona Ana enfrentar novamente. Para reiterar a sua recusa por internação e, portanto, sua recusa de separação, ela enuncia:

“Eu ia falar ‘ó ou ele me mata ou eu mato ele e a gente vai ficar junto!’”

Violências cotidianas sofridas no ambiente familiar, no mercado de trabalho, na luta pela inserção social, nos preconceitos enfrentados em diversas situações, na luta pela sobrevivência, na divisão sexual do trabalho, na imposição do paradigma psiquiátrico para a compreensão da vida dos sujeitos da loucura, enfim, contextos variados que geram sofrimento

humano encontram formas diversas de aparecer nas subjetividades. Alguns enlouquecem, de acordo com o paradigma psiquiátrico, outros sofrem sem que sejam vistos. Há aqueles que nem se dão conta de que estão sofrendo, há uns que fazem sofrer e são julgados unilateralmente quando, na verdade, também sofrem.

Seria, portanto, incompleto aproximar nosso olhar da loucura sem considerar em que contextos violentos ela se constrói. A partir de uma lógica da multideterminação do fenômeno saúde/doença mental – sem sobrevalorizarmos os dados sociais aos biológicos – julgamos necessário tecer considerações que contemplem um sentido mais amplo ao que é hoje denominado simplesmente pelo termo “loucura”.

Encerramos esta discussão com uma fala emblemática de Dona Ana:

“A minha preocupação com ele é com o mundo, com a violência do mundo. Uma preocupação de mãe, não com o problema mental dele...”

4.4. Trabalho e loucura

Referências à questão do trabalho aparecem ao longo das entrevistas com Dona Ana com destacada importância. O trabalho parece ser um eixo divisor entre a normalidade e anormalidade, sendo elemento citado com ênfase quando parece haver a tentativa de destaque dos aspectos positivos de seu filho, resgatando nele exemplos que denotam positividade, razão e produtividade.

A história pregressa de trabalho de Paulo, antes do início do tratamento no CAPS, aparece em suas falas como tentativa de resgatar o viés de normalidade a seu filho. Atualmente, ele está fora do mercado de trabalho, porém, antes do CAPS,

“Não... ele trabalhava! Ele com 16 anos... trabalhou 5 anos de office boy. Normal... Estudava. Serviu o exército com 18. E... serviu não... ele se alistou e foi dispensado né... E com uns 19 pra 20 anos que ele entrou nessa firma. Fez curso de segurança! Passou e tudo. Então foi depois daí...” (grifo nosso)

Foi depois de um histórico de trabalho e estudos que conferia a Paulo o título de “normalidade”, conforme apontado na fala transcrita, que ele começou a apresentar sinais de sofrimento psíquico. E aqui vale ressaltar que o termo “sofrimento” é bastante cabível relembrando o fato de que Paulo teve que enfrentar um contexto de violência no trabalho, coroado pelo trágico assassinato de seu colega. A violência e a insegurança pública se circunscreveram no espaço de trabalho de Paulo, mas, na prática, entendemos que estas violências transcendem tal delimitação. Como viver livre de sofrimentos em um quadro geral de violência e insegurança social? Como não se preocupar e sofrer perante uma série de violências cotidianas em nossas relações familiares, relações de trabalho, nas escassas oportunidades de educação de qualidade, nas facetas da desigualdade social, nas políticas e serviços de saúde que não dão conta da demanda real, na insegurança em relação à moradia e ao direito à vida?

Paulo, impactado com o acontecimento, afasta-se temporariamente da atividade. Em seu retorno, apresentando suas preocupações e medos em referência ao ocorrido com seu colega, ouve de seu superior: “*não... não tem problema, isso acontece*”. Veja: o sofrimento de Paulo e sua genuína preocupação com seu direito à vida foram silenciados pela força opressiva de relações manicomializadas de trabalho, nas quais ele é submetido a condições com as quais não concorda, não dispendo, no entanto, de recursos para mudá-las. Não estamos fazendo o recorte reducionista e imediatista da questão, sugerindo que seu chefe resolvesse a questão. Este também se submete à lógica enlouquecedora do trabalho e, individualmente, também não dispõe de recursos para fazer frente à situação. Trata-se da violência institucionalizada no âmbito do trabalho, que exigiria uma ampla revisão de nosso sistema de produção capitalista e de sua lógica.

Além desta questão, vale destacar que Paulo apresentou sofrimento psíquico e não físico. O sofrimento físico é palpável, mais facilmente identificado e mensurado. É melhor aceito e compreendido no âmbito do trabalho. Seu afastamento é justificado e legitimado. O tempo de recuperação é respeitado. Mas e quanto ao sofrimento emocional ao qual Paulo foi submetido? Este sofrimento, por sua natureza subjetiva, abstrata, não palpável e não facilmente identificável - a não ser pela produção do discurso do próprio indivíduo que sofre - não é bem aceito, nem bem compreendido no âmbito do trabalho. O afastamento nem sempre pode ser justificado, pois o sofrimento humano deve ter características muito mais ricas e diferenciadas do que podem prever os manuais diagnósticos da psiquiatria contemporânea. Mas, a não ser nos casos em que se consegue reificar o sofrimento individual em quadros diagnósticos específicos, o afastamento não se justifica, mesmo com a existência e a permanência do sofrimento. E não se legitima, mesmo em casos de justificativa psiquiátrica, pois cabe ao grupo de trabalho e à sociedade julgar a veracidade e a intensidade daquele sofrimento que só compete a um único indivíduo sentir. Com esta história como pano de fundo, Paulo retoma suas atividades, passando a relatar à sua mãe que tem medo de ser também assassinado e afirmando que está sendo perseguido em seu trajeto de casa ao trabalho. O próximo acontecimento sequencial a estes fatos foi sua fuga a Pernambuco, sem que avisasse a família. Após muita preocupação por parte da mãe, ela recebe a ligação de uma sobrinha com notícias de Paulo,

*“[...] depois de uns 20 dias que eu fiquei sabendo... porque a prima dele ligou pra mim dizendo: ‘olha tia, o Paulo chegou aqui muito estranho... não falando coisa com coisa’, e ela perguntou a ele se eu sabia que ele tinha ido pra lá e ele disse que não... que não tinha avisado ninguém. Isso eu já tinha ido em IML, em delegacia, fiz B.O. e tudo né.. Aí foi quando eu conversei com ele por telefone e eu perguntei ‘mas o que foi que aconteceu?’. Aí ele falou que ouviu uma voz falando pra ele que ele tinha que ir lá, pro Norte. Daí eu falei ‘você vai voltar que o seu lugar é aqui com sua mãe, você tá ouvindo?’, ele disse ‘tô’, ‘você quer voltar?’, ele disse ‘quero’. Daí eu mandei dinheiro e ele veio. **Aí veio bom, voltou a trabalhar...tava ótimo... voltou a trabalhar...** mas até então a gente não sabia o que era” (grifo nosso).*

Portanto, apesar de todo o sofrimento explícito, Paulo retoma as atividades de trabalho, o que confere a ele a descrição de que estava “ótimo”. Na seqüência, ele iria se afastar definitivamente desta atividade e iniciar o tratamento no CAPS conforme se mantém até o presente momento.

O envolvimento de Paulo com a atividade de presidência da Associação de Usuários e Familiares do CAPS possibilita que sua mãe se refira ao filho, novamente, como um trabalhador bom e responsável. Nos momentos em que se refere a estas atividades do filho, enquanto elenca adjetivos positivos, sua entonação é enfática, sua voz se faz clara e sua expressão geral é de contentamento. Em oposição a esta forma de se apresentar, quando se refere à esquizofrenia e aos questionamentos que nos faz em relação à cura, o tom de sua fala se reduz sensivelmente, tornando-se de difícil compreensão em alguns trechos, seu corpo se torna recolhido e a expressão no olhar se torna perdida.

É notável como, aos olhos da mãe, o trabalho na vida de Paulo enraíza-se enquanto resgate de positividade, razão e produtividade. A composição de renda mantida regularmente pelo filho realça esta condição, como que reproduzindo o movimento que ocorre em nossa sociedade, em que a representação de trabalho aparece atrelada ao indivíduo útil e produtivo, merecedor de méritos por desenvolver suas atividades.

Fazendo o exercício rápido de ler com atenção todas as falas de Dona Ana relativas ao trabalho, excetuando-se, contudo, os termos referentes à saúde mental como “paciente” e termos afins, vemos que se desmantela a caracterização da loucura para dar espaço à fala da mãe de um trabalhador.

“Tanto é que ele não deixa de ir um dia! E nossa ! Pra ele é tudo. Ele encara aquilo como um trabalho [Dona Ana neste momento fala de modo expansivo e com clareza facilitando a expressão daquilo que está querendo transmitir] como um emprego mesmo: ‘não posso faltar’, só em último caso. Então ele assumiu uma responsabilidade, um compromisso mesmo que ninguém impõe, tá? Porque lá não tem esse negócio que você ‘tem’ que fazer, não... lá não... Tanto que eu nem aceito muito assim... porque eles lá não obrigam nada. Eles deixam quase que por conta

do paciente. E meu filho encarou mesmo... mas tem muitos lá que não. O dia que quer ir vai, o dia que não quer não vai”.

Para Dona Ana estas atividades ajudaram seu filho a se recuperar no início do tratamento,

“Eu acho que ajudou muito, no início, né... Ter essas atividades e ele como ele gosta... Então ele aproveitou. E eu sempre ali também com ele...”

Entendemos aqui que o auxílio maior não se pauta em um paradigma clínico de saúde/doença mental, mas em um espaço possível ao resgate da cidadania e à transformação da representação da loucura. O sujeito da loucura, ao desenvolver atividades de trabalho, pode gradativamente se ver e ser visto menos como sujeito da loucura e mais como sujeito do trabalho. Estabelecer novas relações, novas motivações e assumir novas responsabilidades, que não estejam vinculadas ao eixo central do tratamento mental, parecem abrir outras possibilidades de existir. Mas, uma vez que tais atividades são desenvolvidas no CAPS, reproduzindo-se um modelo de trabalho alienado e alienante, a exemplo do que acontece em nossa sociedade, temos que o trabalho se torna gerador de sofrimento e desenvolvê-lo parece esvaziado de sentido (DEJOURS, 1992). Já discutimos a questão da dinâmica de funcionamento do trabalho nas cooperativas do CAPS, com maior aprofundamento, no tópico 4.2, que apresenta a categoria “A Família inserida na Rede de Serviços, Políticas Públicas e Movimentos Sociais de Saúde Mental”. Portanto, aqui voltamos nossa discussão para outra vertente.

Dona Ana acabou se afastando, portanto destas atividades de trabalho nas cooperativas, através das quais poderia se relacionar com o filho de uma outra forma. Ali, enquanto vendiam cachorro-quente ou participavam da cooperativa de artesanato, não era o estigma da loucura – o Paulo sob cuidados de saúde mental – que saltava aos olhos, mas o filho trabalhador ao lado da mãe trabalhadora, um outro espaço de convivência e construção do

existir. Hoje, eles não têm mais este espaço conjunto e a cooperativa de artesanato foi encerrada. Não à toa, à época da entrevista, eles se dedicavam a outra atividade que, para eles, estava repleta de sentido: a construção de uma moradia.

Em concordância com as colocações do Ministério da Saúde, resultantes da Oficina de Geração de Renda (Economia Solidária e Saúde Mental), a inclusão social pelo trabalho e o trabalho protegido são elementos fundamentais no resgate da cidadania dos sujeitos da loucura na busca de mudança de mentalidades da sociedade acerca da loucura (BRASIL, 2005)³⁹. São elencados exemplos de cooperativas e empresas sociais que têm proporcionado a estes sujeitos a possibilidade de inserção no campo do trabalho. Como vimos, para Dona Ana, o trabalho aparece como ponto fundamental para a representação de positividade em um indivíduo. Em que se pesem suas experiências pessoais com o trabalho e a representação de trabalho como reflexo ideológico da representação de trabalho na sociedade, Dona Ana apresenta a seguinte fala:

“Trabalho... trabalho significa... significa a independência. E meu filho graças a Deus ele é independente, né...? Ele ganha o salário dele, ele compra o que quer... não tem aquilo de ‘ai... eu queria mas minha mãe não pode, então eu não posso’... agora tem muitos que é assim... tem muitos que a família não pode dar tudo. E se eles tivessem trabalhando... Agora, quem que vai empregar, né...? Quem que vai dar um emprego pra uma pessoa que tem um atestado? Já tem até medo... principalmente a esquizofrenia que é muito discriminado... [...] Então imagina uma criatura... que nem meu filho, que tem salário, mas muitos nem tem salário, quer entrar num emprego: ‘ah, eu gostaria de trabalhar aí... pra cortar qualquer coisa ou varrer, né... pra ganhar meu salário’... mas só pela aparência [ênfase na palavra]! Porque com o medicamento ele já fica meio lento... então a pessoa olha e já diz: ‘não’... Então, o que assim, seria bom é se algum empresário ou alguma pessoa importante dissesse que tem tantas vagas pra quem tem ‘tal’ doença... Mas que esteja se tratando, né...?”

A colocação final de Dona Ana nos remete à política de cotas que funciona com base no conceito de discriminação positiva. De acordo com a legislação voltada às pessoas com

39 Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>>.

deficiência⁴⁰ (BRASIL, 1991), as empresas devem reservar de 2% a 5% das vagas a esta população de modo a garantir minimamente a inclusão no mundo do trabalho. A expectativa de Dona Ana é que o filho obtenha reconhecimento e aceitação social com o mesmo êxito alcançado por indivíduos com Síndrome de Down, através de propostas de trabalho inclusivo.

“É que nem antigamente o pessoal falava ‘mongolóide’, ‘mongolóide’... não é?! E hoje já é a Síndrome de Down... Quantos empresários que deram, que dão oportunidade, né ... ? É tão bonito! E eles mostram que eles sabem fazer! E eles mostram que é capaz de trabalhar... né?!”

Dona Ana parece ter a expectativa de que o jogo pelo resgate da cidadania se desenvolva em um campo no qual Paulo demonstra domínio. Ele é um trabalhador responsável. E, talvez seja possível afirmar que, para Dona Ana, haveria uma conotação positiva no fato desta “qualidade” do filho aparecer à sociedade. O desejo pelo reconhecimento do filho parece transbordar os muros do serviço.

Assim, a associação de usuários e familiares, presidida por Paulo, parece trazer a ele um espaço de certa autonomia. A relativização se faz necessária, pois sua atividade acontece no espaço de funcionamento do CAPS, sendo notável como o espaço de vida de usuários da rede se concentra principalmente em atividades internas a este serviço. A atividade de presidência, somada às suas experiências anteriores com as cooperativas do CAPS (vendas de sanduíches em parques públicos do município), trazem-no, em certa medida, ao mundo do trabalho do qual fora excluído a partir do momento em que foi identificado como sujeito da loucura. Dona Ana, à época do início do tratamento, também se afastou do mercado, o que levou a família, necessariamente, à sobrecarga financeira sobre a qual discutimos ao longo do capítulo segundo desta dissertação. Para além da questão financeira, é interessante questionarmos em

40 Lei 8213/91 - Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados.....	2%;
II - de 201 a 500.....	3%;
III - de 501 a 1.000.....	4%;
IV - de 1.001 em diante.....	5%.

que grau as possibilidades de contato social se restringiram a partir desta secção entre o momento anterior e o momento posterior à institucionalização do lugar de Paulo como usuário da rede de atenção em saúde mental. Como já discutido, o CAPS aparece como uma extensão familiar e, sob tal ponto de vista, fica mais clara a forma como Paulo se mantém encerrado entre restritas relações com poucas chances de superação de seu lugar social de sujeito da loucura. Seu trabalho protegido é fruto de questões ligadas à saúde mental. Se por um lado isto pode ser visto como uma forma de protagonismo social, na qual se reflete e se age sobre sua realidade, por outro lado, podemos identificar que, para Paulo, a existência fora das cercanias da temática da loucura parecem reduzidas.

Neste sentido, a família e sua extensão (CAPS), conforme discutido aqui, parecem ser o principal espaço de existência do sujeito da loucura.

5. Chegando ao Porto Final

Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar nunca mais. (...) Sou doido? Não. Na nossa casa, a palavra doido não se falava, nunca mais se falou, os anos todos, não se condenava ninguém de doido. Ninguém é doido. Ou, então, todos. Só fiz que fui lá. Com um lenço, para o aceno ser mais. (...) Chamei, umas quantas vezes. E falei, o que meurgia, jurado e declarado, tive que reforçar a voz: - “Pai, o senhor está velho, já fez o seu tanto... Agora, o senhor vem, não carece mais... O senhor vem, e eu, agora mesmo, quando seja, a ambas vontades, eu tomo o seu lugar, do senhor, na canoa!...” E, assim, dizendo, meu coração bateu no compasso do mais certo.

Ele me escutou. Ficou de pé. Manejou remo n’água, proava para cá, concordando. (...) E eu não podia... Por pavor, arrepiados os cabelos, corri, fugi, me tirei de lá, num procedimento desatinado. (...) Sou homem, depois desse falimento? Sou o que não foi, o que vai ficar calado”.

A Terceira Margem do Rio – Guimarães Rosa (1962)

A inserção da família no contexto da saúde mental tem se dado, com base em propostas de desinstitucionalização do conceito social de loucura, de forma multifacetada. A caracterização da família, em seu aspecto exclusivamente coadjuvante do ponto de vista clínico-terapêutico, foi se alterando, gradativamente, no sentido de sua inserção crítica a partir da reforma psiquiátrica.

Historicamente, as famílias reproduziram o projeto asilar, que foi amplamente legitimado, ao longo dos séculos XIX e XX, a partir do discurso técnico especializado. A psiquiatria, como saber médico, empenhou-se em formatar mentalidades em relação à loucura, nas quais o afastamento objetivo e subjetivo do sujeito, em relação aos seus familiares, deveria ser abarcado como o único e o melhor caminho para lidar com a questão. Neste sentido, o internamento sob características asilares, era apresentado como a melhor solução de acordo com os modernos projetos psiquiátricos. Aqui, entendemos que tais projetos mimetizavam a ação do expurgo, no qual se excluía, espacialmente, do convívio

familiar e social, o representante da desrazão, tal como a sociedade, enquanto instituição, expurga elementos psicóticos de sua dinâmica de modo a se proteger da sua própria loucura (BLEGER, 1991).

Em outras palavras, equivale a dizer que a ampla aceitação social deste modo de lidar com a loucura encontrou, na própria dinâmica da sociedade, um confortável respaldo para a ação manicomial, compreendendo que tal dinâmica é caracterizada pela exclusão de tudo o que representa ameaças à desagregação da sociedade como grupo.

A hospitalização pode assim ser compreendida como uma “metonímia” do funcionamento do todo social ao confinar o que amedronta, o que é estranho e desconhecido. Portanto, a família aprende, historicamente, a lidar desta mesma forma com o sujeito da loucura, arraigando, por meio de processos culturais e ideológicos, a legitimidade de sua ação em “saúde”.

A partir do movimento da reforma psiquiátrica, iniciado na década de 70, a expectativa em relação à família torna-se diametralmente oposta ao que se esperava e se exigia dela em termos ideológicos até então. Dela passou a se esperar o protagonismo social, o posicionamento crítico, a luta pelo resgate da cidadania do sujeito da loucura. Isto se dá pelo entendimento tácito de sua posição estratégica na reivindicação dos direitos daqueles que, historicamente, tornaram-se “tutelados” pela família.

Assim como foi delegado à família o poder de decisão sobre o destino asilar do sujeito da loucura – até porque o elaborado discurso psiquiátrico e a ausência de diversidade nas ofertas em saúde destituíam a família de qualquer entendimento contrário – passamos a esperar que aqueles que se responsabilizavam pelo encaminhamento ao manicômio, agora se tornassem agentes de ostensiva recusa à continuidade deste mesmo procedimento.

Lembramos, ainda, que o movimento da reforma se deu, inicialmente, através do Movimento Social dos *Trabalhadores* em Saúde Mental, sendo que a família veio a ser atingida pela onda crítica somente em um segundo momento, a partir do qual passa a estar presente em espaços de discussão e elaboração de políticas públicas de saúde mental⁴¹.

Apesar da participação da família em movimentos reivindicatórios, apesar das propostas da rede de atenção no sentido de incluir a família em suas ações em saúde⁴², percebemos ao longo desta pesquisa, que a cultura manicomial ainda se reflete nas representações gerais e familiares de loucura.

A partir das entrevistas realizadas, identificamos que, ao mesmo tempo em que a mãe Dona Ana se recusa a denominar o filho com terminologias relativas à loucura, como “psiquiátrico” ou “louco”, por exemplo, ela se questiona, a todo momento, se seu filho pode ser considerado normal, demonstrando ter dificuldades de delimitar em que medida as características do filho seriam formas de ele se colocar no mundo (singularidade de sua expressão subjetiva) ou seriam características atribuíveis à loucura, como é o caso da “falta de iniciativa” apontada pela mãe.

As representações de loucura para esta mãe também carregam o estigma do preconceito social, exemplificado por ela no posicionamento dos vizinhos, que sugeriram a internação de Paulo. Assim como o descompasso gerado pela questão das nomenclaturas em relação à loucura, tais estigmas, por ela rejeitados, aparecem *paripassu* com seus questionamentos em relação à normalidade/anormalidade de seu filho. Assim também, a agressividade aparece como marca da loucura e, neste sentido, a ausência de agressividade em seu filho parece encorajá-la no sentido de refutar o rótulo de louco. Ainda, a loucura aparece como castigo não merecido por seu filho, dada sua boa conduta moral.

41 Este marco histórico, tão comemorado durante a reforma psiquiátrica, triunfa na emblemática constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, por reunir três pilares essenciais da luta: técnicos, familiares e usuários (VASCONCELOS, 1999; TENÓRIO, 2002).
42 Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção (BRASIL, 2007).

A loucura carrega ainda a noção de irrupção do inesperado, expresso no medo que Dona Ana nos apresenta em relação a uma possível fuga do filho. Medo que “dê uma loucura nele e ele fuja”. Portanto, a loucura surge como algo que tange a imprevisibilidade como ameaça.

Em relação às formas de lidar com o sujeito da loucura, foi possível identificar a contradição entre a afirmação da capacidade e a superproteção do filho. Ao mesmo tempo em que Paulo é apresentado, pelas falas da mãe, como um rapaz responsável e trabalhador, sua mãe reafirma a falta de iniciativa e seu jeito reservado, o que a leva a desejar que o filho não se case, de modo que ela o proteja de ser “judiado” por terceiros.

A rede de serviços aparece como extensão familiar e, com ela, Dona Ana estabelece laços importantes que parecem cristalizar o espaço de existir de seu filho. As atividades e os compromissos de Paulo restringem-se às demandas da mãe (acompanhamento em consultas médicas, pagamento de contas, compras do mercado) e às demandas do serviço (comparecer aos atendimentos, presidir a Associação de Usuários e Familiares). Ao mesmo tempo em que positiva a responsabilidade de Paulo e também o superprotege, Dona Ana aponta a mesma contradição no CAPS, que orienta a família, afirmando ser o sujeito da loucura uma pessoa responsável e capaz, ao mesmo tempo em que o “protege” da participação em atividades das cooperativas sob a justificativa da “falta de vontade”. A família, por sua vez, parece ter sido privilegiada pela atenção da equipe, enquanto considerava-se a necessidade de sua participação intensiva no tratamento clínico de Paulo (anamnese, acompanhamento inicial do caso). A partir do momento em que a família não era mais requisitada, do ponto de vista clínico, denotou-se a fragilidade dos vínculos com a rede de serviços em relação à participação social (desarticulação dos familiares e conseqüente deterioração das atividades desenvolvidas pelas cooperativas). Embora a participação ativa de familiares na rede de serviços seja uma das propostas das políticas de saúde mental, a implementação do projeto parece não contemplar a contento este objetivo.

Complementarmente ao exposto, os documentos do Ministério da Saúde, enquanto retrato das políticas públicas – conforme analisado no capítulo primeiro – nos fornecem subsídios para considerar que a família tem sido inserida nas políticas propostas como coadjuvante e não como protagonista no processo de mudança de mentalidades em relação à loucura. O emblemático caso de Damião Ximenes, também discutido ao longo desta dissertação, nos fornece elementos para considerar a manutenção da lógica manicomial, uma vez que o discurso de Ximenes parece ter sido deslegitimado pela família, que não investigou suas queixas de violências sofridas durante as internações que precederam sua morte, bem como o discurso de sua família parece ter sido deslegitimado pelas autoridades brasileiras, o que levou Irene Ximenes, irmã de Damião, a reivindicar a abertura de processos de investigação e condenação à Organização dos Estados Americanos (OEA).

Com base nos elementos analisados nesta dissertação e considerando os amplos contextos de violência que geram sofrimento humano, ao longo da história familiar abordada, algumas considerações e indagações podem ser apresentadas.

Ao refletirmos sobre o impacto do projeto de desconstrução da lógica manicomial em familiares, em contato com a rede substitutiva, percebemos que muitos passos ainda deverão ser dados para que se contemplem seus objetivos. Indagamos, então, qual seria a mentalidade em relação à loucura para as famílias, em geral, para a sociedade como um todo, que não têm a experiência da loucura diagnosticada em suas casas, nem participam, diretamente, das discussões propostas pelo campo da reforma. Entendemos que a sociedade está em contato com o atual projeto de *desospitalização*. Mas, e com o projeto de *desinstitucionalização* da loucura?

Este lento processo infra-estrutural de mudança ideológica, pautado na relação estabelecida entre a dimensão intra-subjetiva e a inter-subjetiva, parece não ter sido, até o momento, o principal alvo na pauta das ações estratégicas da reforma.

O movimento da reforma psiquiátrica, do ponto de vista dinâmico, devolveu à sociedade os horrores que ela buscava esconder de si mesma: através das denúncias sobre a violência perpetrada pelas instituições totais, centralizadas na figura do manicômio. Ao tornar explícito o implícito, o passo inicial e, até o momento, mais amplamente aceito socialmente, tem sido o projeto de desospitalização. Este caminho concreto, que escolhe as vias da oposição a um espaço físico de asilamento, constrói redes de serviços extra-hospitalares, sobrepondo-se violentamente ao processo histórico de desconstrução de mentalidades.

É evidente que a urgência na suspensão das violências registradas dentro dos manicômios era um fato inquestionável. Para tanto, não haveria como termos leniência ou “paciência histórica” para que a mudança de mentalidades se concretizasse *a priori*, até porque estamos tratando de um acontecer dialético pautado na práxis.

O fato de estarmos vivendo um momento de ruptura nos traz a insegurança e o desconforto de estarmos ainda ancorados no processo histórico manicomial – cujo alicerce é ideológico – e de não estarmos ainda consolidados no momento histórico que perseguimos, qual seja, o de loucura desinstitucionalizada. O que nos mantém ancorados no passado é o âmbito cultural-ideológico. E o que nos mantém caminhando ao futuro tem tido, como alicerce principal, ações em saúde de perspectiva reducionista. Mas, ao nos fecharmos a este viés, deixamos de lado ações estratégicas que nos ajudariam a nos desvencilharmos, gradualmente, do peso da velha âncora ideológica. Talvez seja possível considerar que sem ressignificar este peso, não conseguiremos caminhar adiante, sejam quais forem os bons projetos que venham a surgir dentro da reestruturação do modelo substitutivo fechado em si mesmo: ao se considerar a saúde sob uma perspectiva tradicional, não relacionada efetivamente ao trabalho, ao emprego, ao lazer, à educação, à moradia, às comunicações, à questão da fome e do desenvolvimento social, à ciência e tecnologia, ao transporte etc.

É importante considerar que, ao longo de 300 anos de história (séculos XV, XVI e XVII), vivemos um processo de confluência ideológica no sentido do confinamento e da exclusão, abrindo espaço ao discurso e à ação psiquiátricas por mais 300 anos (séculos XVIII, XIX e XX), cuja ruptura, aqui no Brasil, aconteceu com a Reforma psiquiátrica, somente há 30 anos.

Portanto, estamos perante o imperioso e audacioso projeto de desconstrução de uma cultura que vem sendo, solidamente, construída ao longo de séculos de história. É premente, neste sentido, que se olhe diretamente para a necessidade de elaboração de estratégias, a fim de que as mentalidades acompanhem as ações propostas, de modo a minimizar o “descompasso histórico” gerado pelo movimento da reforma.

Este parece ser o desafio central da reforma psiquiátrica hoje, tendo na implantação de uma rede substitutiva de atenção em saúde mental uma ação *complementar* ao projeto maior, em termos de políticas públicas, mas não a sua ação central.

Ao ficarmos focalizados na questão do funcionamento da rede de atenção, sem, no entanto, emprendermos esforços rumo à mudança de mentalidades em relação à loucura, o movimento, a rede de atenção, a família e o próprio sujeito da loucura recaem na dinâmica da reprodução da cultura vigente, qual seja, a cultura manicomial.

Neste sentido, indagamos em que medida a interdisciplinariedade e a intersetorialidade poderiam ser um caminho possível de ser trilhado rumo à desinstitucionalização da loucura e à desconstrução da lógica manicomial⁴³.

De acordo com Scarcelli e Alencar (2009, p.08),

43 Na interface Saúde Mental e Cultura, tivemos, em 2007, a Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social com o objetivo de construir propostas de diretrizes e ações para subsidiar a elaboração de políticas públicas do Ministério da Cultura (MinC) em relação a esta população. Os debates seguiram no sentido da desestigmatização da loucura. (Amarante e Lima, 2008).

[...] a interdisciplinaridade tem na construção do saber significação semelhante à intersetorialidade no campo do fazer. São princípios que nos têm sido caros frente às fragmentações do conhecimento humano com suas antinomias, das políticas, das ações no território, no modo de viver dos sujeitos.

A necessidade de superação das fragmentações das formas de entender e lidar com a realidade coloca-se como um grande desafio. Ainda, segundo Scarcelli e Alencar (2009, p.08)

[...] ao buscar superar tantas fragmentações, sabemos que não estamos diante de tarefa simples. É um desafio construirmos estratégias para produção de conhecimentos que possibilitem a problematização de práticas e políticas implementadas, bem como a descoberta de novos caminhos fundamentados por referenciais teórico-técnicos consistentes que sustentem novos projetos.

Conforme apresentado no capítulo primeiro desta dissertação, a luta pela desconstrução da cultura manicomial pode ser considerada uma luta de todos, uma vez que sua lógica prevê a estigmatização de grande parte da população, subdividida em diversas minorias raciais, econômicas, étnicas etc. Pensando em termos de força de reivindicação dos movimentos sociais, temos também um contexto de desarticulação e fragmentação que não favorece a transformação da realidade social.

O contexto da mudança de mentalidades, inserido na questão das reivindicações dentro da lógica dos Estados de Direito, apresenta um cenário em que as minorias excluídas lutam para que legislações sejam aprovadas, de modo a salvaguardá-las de preconceitos e violências. A luta pela proteção destas minorias pode ter como objetivo a criminalização do preconceito do qual é alvo. Mas em que medida isto efetivamente altera mentalidades? *A priori*, busca deter ações de violência, mas sem a mudança ideológica estrutural. O processo histórico, pautado na conquista de novas legislações, pode ter efeitos pontuais sem, no entanto, garantir que a visão da sociedade se altere.

Além de pensar em questões como estas, é possível indagarmos sobre os diversos contextos atuais que geram sofrimento humano. Isto nos remete às condições sócio-

econômicas de forma mais ampla, o que nos possibilita pensar a questão do trabalho em nosso sistema de produção capitalista.

A instabilidade do mercado de trabalho pode ser considerado como uma indústria da loucura, do ponto de vista de sua produção social, ao considerarmos os diversos contextos de sofrimento a ele atrelados. Mercado de trabalho informal, desemprego, assédio moral no trabalho, condições de exploração do trabalhador, não observância dos direitos trabalhistas, enfim, temos uma gama de situações que podem nos remeter ao campo da saúde mental, uma vez que geram potencialmente sofrimento na população. Sofrimentos que, em outros contextos, poderiam não aparecer ou não se concretizar, mas acabam se manifestando no campo do trabalho e sendo estigmatizados como problema individual e inerente à uma condição de saúde biologizante, gerando mais sofrimento. Não obstante, estes indivíduos estigmatizados ficam à margem do mercado de trabalho, a exemplo do documentário “Estamira”, já citado.

Portanto, ao indagarmos sobre formas de mediação do processo de desconstrução da cultura manicomial, que engloba, dentre outras questões, as concepções sobre a loucura e a produção de conhecimento é interessante considerar a família como mediação, considerando-se seu papel na reprodução social de valores. E, com relação à produção de conhecimento, podemos questionar em que medida seus métodos e seus instrumentos têm sido responsáveis pela manutenção da ideologia embutida no discurso científico, reaplicada nas redes de atenção em saúde mental que irão atender estas famílias.

Caso contrário, ou seja, sem o devido olhar sobre a questão da mediação do processo de desconstrução, o “resgate de cidadania” parece tornar-se abstrato, não-concretizável, dado o contexto histórico no qual o debate se insere. No campo da reforma psiquiátrica, o discurso emblemático de luta pelo resgate da cidadania plena e dos direitos humanos, pelas vias da

reinserção psicossocial, parece desconsiderar o paradoxo estrutural apontado por Birman (1992) apud Alverga e Dimenstein (2006, p.302, grifo nosso)

[...] não se trata do não-reconhecimentos da condição de cidadania dos enfermos mentais, de um simples desvio de rota, operando sobre um fundo reconhecido de positividade dos seus legítimos direitos sociais, mas de uma positividade que **nunca existiu de fato e de direito**, sendo esta atribuição de positividade uma ilusão constitutiva da psiquiatria como saber no nosso imaginário.

Deixamos aqui uma imagem na tentativa de traduzir, metaforicamente, o momento histórico, na história da saúde mental, pelo qual estamos passando.

Como se quiséssemos chegar ao outro lado de um rio, não enxergamos o próprio rio que corre, caudaloso, entre o lugar que ocupamos e aquele que queremos ocupar. Na margem de cá, mantemos os olhos fitos ao “vir-a-ser” da margem de lá. Talvez seja preciso criar a “terceira margem do rio” – a exemplo do personagem de Guimarães Rosa⁴⁴ – para, então, permanecer nela, conhecer-lhe os segredos, atribuir-lhe novos sentidos.

Na discussão proposta por esta dissertação, não temos como intento criticar os atores da reforma psiquiátrica, apontando-lhes não terem alcançado a outra margem ou, ainda, apontando-lhes o desengano ao pensarem estar do outro lado, quando ainda estão de pés fincados na terra velha. Não se trata de simplesmente criticar os intentos de “ponte”, o esforço genuíno, o ideal intenso, o trabalho realizado... Trata-se de querer se demorar no que forma a “força” deste rio dinâmico que se mantém a arrastar estigmas e mentalidades com violência. E neste espaço d’águas, parece que ainda não encontramos meios de nele estar a ponto de compreendê-lo para, então, torná-lo parte dos passos dados.

O que tem movido este rio? Como o tem movido? E para onde tem levado tudo com a força de suas águas e estreiteza de suas margens? Por isso, envolvidos com o processo de

44 A Terceira Margem do rio (conto). In: ROSA, J.G. Primeiras estórias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. p.32-37.

desconstrução da cultura manicomial, talvez nós tenhamos ainda que perceber que muito se falou da margem das sujas terras de manicômio, que muito se falou da margem sonhada da terra limpa e nova – desconhecedora de casas de tristezas – neste espaço novo a conquistar. Mas, talvez, falte ainda estar no ventre deste rio: útero regido pelo tempo, pelo desconhecido, suportando desassossegos aos quais ele irá, certamente, nos tragar, fazendo-nos desvencilhar, entregues, das antigas âncoras do conhecimento, da ferrugem de nossos hábitos, do conforto de nossas recusas.

Referências bibliográficas

ABUHAD, D. *Serviço comunitário de saúde mental de Santo André sob a ótica dos usuários: conquistas e desafios*. 2005. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. Família. In: _____. (Orgs.). *Temas Básicos da sociologia*. São Paulo: Cultrix, 1973, p. 132-150.

ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832006000200003.

AMARANTE, P.D.C. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: _____. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p 45-63.

_____. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995a. 132p.

_____. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S (Orgs.) *Fim de séculos: ainda manicômios?* São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.47-53.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-494, jul./set. 1995b.

_____. *Psiquiatria Social e Reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 202p.

_____. Rumo ao fim dos manicômios. *Revista Mente e Cérebro*, São Paulo, v. 164, s/n, p.30-35, 01 set. 2006.

_____.; LIMA, R. (Coords.) *Relatório final*. In: Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura, s.n., 2008, Rio de Janeiro. 105 p. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticiadetalle.cfm?co_seq_noticia=27557>. Acess. em 03 fev.2008.

ALBUQUERQUE, J.A.G. *Metáforas da desordem*. São Paulo: Paz e Terra. 1978. 120p.

ARANHA E SILVA, A.L. *Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial*. 2003. 324f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

ARCARO, N.T. *Caracterização de aspectos da clientela e sistema de atendimento de um ambulatório de saúde mental*. 1989. 189f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1989.

ÀRIES, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981. 280p.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Editora Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BARROSO, S.M. et al. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev. Psiq. Clín*, v.34, n.6, p.270-277, 2007.

BLEGER, J. O grupo como Instituição e o Grupo nas Instituições. In: KÄES, R. et al. *A Instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, p.41-52.

BOCK, A. M. B. As influências do Barão de Munchausen na Psicologia da Educação. In: TANAMACHI, E. de R., PROENÇA, M. e DA ROCHA, M. L. (Orgs.) *Psicologia da Educação: desafios teórico-práticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000, p.11-33.

BORENSTEIN M.S. et al. Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960). *Rev. Bras. Enferm.*, v.60, n.6, p.665-669, nov./dez. 2007.

BRASIL. Casa Civil. *Lei nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006*. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental,

com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm> Acesso em 25 out. de 2008.

_____. *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2005.

_____. *Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Art. 93.* Publicado no DOU de 25/07/1991 e Republicado no DOU de 14/08/1998 Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Publicação Consolidada da Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991, determinada pelo Art. 12 da Lei Nº 9.528, de 10 de dezembro de 1997.

_____. *Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Congresso Nacional, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 14 out. 2005.

_____. *Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003.* Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Congresso Nacional, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 25 ago 2005.

_____. Ministério da Educação. *Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996.* Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm> Acesso em 25 out. de 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental.* Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1> Acesso em 12 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria/GM n.º251 de 31 de janeiro de 2002.* Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GM251-diretrizes%20e%20normas%20para%20assist.hosp.psiquiatria.pdf>> Acesso em: 27 set. de 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução 196 de 10 de outubro de 1996*. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>>. Acesso em: 14 out. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>> Acesso em: 18 out. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*, – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>> Acesso em: 18 out. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas*. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. 134 p. – (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>> Acesso em: 18 out. 2005.

_____. *Projeto de Lei 3657/89*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/final.htm>>. Acesso em 25 de jan. de 2009.

CAMPOS, F.C.B. A saúde mental e o processo saúde-doença: a subjetividade na afirmação/negação da cura. In: _____. (org) *Psicologia e saúde: repensando práticas*. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1992, p.41-46.

CÂNDIDO, A. *Formação da Literatura Brasileira. Momentos Decisivos 1750-1880*. 10ªed. Rio de Janeiro: Ouro sobre Azul, 2006. 798p.

CARMO, D. R. *Contribuição ao estudo da integração da família de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos*. 1981. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 1981.

CARNEIRO, N.G.O; ROCHA, L.C. O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Psicol. Cienc. Prof.*, São Paulo, v.24, n.3, p.66-75, set. 2004.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978. 330p.

CASTILHO, S.G.; BERCINI, L.O. Acompanhamento de Saúde da Criança: Concepções das Famílias do Município de Cambira, Paraná. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 4, n. 2, p.129-138, mai./ago. 2005.

CERVANTES, S.M. *Dom Quixote – Livro Primeiro*. Porto Alegre: L&PM Editores, 2005. 512p.

CRP/SP. Reforma do modelo de atenção em saúde mental sofre pressão, mas é caminho sem volta. *psi jornal de psicologia crp sp*, n.150, p.12-13, jan/mar 2007.

COLVERO, L.A. *Desafios na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado*. 2002. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2002.

COLVERO, L.A. *Significado do ser enfermeiro em ambulatório de saúde mental*. 1994. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Univeridade de São Paulo. 1994.

CORTE DEVE CONDENAR O BRASIL. 12 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1689> Acesso em 25 out. de 2008.

CUNHA, C.; CINTRA, L. *Nova gramática do português contemporâneo*, 3ªed. Rio de Janeiro: Lexikon Informática, 2007. 748p.

CURY, C.F.M. *Família do doente mental: os significados atribuídos pela equipe do Programa Saúde da Família*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Unidade Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.11, n.2, p.159-168, mai./ago. 2006.

DAMERGIAN, S.. O inconsciente na interação humana. *Revista de Psicologia da USP*, São Paulo, v.2, p. 65-76, 1991.

DATASUS. Secretaria de atenção à saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet). Atualizado em 10 de dez. 2008. *Indicadores – Leitos*. Tipo Leito – Psiquiatria. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=47&VTipo_Leito=6&VListar=1&VEstado=&VMun=>. Acesso em: 05 jan. de 2009.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. 168p.

_____. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.14, n.54, 1986.

D'INCAO, M.A. O amor romântico e a família burguesa. In: _____. *Amor e família no Brasil*. São Paulo: Ed. Contexto, 1989. p.57-61.

DOMONT DE SERPA, O. Indivíduo, Organismo e Doença: a atualidade de O Normal e o Patológico de Georges Canguilhem. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.121-135, 2003.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da Morte nas Instituições. In: KAËZ, R. et al. *A Instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p.53-69.

ERASMO. *Elogio da Loucura*. Porto Alegre: L&PM, 2003. 144p.

ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Produção: Marcos Prado e José Padilha. Fotografia: Marcos Prado. [Manaus: Europa Filmes], 2007. DVD (116 min).

FERNANDES, M.I.A. Saúde Mental: a clausura de um conceito. *Revista USP*, São Paulo, n.43, pp.90-91, set./out./ nov. 1999a.

FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. (Orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999b. 205p.

FERNANDES, M. I. A. Diversidade e representações: uma leitura a partir do funcionamento psíquico dos grupos. In: DIAS, J. (Org.) *Diversidade: avanço conceitual para a educação profissional e o trabalho*. 1ª ed. São Paulo: OIT/MTE, 2002. p. 17-23.

FERRER, A.L. *Sofrimento Psíquico dos Trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: Entre o Prazer e a Dor de Lidar com a Loucura*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2007.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva. 2004. 551p.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 10ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 408p.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 41ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GARCIA, A.M.G.S. *Discurso e Prática Profissional Psiquiátrica: Estudo de Caso no Município de Campina Grande/Paraíba*. 1990. 160p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 1990.

GOBBO, A.F.F. *Conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2004.

GOFFMANN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005. 320p.

GORZ, A. *O imaterial: conhecimento, valor e capital*. São Paulo: Annablume, 2005. 107 p.

GUALDA, D.M.R.; PRAÇA, N.S. Cuidar da saúde da família: Responsabilidade da mulher moradora em uma favela. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.2, n.1, p.13-20, jan./jun. 2000.

HELDWEIN, A.M.L. *A representação da loucura sob o olhar do familiar do sujeito institucionalizado portador de transtorno mental*. 2005. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

IWASSO, S. Brasil tem condenação inédita na OEA. *O Estado de S. Paulo*. São Paulo, p. A36, 19 ago. 2006.

_____. Pedido fechamento de Caicó, símbolo da falência dos manicômios no País, *O Estado de S. Paulo*. São Paulo, p. A.19, 31 ago. 2006.

KÄES, R. *A instituição e as instituições – Estudos Psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. 160p.

_____. *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Borda, 1979.

KODA, M.Y. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

KOGA, M. *Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar*. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1997.

LASCH, C. Patologistas Sociais e a socialização da reprodução. In: _____. *Refúgio num mundo sem coração*. SP: Paz e Terra, 1991, pp. 25-44.

LÈVI-STRAUSS, C. *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis, São Paulo: Vozes/Edusp, 1982. 538p.

_____. A família. In: _____. *O olhar distanciado*. Lisboa: Edições 70, 1986, pp. 69-98.

LOPES, A.M.P. *Sofrimento dos trabalhadores em instituições psiquiátricas*. 2002. 166p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

MEAD, M. (1935) *Sexo e Temperamento em três sociedades primitivas*. São Paulo: Perspectiva, 1988.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v.7, n.3, p.571-579, 2002.

MELMAN, J. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001. 160p.

MINAYO, M.C.S. (Org.) *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000. 269p.

MONTERO, M. El concepto de alienacion em la dependencia. Aspectos psicologicos. In: _____. *Ideologia, alienacion y identidad nacional* – uma aproximación psicosocial al ser venezolano. Caracas: Ed. dela Biblioteca, 1991. p. 57-70.

MOTA, T.D. *As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de um serviço comunitário de saúde mental*. 2007. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

MORENO, V. *Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico*. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

NUNES, E.P.; NUNES, C.H.. *Freud e Shakespeare*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1989. 109p.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.983-1010, set./dez. 2005.

OEA. Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. (Fondo, Reparaciones y Costas). Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf> Acesso em: 07 jan. de 2009.

OMS (Organização Mundial de Saúde); OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). *Relatório sobre a saúde no mundo*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: OPAS, 2001.

OPAS. *Chagas*. 06 out. de 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=312>> Acesso em 12 jul. de 2008.

PAIVA, S.M.A.; STEFANELLI, M.C.; ARANTES, E.C. Grupo Familiar na convivência com o Doente Mental: Programa de Educação em Saúde. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.2, n.1, p.21-29, jan./jun. 2000.

PASSOS, I.C.F. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996. *Psic.: Teor. e Pesq.*, São Paulo, v.19, n.3, p.231-239, set./dez. 2003.

PEREIRA, M.A.O. Representação de Doença Mental pela Família do Paciente. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*, Botucatu, v.7, n.12, p.71-82, 2003.

PEGORARO, R.F. *Familiares que cuidam de portadores de sofrimento mental: histórias de dor, vidas de sofrimento*. 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sobrecarga de Familiares de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006.

_____. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.17, n.2, p.82-94, abr./jun.2008.

PELISOLI, C.; MOREIRA, A.K.; KRISTENSEN, C.H. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Mental*, Barbacena, v.5, n.9, p.63-78. nov.2007.

PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, Ribeirão Preto, v.7, n.12, p.71-82, fev. 2003.

PICHON-RIVIÈRE. *O processo grupal*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1986. 285p.

_____. *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1982. 129p.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?. In: _____. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996. 159p.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MANAUS. *Mais Saúde na Zona Leste*. Prefeitura vai entregar UBS revitalizada no São José I. Disponível em: <<http://www.pmm.am.gov.br/noticias/mais-saude-na-zona-leste/>> Acesso em 05 de jan. 2009.

QUIROGA, A P. El grupo: espacio de encontro o alienación. *Temas de Psicologia Social*, v.14, n.12, p. 83-87, 1990.

RAMOS, C.C. *Representação social da saúde mental no programa de saúde da família (PSF) : estudo em um núcleo do PSF coordenado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão*

Preto (USP). 2003. 89f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2003.

REINALDO, A.M.S. *O itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida de um paciente psiquiátrico*. 2003. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2003.

ROSA, J.G. *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. 160p.

ROSA, L.R. *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo: Cortez, 2003. 367p.

_____. Inclusão da família nos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

ROTELLI, F. *Desinstitucionalização*. São Paulo, HUCITEC: 2001. 112p.

SALLES, M.M. e BARROS, S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Imaginário*, São Paulo, v.12, n.13, p.397-478, dez. 2006.

SAMPAIO, A.M. *Representações Sociais e Cotidiano: um estudo exploratório sobre as queixas dos usuários de um serviço de saúde mental*. 2006. 103f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais. 2006.

SARTRE, J.. *Entre quatro paredes*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2007. 130p.

SCARCELLI, I. R. *Entre o hospício e a cidade : exclusão/inclusão social no campo da saúde mental*. 2002. 259 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

SCARCELLI, I.R.; ALENCAR, S.L. Saúde Mental e Saúde Coletiva: intersectorialidade e participação em debate. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

SIGLER, R. *O profissional da saúde mental e o ideário de luta antimanicomial: uma abordagem psicanalítica sobre os entraves na apropriação de ideários sociais transformadores*. 2000. 163f. – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

SILVA, R.C. A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In: CAMPOS, F.C.B. (org.) *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: HUCITEC, 1992, p.25-40.

SPADINI, L.S.; MELLO E SOUZA, M.C.B. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev Esc Enferm*, São Paulo, v.40, n.1, p.123-127, mar.2006.

SPINK, M.J.P. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: CAMPOS, F.C.B. (org.) *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992. p.11-24.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátria brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v.53, n.53, p.06-19, set./dez.1999a.

_____. Mundos Paralelos, até quando ? In: JACÓ - VILELA, A.M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H.B.C.(Orgs.) *Cliopsyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999b. p.121-147.

VECHI, L.G. *A primeira internação no discurso de agentes de saúde mental em Hospital-Dia : uma leitura institucional*. São Paulo, 2002. 182f Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

WEYLER, A.R. *Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos: as políticas públicas em saúde mental, o morar e a cidade*. 2004. 230 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.

Anexos

ANEXO I



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP/SP
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, por gentileza, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa ou desistência durante a pesquisa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Além disso, está assegurado o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, ou seja, em nenhuma hipótese as informações serão divulgadas juntamente com a identidade de quem as forneceu. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo pelo telefone (11) 3091-1971.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

TÍTULO DO PROJETO:

Do mesmo teto, do mesmo sangue do mesmo chão: a família no cotidiano da loucura.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Ingrid Campregher

TELEFONE PARA CONTATO (INCLUSIVE LIGAÇÕES A COBRAR):

(11) 2597-1406

ORIENTADOR DA PESQUISA:

Profª Drª Ianni Régia Scarcelli

TELEFONES PARA CONTATO:

(11) 3091-4184

Esta pesquisa tem por objetivo investigar a percepção dos familiares envolvidos no dia-a-dia de usuários de serviços de saúde mental com relação a alguns aspectos. Dentre eles, podemos apontar as opiniões pessoais com relação à saúde/doença mental, informações sobre o cuidado prestado ao usuário, a rede de apoio envolvida neste cuidado, sua avaliação em relação aos serviços de saúde mental dos quais se faz uso, conhecimento e avaliação das políticas públicas de saúde mental, participação em grupos de familiares e outros movimentos que se preocupam em discutir a questão da saúde mental.

A importância de realizar estes levantamentos reside na importância do familiar em si, envolvido no cuidado prestado ao portador de sofrimento psíquico. Ao lado de profissionais de saúde mental e do empenho do próprio usuário, sabemos que os familiares acompanham toda esta trajetória.

Participando desta pesquisa, você estará contribuindo com dados muito importantes para o conhecimento de uma realidade que tem sido repensada desde o início da reforma psiquiátrica mas que requer ainda maiores discussões e implementações para sua melhoria e benefício.

Os dados serão coletados mediante entrevistas entre a pesquisadora e o familiar e serão registrados em fita cassete para posterior elaboração de relatório de pesquisa. Vale lembrar novamente que estes dados serão tratados de forma sigilosa e confidencial. As entrevistas serão realizadas em local tranquilo, observando-se preferencialmente a não interrupção por terceiros.

Coloco-me à disposição para esclarecimentos de eventuais dúvidas a qualquer momento da pesquisa.

Ingrid Campregher
Pesquisadora

Ianni Régia Scarcelli
Orientadora

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: *“Do mesmo teto, do mesmo sangue do mesmo chão: a família no cotidiano da loucura”*, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Ingrid Campregher sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer forma de penalidade.

São Paulo, ____ de _____ de 200_

Nome e Assinatura do sujeito

ANEXO II

Entrevista Semi-Estruturada com o familiar

Idade: _____

Sexo: _____

Grau de Parentesco: _____

Escolaridade: _____

Diagnóstico Psiquiátrico do usuário: _____

Fale um pouco sobre sua família. Quem a compõe e como ela foi formada.

Os cuidados prestados ao usuário são “integrais” (todos os dias da semana) ou “parciais” (dispõe de horários livres)? _____

A qual serviço de saúde mental está vinculado atualmente (se mais de um, citar)?

Desde quando você tem acompanhado seu familiar com relação à saúde mental?

Como você se sente com relação a isso?

Como você percebe o sofrimento psíquico dele(a)? Tente descrever “o que é” e “como é” este sofrimento.

Como você imagina que se iniciou este transtorno psiquiátrico? Tente identificar a causa.

Retome, desde o início, os serviços de saúde mental pelos quais vocês passaram. Ocorreram internações? Quantas? Por quanto tempo?

Como você ficou sabendo da existência destes serviços?

Além destes tratamentos psiquiátricos, quais outros apoios seu familiar teve em termos de acompanhamento de sua condição clínica? Alguém mais ajudou a compreender o que estava acontecendo com ele(a)?

Com relação ao serviço de saúde utilizado atualmente, qual seria sua avaliação geral? (Tentar aprofundar a resposta se estiver muito vaga)

Você conhece a proposta da rede substitutiva em saúde mental? (Explorar conhecimentos sobre as políticas públicas em saúde mental de modo geral)

Você participa de associações, organizações, cooperativas de familiares e usuários, encontros nacionais de familiares e usuários, espaços de discussão social e política sobre saúde mental? Se sim, quais? Como se deu este envolvimento? Como se dá esta sua participação? Qual é a importância de se estar vinculado a estes movimentos? Se não, você gostaria de participar? Considera relevante? Por que?

Finalização: Perguntar ao entrevistado se ele gostaria de perguntar algo sobre a entrevista ou sobre saúde mental. Avaliar se ele(a) está bem para se retirar. Caso a entrevista tenha mobilizado emocionalmente, em demasia, o entrevistado, dar o suporte necessário. Identificando-se necessidade de encaminhamento à acompanhamento psicoterápico, fazê-lo.

ANEXO III

Sorôco, sua mãe, sua filha

Guimarães Rosa em Primeiras Estórias (1962/1988, pp. 18-21)

Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expresso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. Não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo grades, feitos as de cadeia, para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m.

As muitas pessoas já estavam de ajuntamento, em beira do carro, para esperar. As pessoas não queriam poder ficar se entristecendo, conversavam, cada um porfiando no falar com sensatez, como sabendo mais do que os outros a prática do acontecer das coisas. Sempre chegava mais povo – o movimento. Aquilo quase no fim da esplanada, do lado do curral de embarque de bois, antes da guarita do guarda-chaves, perto dos empilhados de lenha. Sorôco ia trazer as duas, conforme. A mãe de Sorôco era de idade, com para mais de uns setenta. A filha, ele só tinha aquela. Sorôco era viúvo. Afora essas, não se conhecia dele o parente nenhum.

A hora era de muito sol – o povo caçava jeito de ficarem debaixo da sombra das árvores de cedro. O carro lembrava um canoão no seco, navio. A gente olhava: nas reluzências do ar, parecia que ele estava torto, que nas pontas se empinava. O borco bojudo do telhadinho dele alumiaava em preto. Parecia coisa de invento de muita distância, sem piedade nenhuma, e que a gente não pudesse imaginar direito nem se acostumar de ver, e não sendo de ninguém. Para onde ia, no levar as mulheres, era um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe.

O Agente da estação apareceu, fardado de amarelo, com o livro de capa preta e as bandeirinhas verde e vermelha debaixo do braço. – “*Vai ver se botaram água fresca no carro...*” – ele mandou. Depois, o guarda-freios andou mexendo nas mangueiras de engate. Alguém deu aviso: - “*Eles vêm!...*” Apontavam, da Rua de Baixo, onde morava Sorôco. Ele era um homenzão, brutalhudo de corpo, com a cara grande, uma barba, fiosa, encardida em amarelo, e uns pés, com alpercatas: as crianças tomavam medo dele; mais, da voz, que era quase pouca, grossa, que em seguida se afinava. Vinham vindo, com o trazer de comitiva.

Aí, paravam. A filha – a moça – tinha pegado a cantar, levantando os braços, a cantiga não vigorava certa, nem no tom nem no se-dizer das palavras – o nenhum. A moça punha os olhos no alto, que nem os santos e os

espantados, vinha enfeitada de disparates, num aspecto de admiração. Assim com panos e papéis, de diversas cores, uma carapuça em cima dos espalhados cabelos, e enfunada em tantas roupas ainda de mais misturas, tiras e faixas, dependuradas – virundangas: matéria de maluco. A velha só estava de preto, com um fichu preto, ela batia com a cabeça nos docementes. Sem tanto que diferentes, elas se assemelhavam.

Sorôco estava dando o braço a elas, uma de cada lado. Em mentira, parecia entrada em igreja, num casório. Era uma tristeza. Parecia enterro. Todos ficavam de parte, a chusma de gente não querendo afirmar as vistas, por causa daqueles transmodos e despropósitos, de fazer risos, e por conta de Sorôco – para não parecer pouco caso. Ele hoje estava calçado de botinas, e de paletó, com chapéu grande, botara sua roupa melhor, os maltrapos. E estava reportado e atalhado, humilde. Todos diziam a ele seus respeitos, de dó. Ele respondia: - *“Deus vos pague essa despesa...”*.

O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais. De antes, Sorôco agüentara de repassar tantas desgraças, de morar com as duas, pelejava. Daí, com os anos, elas pioraram, ele não dava mais conta, teve de chamar ajuda, que foi preciso. Tiveram que olhar em socorro dele, determinar de dar as providências de mercê. Quem pagava tudo era o Governo, que tinha mandado o carro. Por forma que, por força disso, agora iam remir com as duas, em hospícios. O se seguir.

De repente, a velha se desapareceu do braço de Sorôco, foi se sentar no degrau da escadinha do carro. – *“Ela não faz nada seo Agente...”* – a voz de Sorôco estava muito branda: - *“Ela não acode, quando a gente chama...”* A moça, aí, tornou a cantar, virada para o povo, o ao ar, a cara dela era um repouso estatelado, não queria dar-se em espetáculo, mas representava de outroras grandezas, impossíveis. Mas a gente viu a velha olhar para ela, com um encanto de pressentimento muito antigo – um amor extremoso. E, principiando baixinho, mas depois puxando pela voz, ela pegou a cantar, também, tomando o exemplo, a cantiga mesma da outra, que ninguém não entendia. Agora, elas cantavam juntas, não paravam de cantar.

Aí que já estava chegando a horinha do trem, tinham de dar fim aos aprestes, fazer as duas entrar para o carro de janelas enxequetadas de grades. Assim, num consumo, sem despedida nenhuma, que elas nem haviam de poder entender. Nessa diligência, os que iam com elas, por bem-fazer, na viagem comprida, eram o Nenêgo, despachado e animoso, e o José Abençoado, pessoa de muita cautela, estes serviam para ter mãos nelas, em toda juntura. E subiam também no carro uns rapazinhos, carregando as trouxas e malas, e as coisas de comer, muitas, que não iam fazer míngua, os embrulhos de pão. Por derradeiro, o Nenêgo ainda se apareceu na plataforma, para os gestos de que tudo ia em ordem. Elas não haviam de dar trabalhos.

Agora, mesmo, a gente só escutava era o acorção do canto, das duas, aquela chirimia, que avocava: que era um constado de enormes diversidades desta vida, que podiam doer na gente, sem jurisprudência de motivo nem lugar, nenhum, mas pelo antes, pelo depois.

Sorôco.

Tomara aquilo se acabasse. O trem chegando, a máquina manobrando sozinha para vir pegar o carro. O trem apitou, e passou, se foi, o de sempre.

Sorôco não esperou tudo se sumir. Nem olhou. Só ficou de chapéu na mão, mais de barba quadrada, surdo – o que nele mais espantava. O triste do homem, lá, decretado, embargando-se de poder falar algumas suas palavras. Ao sofrer o assim das coisas, ele, no oco sem beiras, debaixo do peso, sem queixa, exemplo. E lhe falaram: - “*O mundo está dessa forma...*” Todos, no arregalo respeito, tinham as vistas neblinadas. De repente, todos gostavam demais de Sorôco.

Ele se sacudiu, de um jeito arrebatado, desacontecido, e virou, pra ir-s’embora. Estava voltando para casa, como se estivesse indo para longe, fora de conta.

Mas, parou. Em tanto que se esquisitou, parecia que ia perder o de si, parar de ser. Assim num excesso de espírito, fora de sentido. E foi o que não se podia prevenir: quem ia fazer siso naquilo? Num rompido – ele começou a cantar, alteado, forte, mas sozinho para si – e era a cantiga, mesma, de desatino, que as duas tanto tinham cantado. Cantava continuando.

A gente se esfriou, se afundou – um instantâneo. A gente... E foi sem combinação, nem ninguém entendia o que se fizesse: todos, de uma vez, de dó do Sorôco, principiaram também a acompanhar aquele canto sem razão. E com as vozes tão altas! Todos caminhando, com ele, Sorôco, e canta que cantando, atrás dele, os mais detrás quase que corriam, ninguém deixasse de cantar. Foi o de não sair mais da memória. Foi um caso sem comparação.

A gente estava levando agora o Sorôco para a casa dele, de verdade. A gente, com ele, ia até aonde ia aquela cantiga.