Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

O PROCESSO DE INCLUSÃO-EXCLUSÃO NA VIDA DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PÓS-MODERNIDADE

Rosangela Katia de Carvalho

São Paulo
2008

Rosangela Katia de Carvalho

O PROCESSO DE INCLUSÃO-EXCLUSÃO NA VIDA DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PÓS-MODERNIDADE

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental

ORIENTADORA: Profª Drª. Ana Lúcia Machado

São Paulo
2008

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

Assinatura:_____ Data: __/___/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Carvalho, Rosangela Katia de.
O processo de inclusão- exclusão na vida das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade. / Rosangela Katia de Carvalho. – São Paulo, 2008.
198 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Ana Lúcia Machado.

1. Enfermagem psiquiátrica 2. Transtornos mentais (cuidados) 3. Processos interpessoais e de grupo. I. Título.

Nome: Rosangela Katia de Carvalho
Título: O processo de inclusão - exclusão na vida das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovado em:___/___/___

Banca Examinadora

Profª. Drª._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Profª. Drª._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Profª. Drª._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

Profª. Drª._____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À meus pais José Rubens e Julia e meus irmãos Rosemeire e José Roberto que me oferecem amor e carinho.

Ao Sérgio, minha cara metade, que me apóia, estimula, que constrói comigo uma vida de amor e de esperança.

Aos colaboradores desta pesquisa que me apoiaram e me ensinaram o sentido da luta e da perseverança.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos espirituais que me acompanham em minha jornada pela eternidade.

À Profª. Drª. Ana Lúcia Machado, minha mestra e amiga, que sempre me acompanhou, apoiando com seu sorriso, paciência, sabedoria e orientações.

À Profª. Drª. Luciana Colvero, pelas valiosas dicas e sua amizade.

À Profª. Drª. Jacqueline Isaac Machado Brigagão, pelas valiosas dicas e pela amizade

À Profª. Drª Márcia de Oliveira, pela sua amizade, companheirismo, ajuda, otimismo e cumplicidade.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem que torceram e apoiaram-me nesta jornada.

Aos integrantes do Grupo da Subjetividade.

A todos os colaboradores desta pesquisa por sua confiança e carinho.

A todos os funcionários do Projeto que me receberam com muito amor e carinho

Aos amigos de caminhada: Ana Liria, Adriana, Marcinha, Carol, Dory, Marcelo e Reny, obrigada pela força, estímulo e paciência.

" Olhe para mim. Por favor, me veja.
Não minhas roupas ou unhas curtas
Ou minha face descuidada.
Abra seu coração, de modo a ver o meu.
Não estou lhe pedindo para concordar com
Ou compreender tudo o que vê,
Pois nem mesmo eu faço isso.
Apenas olhe para o que está realmente aqui
E permita ser."

Peg Hoddinott

Carvalho RK. O processo de inclusão - exclusão na vida das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Este estudo objetivou descrever e analisar o processo inclusão–exclusão social na trajetória de vida das pessoas em sofrimento psíquico, na pós-modernidade. A coleta de dados foi realizada no Projeto Tear, que é um projeto de geração de renda em Guarulhos, por meio de entrevistas semi-estruturadas. A História Oral de vida foi usada como referencial metodológico e possibilitou a compreensão das histórias individuais, respeitando suas diferenças e seu caráter histórico. Participaram do estudo sete colaboradores. Os dados foram interpretados, de acordo com a análise de conteúdo. Do discurso dos entrevistados, emergiram quatro categorias que visaram compreender os aspectos do processo inclusão - exclusão social que são: aspectos políticos, relacionais, subjetivos e material. Cada aspecto foi subdividido em processos de exclusão e de inclusão. Estes aspectos foram apresentados separadamente para não excluir as diferentes dimensões, garantindo, assim, a discussão de todas as facetas do fenômeno, porém relacionam-se de forma dialética. Ao final das análises, verificou-se a complexidade da temática, pois a exclusão social não está apenas na segregação física das pessoas mas sim em uma lógica de segregação que ultrapassa os manicômios. Observou-se também que o estigma e o preconceito funcionam como barreiras para a inclusão social. Verificou-se, ainda, que a assistência em saúde mental na perspectiva da Clínica Ampliada é uma potência para a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, assim, como qualquer intervenção que promova o empoderamento, a cidadania, a autonomia, a criação de possibilidades, a produção de sociabilidades e de subjetividades e a produção de sentido de vida. Apesar das conquistas obtidas pela Reforma Psiquiátrica nas dimensões políticas, assistenciais, socioculturais e epistemológicas, a mudança paradigmática e as novas tecnologias de cuidado ainda estão no começo e devem continuar a surgir para assegurar a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico, ampliando, assim, o empoderamento e a cidadania dessas pessoas.

Palavras-Chave: Desinstitucionalização; Preconceito; Saúde Mental, Experiência de Vida

Carvalho RK. The inclusion process – exclusion in the life of people under psychic distress in post modernity [dissertation]. Sao Paulo: Nursing School, University of Sao Paulo (USP); 2008.

ABSTRACT

This study had as objective to describe and analyze the process of social inclusion – exclusion along the life of people under psychic distress in post modernity. The data collection was carried out at Projeto Tear, which is a project for the generation of income in Guarulhos, through semi-structured interviews. The Oral history of life was used as methodological reference and enabled the comprehension of the individual histories, respecting its differences and its historicalness. Seven contributors participated in the study. The data were interpreted according to the analysis of the contents. From the discourse of the interviewees, four categories that aim to understand the aspects of the process of social inclusion exclusion emerged , such as: political aspects; relational, subjective and material, each aspect was subdivided in processes of exclusion and inclusion. These aspects were presented separately not to exclude the different dimensions to guarantee the discussion of all the facets of the phenomenon, however they relate in a dialectical way. By the end of the analysis, it was verified the complexity of the subject, because the exclusion is not only in physical segregation of people but yet in a logic of segregation that surpass the asylums. It was observed as well that the stigma and the prejudice work as barriers for the social inclusion. It was verified, yet, that the assistance in mental health, by the perspective of “Amplified Clinic” (Clínica Ampliada), is a power for the social inclusion of people under psychic distress, as well as any kind of intervention that promote the empowerment, the citizenship, autonomy, the creation of possibilities, the production of sociability and subjectivity and the production of meaning in life. Despite the achievements of the Psychiatric Reform in political, assistant, socio-cultural and epistemological dimensions, the paradigmatic changing and the new technologies of nursing are still in the beginning and they must continue arising to assure the inclusion of people under psychic distress, amplifying, this way, the empowerment and the citizenship of these people.

Keywords: Deinstitutionalization; Prejudice; Mental Health; Life Change Events.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 12

1 INTRODUÇÃO 16

1.1 PROCESSO INCLUSÃO - EXCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL 17

1.1.1 EXCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO 21

1.1.2 INCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO 28

1.2. PÓS-MODERNIDADE 31

2 OBJETIVO 35

3 PERCURSO METODOLÓGICO 37

3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO 39

3.2 LOCAL DE ESTUDO 42

3.3 O CAMINHO PERCORRIDO NA ESCOLHA DOS COLABRADORES 44

3.4 COLETA DE DADOS 46

3.5 ANÁLISE DOS DADOS 49

4 AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS COLABORADORES 53

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO 118

5.1 ASPECTOS POLÍTICOS 119

5.1.1 DIMENSÃO POLÍTICA DO PROCESSO DE EXCLUSÃO 119

5.1.2 DIMENSÃO POLÍTICA DO PROCESSO DE INCLUSÃO 122

5.2 ASPECTOS RELACIONAIS 128

5.2.1 DIMENSÃO RELACIONAL DO PROCESSO DE EXCLUSÃO 129

5.2.2 DIMENSÃO RELACIONAL DO PROCESSO DE INCLUSÃO 139
5.3 ASPECTOS SUBJETIVOS 144
5.3.1 DIMENSÃO SUBJETIVA DO PROCESSO DE EXCLUSÃO 147
5.3.2 DIMENSÃO SUBJETIVA DO PROCESSO DE INCLUSÃO 152
5.4 ASPECTO MATERIAL 157
5.4.1 TRABALHO 157
5.4.1.1 DIMENSÃO MATERIAL DO PROCESSO DE EXCLUSÃO 160
5.4.1.2 DIMENSÃO MATERIAL DO PROCESSO DE INCLUSÃO 165
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 177
7 REFERÊNCIAS 185
8 ANEXOS 193
ANEXO A 194
ANEXO B 195
ANEXO C 196
ANEXO D 197
ANEXO E 198

APRESENTAÇÃO

O interesse em trabalhar na área da saúde mental foi percebido quando cursava o terceiro ano de graduação na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o que tornou decisiva minha escolha profissional. Mas, à medida que aprofundava os conhecimentos de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, também, percebia a exclusão social sofrida pelas pessoas em sofrimento psíquico.

No desejo de ampliar os conhecimentos desta temática, fiz uma especialização em Tecnologia de Saúde Mental e cursei a graduação em Psicologia que muito me ajudaram na prática como enfermeira. Iniciei minha atuação profissional em uma enfermaria psiquiátrica, de um hospital geral, na Grande São Paulo e, posteriormente, trabalhei como acompanhante terapêutica e enfermeira na Estratégia da Saúde da Família.

Neste percurso, em saúde mental, observei que familiares, vizinhos, amigos e profissionais da área da saúde demonstravam, e alguns ainda mostram uma representação negativa sobre a loucura, levando-os a excluir de seu convívio e, algumas vezes, até de seu atendimento pessoas que apresentam comportamentos diferentes.

Durante alguns atendimentos, presenciei a resistência de vários colegas de trabalho excluindo essas pessoas do direito de se cuidar e de se socializar e, muitas vezes, criavam rótulos como: “Não tem nada físico. Nem adianta fazer exame, pois é tudo da cabeça”; “Esta pessoa é poliqueixosa mesmo”; “Ela não

vai seguir o tratamento mesmo, pois nem segue o dá loucura" e, outras frases que estereotipavam e rotulavam os pacientes na tentativa de justificar suas próprias inseguranças.

Recentemente, trabalhei como Especialista de Saúde Mental, na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o que me possibilitou ter contatos com serviços e atividades que possuem o objetivo de incluir as pessoas em sofrimento psíquico na sociedade. Durante esse período, no decorrer das aulas teóricas, presenciei o comparecimento de usuários e familiares que, semestralmente, relatavam em sala de aula suas experiências e a repercussão dos projetos de geração de renda que faziam parte e também problematizavam com os alunos o que esperam de um profissional de saúde.

Um destes serviços é um Projeto de Geração de Renda que ora pesquisei e foi no ouvir os relatos das pessoas que dele participavam deste projeto como: "Agora sei que sou capaz!"; "Minha família ficou muito surpresa com as coisas que produzo"; "Quando eu vejo que fui eu que fiz, fico muito feliz e nem acredito", concomitante, com a surpresa e admiração dos estudantes e de outros profissionais desta escola que me sensibilizaram sobre a importância da temática e levaram-me a refletir sobre o impacto que este projeto tem na vida concreta dessas pessoas.

Assim, este projeto visa a dar sentido à vida dos indivíduos em sofrimento psíquico, por meio do trabalho, e da expressão criativa e, por isso,

foi o lugar escolhido para desenvolver este estudo.

Para tanto, este estudo estrutura-se da seguinte forma:

No capítulo I, descrevemos a linha histórica do processo de inclusão exclusão da pessoa em sofrimento psíquico e a discussão dos principais conceitos utilizados. No capítulo II, apresentamos o objetivo da pesquisa.

No capítulo III, desenvolvemos o percurso metodológico contendo o referencial utilizado, o caminho percorrido na escolha dos colaboradores e a descrição da coleta de dados.

No capítulo IV, apresentamos os dados sociodemográficos dos colaboradores e suas histórias de vida.

No capítulo V, descrevemos a análise e a discussão dos dados, utilizando as categorias propostas por Sawaia (2004), quais sejam: dimensão relacional, dimensão subjetiva, dimensão material e dimensão política do processo inclusão - exclusão social.

E, finalmente, no Capítulo VI apresentamos as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROCESSO INCLUSÃO - EXCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

A exclusão das pessoas em sofrimento psíquico não é recente, pois desde o século XVII a loucura passou a ser objeto de exclusão. Todos os tipos de desviantes eram segregados, dentre eles, os loucos, nos hospitais gerais em grande parte da Europa (Foucault, 1991; Barros, 1996).

No século XVIII, novos mecanismos de inclusão/exclusão surgiram, pois, na França houve reformas políticas e sociais desencadeadas pelas idéias do Iluminismo e dos princípios da Revolução Francesa. Os pobres, os velhos e os vadios foram retirados dos hospitais gerais e os loucos permaneceram internados. Estes foram retirados dos grilhões que o reprimiam fisicamente, mas passaram a ter um controle social e moral ininterrupto no qual eram vigiados, julgados, responsabilizados, corrigidos e reprimidos. Os principais protagonistas dessas mudanças nos asilos foram Pinel na França e Tuke na Inglaterra, Chiaruggi, na Itália e Todd nos Estados Unidos da America (Foucault, 1991; Barros, 1996).

Alverga e Dimenstein (2005) ressaltam que a psiquiatria pineliana libertou da corrente o louco, mas colocou correntes simbólicas em nossa forma de olhar a loucura, pois esta passou a ser vista ancorada na periculosidade social, na violência e como doença mental.

Na passagem para o século XIX, houve a objetivação da loucura e seu entendimento como desrazão, possibilitando o surgimento do discurso

reducionista da loucura como alienação, baseando-se em uma prática asilar e legitimada pela instituição médica (Giordano, 1989; Barros, 1996).

Historicamente, a psiquiatria enfatizou a doença em lugar da pessoa que vivencia o sofrimento psíquico, criando uma imagem estigmatizada e, também, levando os doentes mentais a se “socializarem” em uma realidade reduzida e normatizada que apaga as singularidades existenciais, pois para o louco só caberia a identidade de doente (Alverga, Dimenstein, 2005).

Na metade do século XX, o papel do hospício e do saber psiquiátrico na recuperação dos doentes mentais começaram a ser questionados, influenciados pelos avanços tecnológicos e pela necessidade de recuperação de muitos países devastados pela guerra, levando, também, ao movimento de transformação da assistência psiquiátrica (Oliveira, 1997).

Na seqüência, os principais movimentos reformistas foram na Inglaterra com as Comunidades Terapêuticas e com o Movimento da Antipsiquiatria; na França, com a Psiquiatria de Setor; nos Estados Unidos da América com a Saúde Mental Comunitária ou a Psiquiatria Preventiva e na Itália com a Psiquiatria Democrática (Pita-Hoisel, 1984; Barros, 1996). Estas experiências tiveram diferentes opções teóricas e políticas sobre a noção de desinstitucionalização, influenciando as produções de saberes e práticas nas propostas reformistas do campo psiquiátrico desses países (Colvero, 2002).

As propostas reformistas desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos da América deslocavam a ênfase posta nos hospitais psiquiátricos para a

criação de serviços na comunidade (Barros, 1996). Nesta perspectiva, a noção de desinstitucionalização restringe-se ao conceito de desospitalização que compreende a transformação do campo psiquiátrico apenas com a extinção dos manicômios, deslocando o lócus de intervenção para serviços extra-hospitalares (Amarante,1995).

A partir de 1960, a proposta italiana começo a enfatiza a necessidade de criar condições para a desmontagem dos manicômios, subvertendo sua lógica e seu funcionamento (Barros, 1996). Nesta perspectiva, a desinstitucionalização é compreendida como um processo complexo que visa à desconstrução da lógica manicomial, criticando o domínio do saber médico, reconstruindo os saberes e práticas de estabelecer novas relações entre profissionais e pessoas em sofrimento psíquico. “É um processo ético-estético de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 2003, p.50).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica iniciou com a Reforma Sanitária, porém com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, na década de 1970, intensificaram-se as discussões e propostas de reformulação do sistema assistencial visando a consolidação do pensamento crítico ao saber psiquiátrico (Amarante ,1995).

Segundo Amarante (1994), a Reforma Psiquiátrica é caracterizada por diversas iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que

propõem a transformação da relação da sociedade com a pessoa e com o sofrimento psíquico.

Este movimento critica o modelo hospitalocêntrico no qual predominavam a patologia, o poder do saber técnico e a exclusão dos loucos na sociedade, violando, assim, seus direitos humanos fundamentais.

A Reforma Psiquiátrica objetiva a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, visando a desconstrução e reconstrução da epistemologia psiquiátrica; a construção de serviços e práticas de acolhimento, cuidados associados à construção de espaços de sociabilidade, de trocas e agenciamentos de subjetividades; a garantia da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e a transformação, a partir das práticas sociais, do imaginário social relacionado à loucura, criando outras formas de lidarmos com a diferença (Alverga, Dimenstein, 2005).

O movimento da Reforma Psiquiátrica questiona conceitos como alienação, doença, isolamento terapêutico, normalidade/anormalidade, desconstruindo o estigma da periculosidade e da incapacidade relacionado às pessoas em sofrimento psíquico e enfatiza uma nova forma de olhar estas pessoas, priorizando o ser humano ao invés da doença e, assim, respeitando sua cidadania (Amarante, 2003).

Portanto, este movimento trouxe a necessidade de discutir as formas de cuidado em saúde mental e, para isto, precisamos discutir o processo inclusão –exclusão das pessoas em sofrimento psíquico para, constantemente,

desenvolver novas tecnologias de cuidado que visam à cidadania e ao regaste do sentido de vida.

1.1.1 EXCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

A palavra processo indica movimento e ao falar de inclusão – exclusão como movimento evidencia-se, também, a relação dialética existente entre estes termos, pois formam um par inseparável, embora tenham significados diferentes (Sawaia, 2004).

Para Cunha (1998, p. 341), etimologicamente exclusão é “ser incompatível, afastar e recusar” e inclusão é “abranger, compreender e envolver”. Assim, neste estudo, optamos por descrever a exclusão e inclusão de forma didática, mas sem perder a dialética de tal polarização.

Historicamente, conforme citamos, desde o século XVII a loucura foi objeto de exclusão e o louco foi e ainda é afastado, segregado da sociedade por ter formas diferentes de se comportar e de estar no mundo.

O termo exclusão social originou-se, em 1974, na literatura francesa, com o trabalho de René Lenoir, que explicitou as desvantagens de algumas pessoas, incluindo as pessoas em sofrimento psíquico, em relação ao progresso industrial (Demo, 2002).

O termo exclusão social ultrapassa a palavra desigualdade, pois além de enfatizar a oposição de interesses entre grupos sociais e a luta pelo reconhecimento social, também, ressalta a fraqueza, a ausência de reivindicações organizadas e a ausência de movimentos que reforcem a coesão da identidade popular. Portanto, um dos principais núcleos da exclusão é a destruição dos "liames coesivos da sociedade" que, além de enfatizar a pobreza material, ressalta a perda do sentimento de pertencimento, explicitando o abandono que tais populações podem experimentar associadas à incapacidade de reagir (Demo, 2002).

Castel (2004), sociólogo francês, alerta que, atualmente, há um uso impreciso da palavra exclusão, pois este termo pode enfatizar apenas a qualificação negativa que designa falta, não dizendo no que ele consiste nem de onde provém. Outra razão para se tomar cuidado com este termo é que pode levar a autonomizar situações – limite não considerando um processo integralmente, um exemplo, seria que recentemente existem sujeitos integrados que se tornam vulneráveis por causa da precarização das relações de trabalho. Portanto, não podemos pensar apenas na exclusão isolada deste sistema mas sim como parte do produto desta sociedade.

Considerando estes alertas, ressalto que trabalharemos com a definição de exclusão de Sawaia (2004, p.9), que ressalta ser a exclusão "um processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. É um processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela".

Compreendendo que existe uma relação dialética entre exclusão e inclusão social, podemos referir que estes conceitos fazem parte de um processo e não podem ser avaliados separadamente. Por isso, expandimos a definição de exclusão para o processo inclusão-exclusão social, ou seja, entendemos que este processo é composto de dimensões materiais; políticas; relacionais e subjetivas que estão constantemente se relacionando.

Portanto, ao falarmos do processo inclusão-exclusão da loucura devemos considerar toda esta complexidade e as diversas facetas do processo histórico da loucura que ainda traz conseqüências a nossa sociedade e que interfere direta e indiretamente no cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico. Precisamos tomar cuidado para não sermos reducionistas e considerar o sofrimento psíquico apenas como uma doença biológica sem levar em conta as complexidades sociais e psíquicas que encontramos na vida concreta das pessoas.

A dimensão material da exclusão é um fenômeno crescente, algo que se tornou familiar no cotidiano das mais diferentes sociedades e que sinaliza o destino excludente de parcelas majoritárias da população mundial, por restrições impostas pelas transformações do mundo do trabalho e por situações advindas dos modelos e estruturas econômicas que geram desigualdades absurdas de qualidade de vida (Sawaia, 2004).

As mudanças do mundo de trabalho tornam mais complexa a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, precisando de uma cultura de

inclusão que lhes possibilite, tornarem-se sujeitos de sua própria história exercitando, assim, sua cidadania (Barros, Aranha, Oliveira, 2000).

A dimensão política é uma forma de intervenção concreta na sociedade que pode favorecer a inclusão ou a exclusão de segmentos da população (Oliveira, 2000).

As políticas de saúde, sobretudo de saúde mental no Brasil, até a década de 1970, foram formas sistemáticas de exclusão econômica e social (Oliveira, 2000), porém com a Reforma Sanitária houve mudanças na política de saúde, incluindo as políticas de Saúde Mental, que passaram a enfatizar direta ou indiretamente a inclusão social, como por exemplo, a Lei nº.10.216, de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e, também redireciona o modelo assistencial de saúde mental, visando a inclusão dessas pessoas na sociedade (Brasil, 2001).

Apesar dos avanços, a atual política econômica é caracterizada pelo capitalismo neoliberal no qual o mercado rege as regras sociais enfatizando o individualismo e dificultando o fortalecimento dos movimentos sociais, excluindo as pessoas com dificuldade para se inserirem nesta sociedade, incluindo aqueles em sofrimento psíquico (Silva, Barros, Oliveira, 2002).

Esta exclusão pode causar uma organização específica nas relações interpessoais ou intergrupais, sendo manifestada pela segregação, que é um distanciamento de uma pessoa “diferente”, pela marginalização, que se caracteriza por manter o indivíduo à parte do grupo, da instituição ou da

sociedade e pela discriminação, que é o fechamento de acesso a certos recursos ou papéis (Jodelet, 2004).

É importante ressaltar que a exclusão é reforçada e perpetuada pelo estigma, pelo preconceito e pela naturalização desses fenômenos, podendo demonstrar uma aceitação desse processo, tanto em nível social como do próprio excluído. Revelando, ainda, uma fragilidade nos vínculos sociais (Wanderley, 2004).

O estigma é um atributo profundamente depreciativo que diferencia o indivíduo que passa a ser considerado como uma pessoa estragada e diminuída (Goffman, 1988). O preconceito é um julgamento sem exame prévio que pode ser positivo ou negativo sobre uma pessoa ou coisa (Jodelet, 2004)

Historicamente, percebemos o quanto o louco foi e ainda é segregado, marginalizado e discriminado socialmente. Para ele, foi atribuído o conceito de doente mental ganhando o estigma da incapacidade, da periculosidade social e da violência, levando à discriminação social e cabendo para este, apenas, a segregação e a marginalização nos manicômios.

O fenômeno traz consigo efeitos psicológicos, afetando o aspecto subjetivo da pessoa que é caracterizado pelo sofrimento de ser desvalorizado, pela vergonha de ser diferente e pela humilhação de ser tratado como inútil.

A humilhação de ser tratado como inferior, louco e criminoso consolida a exclusão social porque este fenômeno é justificado, muitas vezes, como uma proteção por causa do estigma da periculosidade (Santos, 2006)

Este sofrimento causado pela exclusão é caracterizado pela “dor de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade” (Sawaia, 2004, p.109).

A exclusão social também está associada à solidão e à desagregação social somada pelo impacto das precárias condições econômicas, resultando em um duplo processo de vulnerabilidade que são a exclusão do emprego e o enfraquecimento dos vínculos sociais/ fragilização social (Silva, Barros, Oliveira, 2002).

O enfraquecimento dos vínculos sociais é decorrente da precariedade da vida profissional e pela exclusão social, fazendo com que o indivíduo desestabilize suas relações com o outro, levando-o a fechar-se sobre si mesmo e refugiando-se no lar para escapar ao olhar do outro (Paugam, 2004).

Paugam (2004) ressalta que esta desclassificação social é uma experiência humilhante, desestabilizadora das relações com o outro, influenciando também no âmbito familiar, que se desgasta, provocando desintegração e sentimento de culpa. Em muitos casos pode ocorrer a ruptura dos vínculos sociais.

Em todos os setores da vida, estas dificuldades tornam-se crescentes e os indivíduos sem emprego, sem dinheiro e sem dignidade, diante do acúmulo de fracassos vão se marginalizando e sua miséria vai provocando dessocialização. Não vêem esperança de encontrar uma saída, sentem-se inúteis (Paugam, 2004).

A sensação de inutilidade é sempre geradora de sofrimento psíquico que, neste caso, pode ser considerado sofrimento social (Carreteiro, 2004).

A exclusão social deve ser considerada um processo sócio-histórico, configurado em todas as esferas da vida social, mas que é vivido como necessidade do eu, como sentimentos, significados e ações. A lógica dialética da idéia de inclusão/exclusão social nos liga aos mecanismos psicológicos de coação social. Assim, nas sociedades onde prevalecem os fantasmas da individualidade e da desigualdade, o principal sistema de coação é o da culpabilização individual (Sawaia, 2004).

A culpabilização individual é gerada pela concepção do "individualismo como representação coletiva", tendo como conseqüência, entre muitas outras, a atribuição do sucesso e do fracasso exclusivamente aos indivíduos, esquecendo-se completamente das causalidades históricas e sociais (Farr, 1996).

A culpabilização, também, pode ser observada no cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico, pois apesar da psiquiatria ter historicamente enfatizado a doença em lugar da pessoa que vivencia o sofrimento psíquico, criou uma imagem estigmatizada e dificultou o acesso desse sujeito ao trabalho, a casa e a valorização social. Percebemos que a desvalorização e a culpa, muitas vezes, recaem apenas nos sujeitos e não no sistema.

Por isso, concordamos com Sawaia (2004) que estudar o processo de exclusão-inclusão pela subjetividade nos leva a compreender que é na vida

concreta dos sujeitos que se objetivam as políticas de inclusão e/ ou de exclusão existentes que podem ser vivida com resistência ou servidão.

Na vida concreta das pessoas, encontramos possibilidades para a potência de ação, conceito desenvolvido por Espinosa (1957), que discute um potencial que o indivíduo apresenta, permitindo se afirmar, expandir-se e que pode ser ativado e desenvolvido.

Esta potência de ação é acentuada por práticas de inclusão que são defendidas pela Reforma Psiquiátrica, com veremos a seguir.

1.1.2 INCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

A inclusão social é a bandeira da Reforma Psiquiátrica (Leão, 2006), que busca um conjunto de estratégias que visam a ampliação das oportunidades de troca de recursos e de afetos (Saraceno, 1999).

Basaglia (1985) afirma que a loucura é parte integrante da condição humana e precisa ser aceita pela sociedade e que a única maneira de enfrentar a doença mental seria eliminar o manicômio.

Desta forma, estabeleceríamos a tríade reabilitatória do trabalho-integração-dignidade em contrapartida à tríade manicomial ociosidade-solidão-coisificação (Machado, 2001), ou seja, a tríade da inclusão que abrange, agrega

as pessoas diferentes, garantindo-lhes sua cidadania em contrapartida com a exclusão que afasta e segrega o diferente.

Para incluir as pessoas em sofrimento psíquico, ressaltamos que não podemos almejar uma “normalidade” do sujeito para incluí-lo, porque as práticas de inclusão social são direcionadas a esta população exatamente em função da existência da diversidade. Portanto, precisamos produzir novas formas de nos relacionar com as diferenças e transformar as relações entre sociedade e loucura no âmbito sócio-cultural (Amarante, 2003).

Para tanto, neste estudo, procuramosutilizar o conceito de Reabilitação Psicossocial, uma vez que procuramos romper com a tríade manicomial de ociosidade-solidão- coisificação, para uma tríade possibilitadora de trabalho-integração-dignidade. Assim, a Reabilitação Psicossocial é um processo que determina o aumento da capacidade do usuário de utilizar oportunidades e recursos em um percurso que faça crescer sua contratualidade psicológica e social, construindo o direito pleno da cidadania e a constituição material de tal direito (Saraceno, 1999).

Saraceno (1999) ressalta, ainda, que a reabilitação psicossocial não deve ser considerada como a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, ou seja, reabilitar é um processo permanente que visa aumentar a capacidade contratual das pessoas em sofrimento psíquico.

O aumento da capacidade contratual da pessoa em sofrimento psíquico é construído por três eixos (casa, trabalho e rede social) (Saraceno, 1999). O autor considera a casa como um espaço para as atividades da vida cotidiana, mas também como uma possibilidade simbólica para existência de memórias, raízes e afetos. O trabalho não é compreendido apenas como meio de sustento mas sim como auto-realização e a rede social seria uma rede de pessoas, possibilitando trocas de recursos e afetos.

Considerando a reabilitação psicossocial como um processo que visa a aumentar a capacidade de troca das pessoas em sofrimento psíquico, também, evidenciamos que ela visa à inclusão social porque inclui, compreende, abrange as pessoas em sofrimento psíquico na sociedade.

Para considerar todas as dimensões do processo inclusão – exclusão social, precisamos compreender que este processo está inserido em um contexto que alguns autores denominam de pós-modernidade.

1.2 PÓS-MODERNIDADE

Atualmente, vivemos um momento de transição marcado por rupturas de todas as esferas sociais com mudanças paradigmáticas que visam à superação do movimento histórico-cultural da modernidade (Breda, 2006).

Gatti (2005) ressalta que não se pode falar em pós-modernidade sem fazer um contraponto com a modernidade.

A modernidade é caracterizada por uma tríade epistemiológica "o indivíduo, a história e a razão" (Maffesoli, 2004).

O indivíduo é entendido como o senhor de si mesmo e da natureza; a história é percebida como uma trajetória temporal triunfal marcada por uma marcha ao progresso, saindo do mais "bárbaro" para alcançar os mais "civilizados". Esta marcha ao progresso era em diversos cenários como a política, a educação e a economia, ou seja, é a história dos que venceram.

O outro elemento desta tríade é a razão, compreendida como um instrumento que só valoriza o que pode ser manipulado e utilizado, visando a aperfeiçoar o que está inacabado da natureza humana, corrigindo os defeitos sociais. Uma razão que justifica o indivíduo como senhor de si mesmo, do mundo e de sua história (Maffesoli, 2004), mas esta razão não valoriza a subjetividade (Vasconcelos, 2006).

Maffesoli (2004, p.16) ressalta que a modernidade também é caracterizada por uma visão "positivista, acabada e material da evolução

humana" que homogeneíza a forma de ver o mundo, pois se apóia em um causalismo exclusivo e excludente, levando a um dogmatismo, a intolerâncias e a exclusões porque "não há salvação fora deste modelo explicativo que tal causa supostamente fornece".

Gatti (2005) também considera que a modernidade caracteriza-se como uma era marcada pela racionalidade que fundamenta o conhecimento científico, as relações sociais, as relações de trabalho, a vida social, a própria arte, a ética e a moral, criando verdades que enclausuram a própria razão que homogeneíza contextos e pessoas.

A autora ainda ressalta que a modernidade restringe-se aos critérios da objetividade, distanciando-se dos objetos e dos poderes transcendentais, religiosos e metafísicos (Gatti, 2005).

O pensamento pós-moderno vem contestando as visões filosóficas, científicas e religiosas consolidadas pela modernidade (Breda, 2006). É uma ruptura com as características do período moderno, o que, para alguns estudiosos, ainda não aconteceu de modo claro. A polissemia desse conceito pode ser explicada porque reflete "um estado de espírito, mais do que uma realidade já cristalizada" (Rouanet apud Gatti, 2005).

A pós-modernidade é caracterizada pela "sinergia dos fenômenos arcaicos com o desenvolvimento tecnológico" (Maffesoli, 2004, p. 21). É uma ruptura dos grandes modelos epistemológicos, com suas pretensões de verdade, objetividade e universalidade, ruptura esta que se faz pela via da idéia

“da indeterminação, da descontinuidade, do pluralismo teórico e ético, da proliferação de modelos” (Azevedo apud Gatti, 2005).

O movimento reconhece que o conhecimento objetivo é influenciado pela subjetividade e enfatiza “o efeito catastrófico e autoritário das ações humanas orientadas por uma racionalidade que não reconhece e nem discute abertamente as motivações subjetivas e filosóficas” (Vasconcelos, 2006, p. 27).

A pós-modernidade também é vista como um período de criatividade, de restauração de elementos singulares e de potencialidades porque rejeita a idolatria da razão, reconhecendo a importância da subjetividade em todo o tipo de relação social (Brêda, 2006).

Na pós-modernidade, as pessoas em sofrimento psíquico lidam, tanto com os progressos que a Reforma Psiquiátrica trouxe como com a exclusão, o estigma e a violência da psiquiatria clássica. Portanto, há uma sinergia, na pós-modernidade, da exclusão e inclusão social e de suas repercussões nas vidas concretas das pessoas em sofrimento psíquico.

Maffesoli (2004, p. 35) pontua que “a unidimensionalidade do pensamento é incapaz de compreender a polidimensionalidade da vivência”, ou seja, a complexidade da vida não pode ser compreendida por um único olhar ou por uma única verdade. A complexidade da vida de uma pessoa em sofrimento psíquico ultrapassa qualquer explicação biológica, psíquica ou social vista de forma separada.

Considerando esta complexidade da vida concreta das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade, questiono: Qual é a repercussão do processo inclusão – exclusão social, na pós- modernidade, na vida das pessoas em sofrimento psíquico? Será que elas percebem este impacto do processo inclusão – exclusão social em suas vidas?

Estes questionamentos darão subsídios para compreender as percepções dos usuários de saúde mental sobre o processo inclusão - exclusão em suas vidas em uma sociedade pós-moderna, auxiliando-nos no aperfeiçoamento da assistência em saúde mental.

2 OBJETIVO

Descrever e analisar o processo inclusão-exclusão social na trajetória de vida das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo é uma pesquisa qualitativa, porque permite a compreensão da trajetória de vida de pessoas que são construídas de subjetividades, correspondendo, assim, ao objetivo proposto.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por compreender a realidade humana vivida socialmente, aprofundando-se "no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes"(Minayo, 2004a, p. 22).

Merighi e Praça (2003) afirmam que a pesquisa qualitativa permite captar as maneiras pelas quais os indivíduos pensam e reagem frente às questões estudadas, possibilitando compreender os fenômenos que são complexos e únicos.

Matheus (2006) ressalta que a pesquisa qualitativa tem como enfoque o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida, possibilitando, assim, a compreensão da subjetividade e do simbólico que uma pessoa tem sobre o sentido das situações.

Ohl (2006) pontua que esta abordagem é apropriada para a compreensão dos acontecimentos que cercam a realidade das pessoas, pois, é abrangente. Não é fragmentada e tem uma compreensão holística do sujeito, possibilitando entrar em contato com o relacionamento humano, que é permeado de crenças e de valores, sendo uma experiência rica de significações e contradições que vão se estabelecendo por meio de um crescer dialético.

3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico utilizado foi “História Oral de Vida” que possibilitou a compreensão das histórias individuais, respeitando suas diferenças e seu caráter histórico. Este permite “dar voz” às pessoas que foram silenciadas e que, historicamente, foram excluídas e estigmatizadas (Meihy, 2005).

A história oral de vida é uma modalidade de história oral que, segundo Meihy (2005, p.24), “se fundamenta no direito de participação e nesse sentido está ligada à consciência da cidadania”.

Portanto, o método “história oral” possibilitou a escuta das pessoas em sofrimento psíquico que foram historicamente excluídas e estigmatizadas, tendo seus direitos fundamentais desrespeitados e, também, permitiu a complementação de dados e impressões que escapam à documentação escrita, mas que estão impregnados na vida dessas pessoas.

Delory-Momberger ressalta que

> O objeto sobre o qual trabalham as linhas de formação pelas histórias de vida, não é a vida, mas as construções narrativas[...] que é matéria instável, transitória, viva [...] que se reconstrói a cada um de suas enunciações e reconstrói, juntamente com ela, o sentido da história que anuncia (Delory-Momberger, 2006, p. 362).

Conforme a autora refere, o objeto da história de vida não deve ser nos fatos relatados mas sim nas impressões e aspectos subjetivos que estes fatos representam para o sujeito. Ela também enfatiza que, durante as narrativas das histórias de vida, existem (re)construções de memórias e de sentidos.

As (re)construções de memórias e de sentidos embasam a outra justificativa para a escolha do método, pois com a modernidade houve uma homogeneização de contextos e pessoas (Gatti, 2005), evidenciando a necessidade dessas (re)construções, sobretudo, para as pessoas em sofrimento psíquico que foram historicamente silenciadas pela exclusão social.

Meihy (2005) ressalta que a história oral pode ser usada com uma "técnica", ou como um "método" e até como uma "disciplina".

A opção de usar a História Oral como método e não como técnica privilegia os depoimentos como ponto central do estudo, necessitando, também, de uma maior atenção nas etapas que compreendem: a elaboração do projeto; a gravação; a confecção do documento escrito que possui as fases de transcrição, de textualização e de transcriação; conferência e autorização para uso, eventual análise e a devolução do produto (Meihy, 2005).

Segundo o autor, a elaboração do projeto é fundamental, pois define os critérios que nortearão o estudo a ser utilizado. Ressalta que antes da entrevista, é necessário constar, na gravação, o nome do projeto, a identidade do entrevistado, o local e a data do encontro. Afirma também que é preciso

registrar que “a entrevista terá uma conferência e que nada será publicado sem autorização prévia do colaborador” (Meihy, 2005, p.180)

Meihy (2005) aconselha que avise o colaborador que a transcrição é um processo lento, podendo ter uma demora na devolução do material para conferência, assim, evitam-se expectativas imediatistas.

Optamos por usar a História Oral como método privilegiando os depoimentos como ponto central do estudo. As etapas do método foram seguidas e a confecção do documento escrito passou pelas fases, ressaltadas por Meihy (2005), de transcrição, de textualização e de transcriação:

- Transcrição: é a passagem completa da entrevista gravada para o texto escrito, incluindo os erros, as repetições e as perguntas do entrevistador.

- Textualização: é a transcrição trabalhada, na qual as perguntas são suprimidas e são agregadas às respostas, estabelecendo também a lista das palavras importantes e das expressões básicas das histórias. Nesta fase, deve-se atribuir o “tom vital”, que é uma frase representativa de uma síntese moral da narrativa, colocada na introdução da história de vida.

- Transcriação: é a entrevista trabalhada de maneira mais ampla, na qual há uma recriação completa do texto, tendo correções gramaticais, acréscimos ou retiradas de palavras e mudanças da ordem dos parágrafos. Por ser uma recriação completa, a conferência e a legitimação por parte do entrevistado são necessárias.

Neste estudo, realizamos esta legitimação por parte do entrevistado que, segundo Meihy (2005), é oficializada pela carta de cessão que é um documento que autoriza o uso da entrevista de forma completa ou parcial e pontua a importância da devolução do produto, sobretudo, ao grupo que gerou a entrevista.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Projeto Tear em Guarulhos que foi inaugurado em agosto de 2003, nascendo de uma parceria entre a Pfizer, a Prefeitura de Guarulhos e a Associação Cornélia Vlieg. Este projeto é cadastrado como um Centro de Atenção Psicossocial II[1], porém não funciona com a característica de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O município de Guarulhos é composto por uma população de 1.315.059 habitantes sendo 668.406 do sexo feminino e 646.653 do sexo masculino (Brasil, 2008).

A rede do município possui três CAPS II, um CAPS i, um CAPS ad e um hospital geral que atende a urgências de saúde mental.

[1] Os Centros de Atenção Psicossocial são definidos como dispositivos de saúde, articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental num determinado território. Sua função é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando internações em hospitais psiquiátricos, promover a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico por meio de ações intersetoriais, é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário a responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Classificados em CAPS I, II e III, Infantil (i), Álcool e Drogas (ad) (Brasil, 2004a).

O projeto visa dar sentido à vida de pessoas em sofrimento psíquico por meio do trabalho e da expressão criativa, portanto, ele visa a inclusão social por intermédio do trabalho. Funciona de segunda à sexta-feira, das 7h às 17h.

Atualmente, o projeto conta com cerca de 100 usuários que participam diariamente de uma das sete oficinas: de vela; de tear & costura; marcenaria; papel artesanal; gráfica; mosaico e vitral. Cada oficina tem um profissional de saúde mental (psicólogos ou terapeutas ocupacionais) e um oficineiro.

O município optou por alocar os psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de enfermagem em outro CAPS da região onde os pacientes passam periodicamente, sendo esta, uma tentativa de criar um ambiente que se aproxime mais de um lugar de trabalho, que propriamente de tratamento.

Os profissionais do Projeto Tear discutem, periodicamente, com os psiquiatras que foram alocados no outro CAPS para pensar sobre o projeto terapêutico de cada usuário, decidindo com eles a freqüência com que comparecerão ao serviço.

Mensalmente, os integrantes das oficinas (profissionais e usuários) se reúnem-se para definição da distribuição dos resultados das vendas, quanto será destinado à aquisição de materiais para as próximas produções e quanto será distribuído a cada usuário - as "bolsas oficinas". Esta avaliação considera a freqüência de cada um na oficina e uma avaliação de desempenho realizada pelos próprios usuários, assim, um avalia o trabalho do outro. Os usuários partilham, também, a responsabilidade e o comprometimento na hora da

decisão sobre aceitar uma encomenda e determinar prazos para executá-la.

Ao entrar no projeto, o usuário passa por um rodízio em todas as oficinas para conhecê-las e somente depois, ele escolhe a oficina que prefere trabalhar.

3.3 O CAMINHO PERCORRIDO NA ESCOLHA DOS COLABORADORES

No referencial metodológico da História Oral, os sujeitos da pesquisa são denominados colaboradores, pois possuem um papel ativo no estudo, deixando de ser considerados como apenas meros informantes (Meihy, 2005).

O autor ressalta que a colônia, ou seja, o grupo a ser estudado caracteriza-se pela identidade cultural dos segmentos dispostos na análise, precisando ser estabelecida uma rede que é uma "subdivisão da colônia que visa estabelecer parâmetros para decidir sobre quem se deve e quem não se deve entrevistar" (Meihy, 2005, p.177).

O presente estudo teve como colônia as pessoas em sofrimento psíquico e como rede as pessoas em sofrimento psíquico que participam do projeto e com condições de narrar sua história de vida.

Brêtas (2006) pontua que este método não requer uma determinação amostral para a definição dos colaboradores e estes podem ser selecionados pela relevância ou pela representatividade social.

A escolha dos colaboradores foi realizada pelo interesse deles em

participar da pesquisa e que estivesse de acordo com os seguintes critérios: participar do projeto; ter um transtorno psíquico grave e ter condições de narrar sua história de vida.

A pesquisadora por não trabalhar nesse projeto optou por um mergulho no campo e ficou uma semana realizando rodízio em cada período do dia nas oficinas. Ao entrar na oficina, era apresentada aos usuários pelos coordenadores e estes solicitavam uma breve explicação da pesquisa aos usuários, e eu passava o período realizando as atividades com esses usuários.

Neste período, conheci diversas pessoas e aprendi como se faz um papel reciclado. Como se monta um caderno, como se lixa uma madeira, como se faz um sabonete, como fazer o ponto correntinha em crochê e ajudei a fazer um mosaico em uma caixa de jóias e um sabonete; durante os intervalos das oficinas, sete usuários procuraram-me e pontuaram que gostariam de participar do estudo. As entrevistas com os colaboradores ocorreram fora do período de imersão.

Este mergulho nas oficinas foi essencial, pois estabeleceu o vínculo entre a pesquisadora e os colaboradores, possibilitando-lhes falar com confiança de suas vidas, seus sentimentos e angústias e, também, permitiu para a pesquisadora entrar em contato com os colaboradores como integrantes da oficina, percebendo a produção e o significado desta para cada um deles.

Matheus (2006) ressalta que o desafio do pesquisador em uma abordagem qualitativa é a interação com os participantes a fim de entrar em

contato com a subjetividade de cada um, revelando seus sentimentos e significações a respeito de suas experiências.

Os colaboradores foram denominados de: Vega, Capella, Alfa Centauri, Aldebarã, Sirius, Mirfak e Antares, garantindo, assim, o anonimato dos sujeitos.

3.4 COLETA DE DADOS

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo A) antes da coleta de dados, conforme a Resolução nº196, de 10/10/1996 que dispõe sobre as normas de Pesquisa, envolvendo os seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

Em agosto de 2007, o projeto desta pesquisa foi enviado à Coordenadora do serviço pesquisado que, com a equipe de profissionais, aprovaram a realização do estudo e o apresentaram ao Conselho Gestor do serviço que também aprovou sua realização. Esta Coordenadora enviou o projeto para à Prefeitura do Município e, em 17 de janeiro de 2008, saiu à aprovação para a realização da pesquisa (Anexo B).

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro por meio de entrevista semi-estruturada com a seguinte questão norteadora: **Conte-me como foi a história de sua vida até os dias de hoje?**

A pesquisadora também utilizou quando necessário, para alcançar o objetivo do estudo, a questão: **Como é para você estar no projeto?**

Minayo (2004b) ressalta que as entrevistas semi-estruturadas e as não estruturadas possibilitam compreender as relações, pois fornecem dados referentes a fatos, a sentimentos, a opiniões e às crenças.

Antes de iniciar as entrevistas, os colaboradores foram informados sobre o Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). O termo foi assinado sendo enfatizados os seguintes assuntos: a importância de sua participação; a liberdade de a qualquer momento desistir de participar e o anonimato dos colaboradores. Um dos colaboradores não sabia ler nem escrever, apenas assinava o nome. Neste caso, a leitura do Termo de Consentimento foi realizado pela própria pesquisadora e a autorização foi gravada. Os objetivos do estudo e da entrevista em questão foram lhes explicados e citado que no final suas histórias seriam registradas sob a forma de narrativa e seriam devolvidas para a conferência e a legitimação do que foi escrito.

Após a legitimação das narrativas que ocorreram nos meses de março e abril, os colaboradores assinaram a carta de cessão (Anexo D) que oficializou esta legitimação e autorizaram o uso total das narrativas.

Um roteiro (Anexo E) foi empregado para obter os dados sociodemográficos dos colaboradores, como: idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade e religião.

A própria pesquisadora realizou a coleta de dados, com uso de gravador e, posteriormente, foram cumpridas as fases previstas por esse método: a transcrição, a textualização e a transcriação (Meihy, 2005).

Os colaboradores escolheram que a entrevista fosse realizada no próprio projeto. Dessa forma, as entrevistas ocorreram em salas privadas dentro do Projeto de Geração de Renda.

Meihy (2005) ressalta que não existe um número ideal de entrevistados, mas, quando os argumentos destes começam a se repetir pode parar com as entrevistas. Ainda afirma que, constantemente, devemos voltar aos objetivos da pesquisa para evitar que o número de entrevistados seja maior que o necessário.

Neste estudo, foram entrevistados sete colaboradores que demonstraram interesse em participar do estudo, sendo um do sexo masculino e seis do sexo feminino.

Consideramos também importante ressaltar o acolhimento que a pesquisadora recebeu dos profissionais e usuários do projeto, sendo considerada como mais um membro do cenário, participante das oficinas.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, a confecção do documento escrito foi feita e passou pelas fases do referencial metodológico utilizado, que compreendeu a transcrição, a textualização e a transcriação.

A transcrição foi uma fase demorada, pois a pesquisadora precisou trabalhar com as singularidades da comunicação dos colaboradores, ouvindo várias vezes a gravação porque Vega e Sirius falavam muito rápido; Alfa Centauri estava sedada, falando com dificuldade e sussurrando e Aldebarã apresentava um discurso confuso e, por isso, a pesquisadora precisou usar as técnicas de comunicação de clarificação e validação durante a coleta para mantê-lo no assunto, com os outros colaboradores a transcrição ocorreu sem dificuldades.

A transcriação foi uma fase delicada, pois é difícil mexer na história de uma vida que é repleta de significados e sentidos.

Depois destas fases, houve a devolução das histórias escritas aos colaboradores. A pesquisadora precisou concentrar todas as devolutivas em dois dias, decorrente da ansiedade dos colaboradores em receber suas histórias, apesar do contrato prévio que o processo seria demorado

Após a devolução, a pesquisadora tinha uma riqueza de elementos decorrentes das histórias de vida e a dúvida de como organizar uma análise.

Desse modo, decidimos utilizar a análise de conteúdo como é preconizada por Bardin ([2008?], p.44) que a define como:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Esta técnica procura conhecer o que está por trás das palavras (Bardin, [2008?]), procura conhecer os sentidos e os significados. A análise de conteúdo possibilita a compreensão das histórias de vida dos colaboradores que ultrapassa os significados manifestos.

Este procedimento é sistemático

> [...] parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais complexo: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (Minayo, 2004b, p.203).

Ressaltamos que a análise de conteúdo ampliará alguns sentidos e significados da história de vida, mas alertamos que qualquer análise é incapaz de compreender a complexidade da vida de uma pessoa, pois “a

unidimensionalidade do pensamento é incapaz de compreender a polidimensionalidade da vivência" (Maffesoli, 2004, p.35).

Neste estudo, optamos pela análise temática que desmembra o texto em temas/ categorias (Bardin, [2008?]).

As categorias analisadas basearam-se no discurso dos entrevistados e na definição de exclusão de Sawaia (2004) que é um processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas.

Portanto, encontramos as seguintes categorias:

- Aspecto político, subdividida na dimensão política do processo de exclusão e na dimensão política do processo de inclusão;
- Aspectos relacionais, esta categoria foi subdividida na dimensão relacional do processo de exclusão e na dimensão relacional do processo de inclusão;
- Aspecto subjetivo, subdividido na dimensão subjetiva do processo de exclusão e na dimensão subjetiva do processo de inclusão;
- Aspecto material, subdividido na dimensão material do processo de exclusão e na dimensão material do processo de inclusão.

Ressaltamos que nossa intenção foi analisar esses diferentes componentes do processo inclusão-exclusão da pessoa em sofrimento psíquico para melhor compreendê-lo, porém apresentaremos esses aspectos de maneira

específica, separados, para não excluir as diferentes dimensões, garantindo a discussão de todas as facetas do fenômeno, mas lembramos que estes aspectos relacionam-se de forma dialética.

No próximo capítulo, apresentaremos a caracterização dos dados sociodemográficos dos colaboradores acompanhados na íntegra de suas histórias de vida, cuja análise e discussão serão apresentadas no Capítulo 5.

4 AS HISTÓRIAS DE VIDA DOS COLABORADORES

Colaboradora 1

Vega tem 51 anos, sem filhos, mora com um companheiro. Possui o ensino superior incompleto, é evangélica. Relata ter problemas de depressão. Na entrevista falava rápido, gesticulava muito e, às vezes, levantava-se da cadeira para exemplificar. Afirmou que não viria ao projeto, pois estava chovendo e com o seu pé machucado, mas compareceu porque havia marcado comigo. Na devolução de sua narrativa, preferiu ler e afirmou que eu havia conseguido resumir sua vida. Ficou com uma cópia.

Tom Vital: "Eu enfrentei e enfrento tudo, pois era para eu estar internada na psiquiatria por causa de tudo que me aconteceu, mas eu levantei a cabeça e falei para Deus que iria enfrentar tudo".

Eu sempre fui uma moça que tive família, mas aconteceram coisas que acontecem na vida, meu pai e minha mãe se separaram. Eles não conseguiram viver mais juntos e minhas irmãs foram se casando. Eu gostava muito de minha irmã mais nova, depois do casamento dela fiquei meio atirada e deprimida. Depois, fui ficando mais velha e lá pelos 20 e poucos anos, conheci algumas colegas que foram me arrumando trabalho. Trabalhei na Rua 15 de Novembro; trabalhei na tipografia em Guarulhos perto da telefônica.

Trabalhei em vários lugares. Trabalhei muito na minha vida. Eu trabalhei com o meu irmão em um lugar onde faziam sandálias de mulher. Era um lugar onde só tinha homens. Todo mundo gostava de mim. Todos os dias, eu e meu

irmão pegávamos um trem para trabalhar e havia um moço que sempre sentava atrás e puxava os meus cabelos. Eu falava para meu irmão que não queria ir trabalhar porque havia um moço que mexia nos meus cabelos. Eu peguei medo, pois eu era uma criança, só tinha 7 anos e já acompanhava meu irmão que tinha 20 e poucos anos para trabalhar. Todos os dias, ele saia de sua casa e me pegava para trabalhar.

Fui crescendo. Um dia, fui à casa do meu irmão que era casado e o seu vizinho me perguntou se eu lembrava dele, pois ele era o rapaz que puxava minhas madeixas, e ele ressaltou que eu fiquei uma moça muito bonita.

Depois comecei a estudar; fiz a primeira e a segunda série e depois que minha irmã casou, fui morar na Vila Barros. Trabalhei no frigorífico; tirando notas de sandálias; no mercado e até trabalhei em uma loja de vestidos longos, na qual desfilava e era rematadeira. Rematadeira é aquela pessoa que faz acabamento de roupa.

Também trabalhei com minha mãe lá na cidade. Fui trabalhar de rematadeira e depois me colocaram no balcão e fui sendo promovida. Depois trabalhei no frigorífico, como já disse, cortando carne e precisei usar aquelas botas na friagem e é por causa dessa friagem que fiquei doente dos ossos. Depois trabalhei na rede que tinha um homem que queria casar comigo. Trabalhei na tipografia em Guarulhos e depois arrumei trabalho no mercado.

Lembro que pedi para minha mãe me deixar estudar para ser enfermeira e ela deixou. Estudava e trabalhava no hospital das 10h às 4h da tarde e era

muito perigoso. Comecei a me sentir mal, estava com estresse, pois precisava estudar até tarde, ajudar em casa e ainda cuidava das roupas no final de semana para não deixar tudo para minha mãe.

No hospital, eu limpava, cuidava das doenças, dava banho, tirava sangue, fazia todas estas coisas. Depois fui transferida para a pediatria, e eu dava soro quando a criança não comia, dava antibiótico, dava dieta e escrevia naquelas pranchetas para o médico ler.

Fui registrada como auxiliar de enfermagem por dois anos. Comecei a fazer o ginásio e namorava um rapaz que morreu, me levando a ter uma forte depressão. Eu só chorava e não saia de casa. Isso trancou a minha vida.

Como eu estudava à noite, um dia às 22h fui assaltada, mas eu acabei correndo. Meu irmão afirmou que eu não devia ter corrido, pois eles poderiam ter me matado. A minha mãe percebeu que eu estava demorando e foi atrás de mim. Não sei como aqueles homens não mataram a minha mãe. Eu escapei, mas hoje quando me lembro fico muito assustada.

Depois acabei encontrando o meu namorado e soube que eles levaram tudo dele. Mas, graças a Deus, eram coisas supérfluas, pior seria se levassem a vida. Depois disso, minha mãe me fez trancar o curso afirmando que ela ficava até muito tarde, trabalhando em cima de uma máquina e não daria para me pegar na aula.

E outra coisa que me fez trancar o curso, foi porque tive um problema no meu seio e minha mãe me levou para o médico. Eu tinha muitas dores na

cabeça e parecia que iria enlouquecer. Estas dores eram devido às pedras no seio. Eu operei e acabei perdendo muitos dias de aula e decidi que não iria mais, porque quando estou seguindo alguma coisa, eu gosto de ir até o fim. Eu sou assim! E, neste caso, eu havia perdido quase dois meses de aula e até perdi prova. Por isso, minha mãe foi lá e trancou a matrícula.

Depois uma colega me arranjou um emprego no laboratório Axé na parte de embalagem. Eu fazia caixinha o dia inteiro e depois fui transferida para pôr tampinhas de xarope porque viram que eu era muito rápida. Acabei machucando as minhas mãos na fábrica e fiquei alguns dias em casa. O meu pai estava separado da minha mãe e morava em Santos e ele me convidou para passar uns dias lá. Foi nesta época que uma carta chegou da empresa me transferindo da fábrica para ser telefonista.

Antes de receber esta carta, cheguei a morar um pouco em Santos com o meu pai e fui trabalhar em uma agência de viagem. Todos os dias, eu acordava às 6 horas, ia para a praia, depois fazia o café e ia trabalhar. Todo mundo gostava de mim. Saia do trabalho às 14 horas, e eu ia para a praia novamente, depois fazia a janta, lavava e passava para o meu pai. Mas, acabei voltando para São Paulo quando chegou a carta da empresa me transferindo para ser telefonista.

Um dia, cismei em encerar a casa toda, pois minha mãe trabalhava e era eu que dava conta de casa também. A casa estava encerada, e eu fui olhar o feijão, só lembro que escorreguei e bati a cabeça nessa parte de cima, não vi

mais nada. Eu só vi quando já estava no hospital e lembro que havia muito sangue. Eu acho que quem me salvou foi a senhora que sempre marcávamos para ir á igreja e naquele dia nós havíamos marcado. Depois desse dia, recebi alta do hospital, mas não fui a mesma, pois eu não reconhecia ninguém e fiquei com a vista embaçada. Eu falava para minha mãe que eu queria voltar a trabalhar, mas ela ressaltou que eu não tinha mais condições.

Mas eu era teimosa e tentava trabalhar. Nessa época, eu trabalhava lá no hospital, e quando eu ia para o ponto de ônibus para trabalhar eu começava a gritar porque eu não agüentava de dor e alguém do ponto me levava em casa.

Um dia, eu acabei desmaiando de dor e ai não teve jeito, minha mãe não me deixou sair mais de casa. Ela parou de trabalhar fora, pegando apenas costuras que podia fazer em casa, só para cuidar de mim. Era ela que me dava banho e até chegou a me dar comida na boca. Ela sofreu muito comigo e é por isso que falam que mãe é só uma na vida da gente. Eu fiquei como uma demente. A minha mente ficou apagada e era bem devagar, mas a minha mãe foi me ensinando a pegar na agulha de crochê. Ela nunca gritou comigo, ela me ensinava falando bem baixinho, com muita calma.

Eu ficava o dia inteiro apenas desfiando o novelo e mexendo. Hoje eu faço facilmente e com rapidez qualquer coisa de crochê. Acho que a minha mente gravou, porque quando somos tratados com amor tudo se transforma, por isso que as pessoas precisam se dedicar àquilo que estão fazendo. O

próprio amor transforma. Eu tinha uma cachorrinha que era muito linda, e eu tratei com muito amor e ela ficou boa.

Eu só sei que quando a minha mãe morreu, eu lembrava direitinho, ela me ensinando que era um para dentro e um ponto para fora.

Aquele tombo afetou a minha cabeça e, também, eu estava menstruada e com o tombo subiu para a cabeça e deu um coágulo na cabeça. Eu sentia muita dor, sentia que esquentava e quando eu ouvia alguma voz tinha vontade de quebrar tudo e gritava de dor. Eu estava que nem louca. Eu tenho o raio X até hoje. E é por isso que temos que viver o presente, o passado não interessa mais. Quando o cérebro não trabalha, a gente não é nada. Minha mãe também tentava me ensinar a costurar, mas a tesoura caia da minha mão. Coitada, ela trabalhava até as três horas da manhã. Eu era uma demente, toda molenga.

Toda manhã minha mãe arrumava os pacotes para entregar a roupa e quando eu estava boa, ela me levava, pois ela não gostava de me deixar em casa. Todo mês, eu ia a uma consulta com um psiquiatra e ele perguntava para minha mãe como eu estava. E ela respondia que cada dia eu estava pior e um dia ele falou que eu não tinha mais jeito e ficaria daquele modo para sempre. E era para ela não perder mais tempo era só esperar a minha morte. Minha mãe sofreu muito, sofreu muito comigo. E quando a minha mãe recebeu esta notícia ficou muito triste e um dia indo para casa da minha tia de ônibus falou para mim: _ “Você precisa aprender a andar sozinha que a mamãe não vai estar para sempre com você.”

E quando chegamos ao portão da casa da minha tia, minha mãe começou a virar os olhos e a sentir dor. Nós entramos na casa da minha tia e eu falava que ela precisava tomar a medicação. Ela precisava tomar o remédio às 18 horas e ela não tomou. Não posso falar coisas que não sei, mas acho que ela morreu por falta da medicação... Passou o horário. Levaram para o hospital, e eu não vi nada. A minha irmã mais velha pediu para o médico me dar uma injeção para eu não ir ao enterro e ele se recusou afirmando que era importante eu ver o enterro da minha mãe, porque se não, quando eu acordasse e não a visse mais seria pior.

Por isso, todas as pessoas precisam sentir o drama, para resistir. Todos precisam saber o significado da vida que é abençoada. Conhecer as dores e as mágoas também.

Quando a minha mãe morreu, acabou comigo porque eu era doente e ninguém queria ficar comigo. Fiquei isolada!! Ninguém quer ficar com uma pessoa doente. Todo mundo tem a sua vida. Um falava que tinha que levar a filha para escola e não teria tempo para ficar comigo, outra falava que trabalhava muito e não tinha como ficar comigo, a outra estava na faculdade, mas foi essa que me deu apoio. Ela largou tudo para tomar conta de mim.

Largou tudo, até o marido que não queria que eu ficasse na casa com eles e falava que era melhor me colocar em um hospital, e ela acabou largando o marido, pondo-o para fora. Eu devo muito para essa irmã. Fui morar em cima da casa da minha irmã que tinha um cômodo e uma cozinha que estava vazio e

eu adorei porque se ficasse dentro da casa da minha irmã, eu não poderia fumar, pois os filhos dela não gostavam de cigarro. E ela ressaltou que uma moça precisava ter um quarto só para ela e não podia ficar com os meninos. Minha irmã me dava medicação e contratou uma moça para me dar banho e cuidar de mim, mas esta moça era uma safada, não me dava banho e ainda me roubava.

Um dia, o meu irmão começou a pagar uma psicóloga para mim, e eu devo muito para ela também. Quando eu ia para o médico, eu tinha muita dificuldade para falar e quem falava por mim era a minha irmã.

Acho que era devido a minha doença. Quando fui para a psicóloga, ela pediu para eu entrar sozinha e minha irmã ressaltava que eu não conseguia falar, mas a psicóloga ressaltou que o trabalho seria comigo e não com ela. Devagar, eu comecei a falar e ela me perguntou o que eu queria fazer na vida. Eu afirmei que gostaria de voltar a estudar, porque lá poderia ter amigas e isto seria uma alegria para mim e também possibilitaria que no final de semana, eu pudesse estudar, pois nos finais de semana não tinha o que fazer e nem para onde ir.

Esta psicóloga ressaltou que era para eu mudar a minha atitude, principalmente, com a minha irmã. Era para eu parar de me ver como uma doente e passar a me perceber como uma pessoa capaz e com isso deveria ir aos lugares que tenho vontade e começar ajudar nos serviços de casa.

Eu disse para ela que a minha irmã não me deixava fazer nada nem lavar uma louça apesar dela ser uma pessoa muito atarefada, pois cuidava da casa, de sua filha, de mim e ainda fazia faculdade. Eu passava os dias deitada e cheguei até urinar nas calças. Minha irmã sofreu muito comigo... Não é fácil cuidar dessas pessoas que tem problema.

Com o tempo, minha irmã começou a ver melhora no meu quadro, mas não foi fácil, pois a minha mente não ajudava. Eu ia às sessões e trocava algumas idéias, falava da minha infância e depois discutia algumas coisas com a minha irmã. Falava para ela me deixar ser mais independente, me deixar ir à casa das minhas amigas, deixar a porta aberta para eu ficar mais à vontade. Eu ia à casa das minhas amigas, mas não sabia voltar, e elas me traziam de volta.

Minha irmã tinha que viajar a trabalho e isso a maltratava, pois ela não gostava de me deixar sozinha e ficava preocupada. Eu tomava quase 30 comprimidos e isto a deixava mais preocupada. Então, fui me analisando e tive uma ótima melhora devido o meu trabalho de ajudá-la em casa. Quando ela chegava em casa, a cozinha estava toda limpa e com a comida feita. Minha irmã ficava muito feliz e acabei pontuando que gostaria de voltar a estudar, mas ela afirmou que eu não podia, pois eu ainda estava melhorando.

Um dia, levantei e fui me matricular, mas não tinha vaga para o ano em que eu estava apenas tinha vaga para o 1º ano do primário e eu acabei cursando novamente. Minhas amigas me gozaram por eu cursar o primeiro ano

novamente, mas eu queria era estudar e logo terminei a 4ª série e fui para o ginásio. Foi lá em Guarulhos e minha irmã ficou muito feliz.

Outra coisa que me ajudou muito foi a igreja. No começo, quando falavam para eu entregar a minha vida para Deus, eu tinha medo e teve uma vez que até sai correndo da igreja. Mas depois, fui tomando os banhos e teve um banho no domingo que a água da piscina foi ficando morna, e eu fui ficando leve. Parecia que eu estava pisando em algodão. Fui melhorando e a minha mente foi se livrando de todos os pensamentos ruins. Acabei indo morar nesta casa que era da minha mãe que estava fechada desde a sua morte.

Tenho um irmão que está fazendo hemodiálise e mora num quarto e cozinha no terreno dessa casa, pois não tem condições de pagar aluguel. O meu outro irmão falou que era para eu mandar ele para fora ou cobrar aluguel. Ele é muito egoísta. Eu jamais colocaria o meu irmão para fora. Falei que se ele puder ou não, eu vou pagar a luz e a água sozinha, mas não o ponho para fora. Não vou pôr para fora uma pessoa do meu próprio sangue. Eu gosto muito deste irmão, eu faço o cabelo e as unhas dele. Hoje, eu pago o imposto da casa sozinha, e o meu irmão vai para Santos, pois ele não está bem e entraram na casa dele para roubar.

Tenho uma aposentadoria e trabalho aqui. Aqui me trato e trabalho. O tratamento na psiquiatria não é apenas a injeção ou trancar. Aqui a nossa família fica mais tranqüila, pois as pessoas que trabalham aqui se preocupam

conosco. Eu estou aqui, mais por causa do tratamento do que pelo dinheiro. Aqui você faz terapia se você estivesse em casa, o serviço de casa não acaba.

O meu companheiro sempre fala para eu largar o serviço de casa e descansar. Hoje eu acordei às 4 horas da manhã, já lavei toda a cozinha e varri o quintal, quando eu chego aqui, já chego cansada. As pessoas nem imaginam os problemas que a gente passa. Eu fui roubada. Fui ajudar a moça, e ela me roubou.

Era para eu ser uma pessoa que fica trancada no quarto só chorando pelas coisas que roubaram, mas eu fui à luta, entreguei nas mãos de Deus. Ele vai me dar forças para trabalhar e comprar tudo o que foi levado. A gente nunca deve abaixar a cabeça, sempre devemos andar com ela erguida. A gente se levanta doente para trabalhar e ninguém imagina o sacrifício que foi para conquistar estas coisas.

Outro fato marcante é que participo do teatro do oprimido e um dia recebi uma proposta para eu desfilar lá na Armênia. Acabei fazendo um curso de modelo que teve a duração de quatro sábados e, também, fiz um book e paguei em quatro vezes. Desfilei em um evento para pais com um vestido comprido e estava maquiada. Depois te mostro o book.

Como lhe falei, eu gosto muito de estar no projeto. Aqui é como se fosse uma família, mas o meu marido está pensando em ir embora para Santos. O meu irmão está doente, não tem filho é aposentado e se ele quer ir para Santos tudo bem.

Mas eu tenho responsabilidade, ainda tenho vida e não tenho a doença que ele tem. Não quero dizer que ele esta no final da vida. Ele é muito trabalhador, mas com esta doença ele precisa ter a vidinha dele, comer o peixe que ele tanto gosta, mas eu tenho que pagar o imposto, a luz tudo sozinha e tem a faculdade que eu quero fazer. Eu gosto muito daqui. Tenho muitos colegas. Adoro o teatro do oprimido e fizemos muito sucesso com a peça, fomos até para o Rio.

Acredito que todos percebem quando você é tratado bem ou mal, até uma pessoa doente. É por isso que gosto daqui me trata bem. Eu trato como sou tratada. Sempre tento fazer amizade, mas eu sei quem é meu amigo e quem não é.

Eu enfrentei e enfrento tudo, pois era para eu estar internada na psiquiatria por causa de tudo que me aconteceu, mas eu levantei a cabeça e falei para Deus que iria enfrentar tudo. E eu vou enfrentar tudo porque não sou preguiçosa. Tem muitas coisas que nem o homem e nem os médicos resolvem, mas ninguém pode com as mãos Divinas. E é, por isso, que vou trabalhar e vou comprar as minhas coisas e vou ajudar os outros, porque as pessoas precisam ajudar o outro.

Colaboradora 2

Capella tem 52 anos, é casada e tem dois filhos. Mora com o seu companheiro e seus filhos. Possui o ensino superior completo e é Espírita Kardecista. Relata ter transtorno afetivo bipolar. Na entrevista, falava com tranqüilidade e com um tom de voz baixo; em alguns momentos, seus olhos se encheram de lágrimas, mas não chorou. Durante a devolução de sua narrativa, não quis ler e não olhava para mim durante o relato, apenas olhava para o chão. Não quis ficar com uma cópia de sua narrativa.

Tom vital: "É muito complicado porque de repente eu faço a mala do meu marido e mando embora. Vejo que ele não é um amigo e sim um inimigo que está fazendo mal para mim. Mas tem hora que vejo o quanto eu preciso dele ao meu lado, porque ele me dá apoio quando eu preciso. Veja como é difícil."

Tive uma infância pobre, mas era uma criança bastante criativa, pois inventava os meus próprios brinquedos. Na época, a gente não tinha brinquedos porque éramos pobres e, por isso, brincávamos com tudo que tínhamos em mãos como: pedrinhas, latinhas e plantas.

Apesar de ser pobre, ia muito ao cinema. Todos os domingos ia à matinê, porque o meu tio era do juizado de menor e conseguia os ingressos para o cinema. Assistia aos filmes da época como: o Gordo e o Magro, Tarzã e Mazzaropi. Eu assistia muitos filmes do Mazzaropi, porque eu os adorava.

Às quartas feiras, também, assistia a filmes japoneses para entrar em contato com a cultura japonesa. Gostava muito destes filmes, porque eram espiritualistas e tinha muito a ver com a minha religião, mas estes filmes também continham muita violência.

Eu também ia muito ao circo. Gostava muito de ir ao circo e toda vez que tinha circo no parque a gente estava lá. E foi por causa desta paixão que as minhas brincadeiras estavam muito ligadas ao circo. Eu fazia malabares, trapézio, trapézio nas árvores, fazia equilíbrio em cima da parede. Vivia caindo, batendo com a cabeça e desmaiando. Brinquei muito de circo, de concurso de dança e concurso de canto que foi uma parte gratificante da minha infância, mas também tive problemas de relacionamento afetivo, pois tive muita falta de carinho e de diálogo por parte de pai.

Em relação à minha mãe, não tive este problema, apesar dela sempre estar ocupada e ter pouco tempo para nós, porque ela fazia bolo para fora, costurava para fora, vendia roupa para fora, mas a gente criava espaço para brincar.

Também tivemos problema com a violência por parte do meu pai que era muito agressivo, embora fosse trabalhador. Ele era muito aventureiro e achava que a gente atrapalhava as suas aventuras amorosas, ficando muito nervoso e descontando na gente. Isso também ocorria quando faltava dinheiro. Acho que esta falta de amor e a violência por parte dele contra a minha mãe e a gente foram as partes mais dolorosas da minha infância.

Talvez, fui a que mais recebia a carga, a carga de violência porque era muito crítica. Eu defendia a minha mãe. Eu contestava a violência dele e por isso apanhava ainda mais, mas eu não deixava de contestar. Era muito contestadora. Queria ver as coisas certas e não deixava ele fazer..., talvez este foi o motivo porque ele tinha muita bronca de mim, mas, foi assim.

Na minha infância, tive muitas doenças infantis como: bronquite, asma, caxumba, catapora, sarampo, varíola, varicela. Tive de tudo! Até tosse comprida. Tive todas as doenças que alguém possa ter. Todas as doenças que pintava no pedaço, eu pegava. A primeira série da escola foi meio conturbada e acabei perdendo porque eu não tinha nem nota nem freqüência por causa dos problemas de saúde e, também, tinha uma professora muito violenta que me batia muito com régua, puxava a orelha, me colocava atrás da porta. Ajoelhava no chão. Era muito violenta porque eu dormia na sala devido a asma. Mas tudo bem, tudo bem!

Fui a melhor aluna do colegial. Só tirava “A” e era muito querida pelos professores. Participava do grêmio da escola, de desfile e de todos os eventos que tinham na escola. Gostava de participar! Tinha mais amizade com os meninos, porque achava que eles eram mais fiéis e porque não tinha competição.

No final de semana nós saíamos pouco. Eu gostava de ir ao cinema. Sempre gostei muito de ir ao cinema. Dava uma volta na praça, pois naquela época a diversão das meninas era dar um passeio na praça ou ir a alguma

danceteria que já tinha na época. Eu também gostava de dançar sozinha. Só quando eu estava apaixonada, gostava de dançar a dois.

Esta foi a minha juventude marcada pelo... Eu era muito tímida e tinha, tenho um problema muito sério. Era muito cantada, principalmente, por homens idosos, quarentões em diante. Era muito cantada, quase todos os dias, principalmente, em festas, no serviço, em todo lugar! Havia muito assédio sexual, muito assédio sexual. Isso me fez medrosa, muito insegura sexualmente. Eu tinha muita insegurança sexual, muito, muito.

O assédio começou muito jovem, desde os nove/dez anos. Eu era bem desenvolvida, pois era bem magrinha, alta, com bastante seio, nádegas bem fortes. Este assédio me fez muito mal, porque eu peguei muito medo. Eu acho que foi isso.

Quando casei, não gostava que me tocasse e acabava me afastando. Só depois dos 40 que fui sentir desejo. E sentir prazer. Só depois dos 40. Depois comecei a ler muito, estudar e depois comecei a ter as minhas crises de depressão e comecei a fazer tratamento psicológico e comecei a me sentir uma outra pessoa. Então foi por causa do assédio mesmo.

Em relação à vida afetiva, tive quatro relacionamentos amorosos. Um durou por sete anos. Fiquei noiva, mas fui trocada, foi talvez... Foi o primeiro momento que me senti não desejada, não querida pelo parceiro. Eu era muito apegada aos meus namorados, provavelmente, porque eu não tinha o lado amoroso do pai.

O meu primeiro namorado foi ele quem me conquistou, foi ele que pegou no meu pé, foi ele que insistia e me dediquei muito a ele, mas não fui muito à luta. Quando acabou o meu relacionamento, eu senti muito a perda de ser trocada por outra e acho que não foi pela perda de um amor. Não sei. Foi muito esquisito. Eu me senti rejeitada.

O meu segundo namorado durou pouco tempo, porque descobri que ele tinha uma amante. E, toda vez, que pintava alguma coisa de amante no pedaço me dava problema sério porque se lembrava da juventude do meu pai. As amantes que ele sempre teve e que quando ele tinha amante faltava dinheiro em casa, faltava comida no prato, faltava roupa e sempre vinha a agressividade. Então, quando eu descobri que ele tinha uma amante me separei, me afastei dele.

O meu terceiro namorado era engenheiro, um cara bem esclarecido, mas era bem mulherengo, aí também não deu certo por causa desse lado mulherengo dele mesmo.

Depois, namorei o meu marido e em pouco tempo, em alguns dias que estávamos saindo, ele me pediu em casamento e já começou a mobiliar a casa. Acabei ficando com ele, porque me sentia calejada porque quando eu começava a gostar sempre aparecia uma traição no meio e quando encontrei um cara que gostava de mim, que me curtia, que me tratava como se eu fosse um bibelô, gostei, e gostei de ser bem tratada e fui ficando com ele, fiquei 28 anos com ele. Porque me sentia querida, amada, que tudo era para mim, que

tudo era em torno de mim, mas depois senti que faltava alguma coisa e que eu precisava de um grande amor.

Eu comecei tudo de novo. Fui a busca de um grande amor. E encontrei, encontrei uma pessoa que senti muito afeto. Comecei a sentir muito afeto por ele, comecei a sentir prazer carnal que eu nunca havia sentido por ninguém. Sentia vontade de sentir o seu cheiro, de sentir o seu abraço, de sentir o seu calor. E, pela primeira vez, senti vontade de fazer amor com alguém.

Na época, quando percebi que gostava dele, falei para o meu marido que eu não queria ficar mais com ele e pedi a separação. Fiquei um ano sem ter relações sexuais com o meu marido. Nesta época, tentei me aproximar deste grande amor, mas foi ele que começou. Foi ele que veio e não fui eu que fui até ele. Ele que começou a ter amizade comigo, e eu comecei a gostar dele, mas ele já gostava de mim.

Mas o relacionamento não deu certo. Ele sentiu rejeição por causa da minha doença. Fui rejeitada por causa da minha doença. Ele me aceitava. Quando comecei a ficar doente, ele percebeu e se afastou. Depois falou para mim que gostava de mulheres jovens e que não gostava de mulheres já maduras. Fiquei muito mal! Fiquei com muitos problemas... rejeição de novo! Mas é isso aí.

Agora comecei com o transtorno. A depressão começou há 10 anos. Eu acho. E foi por causa do emprego, como eu não tinha talvez o lado afetivo, amoroso, sexual, uma pessoa que eu quisesse mesmo, que desejasse, comecei a me apegar muito no meu serviço.

A depressão começou quando o meu idealismo pelo trabalho foi acabando. O meu idealismo já estava caindo por terra abaixo. E também tinha o meu idealismo político, pois eu sempre fui de esquerda, mas a esquerda já não era mais aquilo. Com o desmoronamento da minha vida amorosa, do meu ideal político e do meu ideal de ensino tudo ficou embolado como uma bola de neve.

Tudo foi por água abaixo. A única coisa que prevaleceu foi a parte religiosa, mas esta também foi muito afetada na época da adolescência e da infância porque a minha religião (Espírita Kardecista) era muito perseguida e muito humilhada.

Passei por vários problemas na época da escola, principalmente, no primário porque quem dava as aulas de religião eram as madres e freiras e elas criticavam muito a minha religião. Estas madres e freiras achavam que a minha religião era coisa do capeta e foi por isso que fui muito maltratada. As pessoas confundiam o espiritismo com: macumba, umbanda, candomblé. Elas não viam a doutrina espírita como uma ciência, uma filosofia mas sim com um lado mais folclórico.

A umbanda e o candomblé têm um lado folclórico devido às influências dos holandeses e dos negros. Também tem a falta de cultura das pessoas que misturam tudo. Ainda tive problemas por causa da americanização, a gente sentiu muito, porque também tínhamos a descendência japonesa porque achavam que os americanos tinham sofrido com os japoneses na Segunda Guerra Mundial.

A gente sentia também esse lado e ainda éramos as primeiras mestiças na minha cidade. Por ser mestiça, tinha preconceito, não sendo aceita nem por um lado e nem pelo outro. Quando iam falar mal dos japoneses, as pessoas achavam que a gente era japonesa; quando falavam mal do português, a gente era portuguesa. Também tinha todo preconceito do lado do português que era considerado como burro e tinha aquelas piadas idiotas do português.

Então, a gente realmente sofreu muito nesse ponto também, tinha o preconceito por causa da religião, por causa de ser mestiça, as primeiras mestiças do pedaço, mas eu acho que o meu maior problema foi o assédio sexual que eu tive desde criança. Muito assédio sexual desde criança. Isto trouxe muito problema para mim e veio tudo como uma bola de neve quando eu perdi os elos dos meus ideais. Eu acho que foi aí que começou tudo. A educação falida, a falência da educação. E aí quando eu percebi, eu já estava com depressão e ainda tinha os problemas financeiros, pois o meu marido ficou desempregado por oito meses.

E fui eu que tive que manter a casa. Então foi tudo isso que me fez ter uma depressão. E depois da depressão eu acabei tendo muito preconceito na escola. O preconceito de ter um sofrimento psíquico é terrível! A gente não é aceito e tem o problema do preconceito dos amigos, também. Algumas pessoas acham que o depressivo leva maus fluidos para o ambiente e este fica decadente, outras acham que se você conversar com um depressivo você também ficará depressivo. Eu ouvi tudo isso. Eu ouvi tudo isso.

Esta foi à rejeição que recebi por ser uma pessoa depressiva. Só que a minha depressão não era tanto por baixa auto-estima, porque eu sempre me achei uma pessoa inteligente, uma pessoa crítica. Sempre me achei diferente da maioria das pessoas que eu estou próxima porque eu aprendo com facilidade e sou comunicativa. Não passo aperto para resolver nada. Então essa depressão, acredito que já era o início da bipolaridade. Eu acredito! Já tinha uma carga genética da bipolaridade que já vinha comigo.

A minha depressão começou por volta de 1998, mas ela foi aumentando e piorando. Eu acho que se estivesse afastada do trabalho, talvez eu não tivesse chegado aonde cheguei. Cometi três tentativas de suicídios que foram provocados pela falta de respeito e preconceito dos meus colegas de trabalho, do meu chefe e dos coordenadores. E foi como uma bola de neve.

Eu tinha psicoterapia lá no Centro de Especialidades Médicas e era bom, porque comecei a ver muitas coisas; coisas que eu não via e comecei a ver que as minhas coisas estão muito vinculadas com o passado. Descobri que a minha depressão está muito vinculada ao passado, está muito amarrada às coisas que eu fui deixando, eu nunca...

Às vezes, eu deixava muita coisa em vez de lutar, brigar ou enfrentar, eu fui guardando dentro de mim e não enfrentava sabe. Então, com a terapia, eu comecei a mudar muita coisa só que era difícil, eu conseguir liberação das escolas para fazer terapia. Eu pedia para eles me deixarem o dia da terapia em aberto, mas ninguém deixava. Eles sempre colocavam mais trabalho bem no

dia, nunca fizeram um horário para eu fazer psicoterapia e eu acabei perdendo, me afastando.

Fiz um ano, mas foi muito boa. E os remédios também ajudam a melhorar. Se eu não tomar a fluoxetina, eu choro muito, eu só durmo. A fluoxetina me ajuda, mas eu tenho aquelas quedas brusca! Qualquer problema emocional ou qualquer desconforto que eu tenha me leva a ter as crises. Por isso, que com o meu trabalho eu pioro. Considero que o meu trabalho é a causa dos meus transtornos e por isso tenho que ficar afastada. Eu preciso me readaptar ou me aposentar. Não sei. Mas ficar trabalhando não dá mais porque ele me faz muito mal. Fora isso, eu tenho o meu dia-a-dia muito complicado porque eu sou muito emotiva e estou muito sensível e qualquer coisa que me façam, como por exemplo, não me cumprimentarem, eu fico mal.

Na minha oficina, por exemplo, tem outro usuário que tinha mania de ficar observando as coisas que eu fazia. Ele passava e ficava olhando o trabalho que eu fazia e chamava outras pessoas para criticar para elas o meu trabalho. Ele devia me chamar e falar como eu devia fazer e não chamar as outras pessoas.

Sabe, isto estava me pegando e um dia, acabei chorando e abandonando tudo e sai correndo da oficina. Entrei em crise naquele dia porque tem coisas que você tem que conversar com a pessoa e não criticar por detrás. Não gosto de coisas por trás. Não gosto de nada que chega em mim feita por detrás. Não gosto de fofoca, intriga. Não gosto mesmo. Acho que é uma

pobreza de alma das pessoas. Hoje ele parou de fazer isso porque percebeu que estava me fazendo mal.

Então, coisas pequenas como: um chefe que chama a minha atenção, faz você de boba que fingi que não te ouve e que fica te vigiando me traz problemas, me levando a ter crises.

A escuridão também me faz mal. E quando escurece, a depressão vem mais forte. A falta de luz piora a depressão. E quando começa a chegar lá pelas 17, 18 horas da tarde eu começo a ficar depressiva e a me dar angústia; sinto falta de ar, palpitação e um nó na garganta até a hora de dormir.

Todo dia. Todo dia angustiada!!Acendo todas as luzes de casa para me ajudar. Eu até tentei apagar algumas para economizar energia, mas não consegui. Dias chuvosos também pioram a minha depressão, enquanto que a luz do sol melhora a minha depressão. Não é fácil. É horrível porque você está tomando medicação, mas você ainda tem problemas. Os problemas são mais amenos que dá para eu perceber as coisas que eu faço, pois quando eu estou sem a medicação, eu não percebo. Sabe, eu percebo depois, às vezes, que eu tenho algumas manias. Que são as manias da bipolaridade. Então é muito duro... A doença. Para mim foi fácil ter diabetes e pressão alta, pois quando eu descobri que tinha, imediatamente eu me conscientizei e fiz o tratamento sem problema nenhum. Gostava do sal e tirei o sal numa boa, mas a bipolaridade não dá. Ela vem, ela é fogo! Ela é terrível porque ela mexe com o seu eu, com o seu cotidiano. Ela muda como você é. É difícil você aceitar como você é agora,

o seu eu. O seu eu agora é difícil, é complicado. Porque você levanta e não sabe como vai ser naquele dia.

Você não sabe se vai estar com depressão profunda ou se vai estar arretada, ansiosa querendo andar, passear, comprar, gastar. Então é muito complicado. É muito complicada a bipolaridade. Eu acho que é por isso que há muito suicídio. Porque não sei. É difícil, viu? Agora que eu comecei, desde outubro mais ou menos, a me familiarizar com a bipolaridade.

Antes eu não conseguia. Eu fui só começar administrá-la a partir de outubro para cá. Mas, é complicado, viu? É muito complicado. É muito complicado porque de repente eu faço a mala do meu marido e mando embora, vejo que ele não é um amigo e sim um inimigo que está fazendo mal pára mim.

Mas tem hora que vejo o quanto eu preciso dele ao meu lado, porque ele me dá apoio quando eu preciso. Veja como é difícil. Tem hora que quero que os meus filhos saiam de casa para eu ter liberdade para eu viver o meu dia a dia, o meu cotidiano. Tem hora que eu sinto que sem eles, eu não vou viver. Olha? É difícil a vida! É difícil! É muito difícil...

Eu não estou mais assistindo jornal porque eu acredito que ele acaba com a auto-estima do povo brasileiro. Acho que a auto-estima do povo brasileiro está tão baixa por causa dos jornais, telejornais, programas que só mostram a miséria, o sofrimento e a dor. Não mostra a busca de soluções.

Os jornais não ajudam, só nos colocam para baixo e é por isso que eu não assisto mais. Gosto de assistir o programa do Luís Gaspareto porque é uma terapia que eu faço em minha casa, na minha cama deitada. Adoro!

Ontem, ele falou sobre esquizofrenia contando sobre uma moça que tem esta doença. Consegui perceber que a esquizofrenia tem algumas coisas parecidas com a bipolaridade, mas é muito diferente. É comum as pessoas me confundirem como uma pessoa esquizofrênica.

E, durante uns 6 anos, eu fui tratada como uma esquizofrênica praticamente, as pessoas tinham medo de mim, sabe aquelas coisa? E eu não tenho nada de esquizofrênica. Era tão fácil. É tão fácil diferenciar uma pessoa esquizofrênica de bipolar. É muito fácil. É muito fácil, e as pessoas têm tanta dificuldade, mas o problema é a falência da saúde. É a falência da saúde porque você vê o médico psiquiatra a cada dois, três meses e ele te vê em cinco, dez minutos. Ele faz tudo correndo porque tem um monte de gente para ele atender.

Na verdade, ele nunca vai te conhecer; como ele pode falar que você tem esquizofrenia ou que você tem bipolaridade, ou que você tem depressão se ele não tem tempo para conhecer o paciente? Portanto, falta médico, psiquiatra e psicoterapeuta.

Eu gostei muito de um médico do servidor que ficou meia hora comigo. E, neste tempo, fez alguns testes e descobriu que eu era bipolar. Ele acha que nem sou bipolar que é a depressão que me faz ficar assim. Que estou muito depressiva e que eu preciso fazer terapia. E eu vim buscar a terapia ocupacional porque eu acho que é o momento em que estou trabalhando em cima de uma peça e sempre tem alguém junto, ou auxiliando, ou dando opinião ou criticando.

Acredito que todo paciente precisa ter terapia ocupacional. Todo paciente que tem este meu problema precisa ter a terapia ocupacional. O profissional que não está bem, precisa sair do trabalho que o prejudica. Ele não pode ficar trabalhando se não estiver bem, porque vai acarretar mais problemas. Vai piorar a situação dele. Acredito que é preciso afastar do trabalho as pessoas que têm este problema. E também acredito que não pode ter preconceito, tem que ser bem aceito as pessoas com problemas de saúde mental.

Não importa onde ele estiver, precisa ser aceito como ele é! Porque tem momentos que ele não vai fazer nada, que ele vai ficar parado no mundo da lua, tem dia que ele vai ficar ligado no que tá fazendo, tem dia que ele vai fazer um negócio e a cabeça dele vai estar em outro lugar. Por exemplo, estou pintando, mas a minha cabeça está lá no meu trabalho. Precisa acabar com o preconceito.

Atualmente, tanto o homem quanto a mulher precisam trabalhar, se não, não dá para sobreviver. Eu pensei em morar sozinha, mas como eu posso cuidar dos meus filhos sozinha se não tiver o salário do meu marido. Por isso, nunca convivi separada dele por muito tempo porque o salário não dá. Assim, você não consegue testar se vai ser melhor viver separado ou não, porque falta dinheiro.

Eu estou no Projeto há pouco tempo, desde novembro. Eu sempre comprava nesta loja. Sempre gostei do trabalho realizado aqui. Eu comprava muita vela, comprei agenda e até comprei uma peça de mosaico. E um dia eu

perguntei para a pessoa que estava na loja como eu fazia para freqüentar as oficinas. Ela respondeu que o tear terapêutico. Então, achei que não era para mim porque eu era normal. Eu era normal, eu tinha apenas a depressão.

Eu comecei a ter muitas crises de depressão e fiquei seis meses só dormindo. Aí eu conversei com o meu médico e perguntei se poderia ir para o projeto, assim eu dormiria menos. Veja como estou com sono. E se eu estivesse em casa, eu só ficaria dormindo. Só durmo, durmo , durmo. E o meu médico concordou e me deu uma carta.

Era para eu ter vindo aqui deste o começo do ano passado, mas eu não estava bem. Eu não estava nada bem para eu começar. Estava muito sonolenta, agitada e como eu já fazia bonecas, pintura e crochê em casa, resolvi fazer bonecas antes de vir para cá. Fiz até outubro, novembro.

A confecção de bonecas foi um resgate da minha infância, porque ao fazer as bonecas comecei a recordar momentos bons da minha infância. Eu enfeitava o meu quarto com as bonecas, pois na minha infância não tive bonecas. Então, comecei a curtir as bonecas, mas em outubro, novembro, eu comecei a vendê-las porque eu não precisava ficar mais com elas. Elas não estavam fazendo mais parte da minha vida naquele momento. Veja que coisa engraçada, até setembro eu curtia muito aquelas bonecas. Brincava, decorava o meu quarto.

Eu curtia como se fosse uma criança, até o banheiro estava cheio de bonecas e bichinhos. Acho que foi um resgate que eu precisava fazer. Foi legal! Eu gostei de ter tido este momento e ai em outubro eu achei que eu estava apta

para vir para cá. Foi quando eu vim para cá com a carta. A carta já era velha e achei que eles nem iam mais querer me dar espaço, porque o encaminhamento já era velho, mas aceitaram e eu estou gostando porque quando eu estou com depressão eu não consigo fazer nada em casa, mas quando estou aqui eu faço.

Teve aquele incidente com o usuário da minha oficina, mas foi bom porque eu consegui falar sobre o problema e ele percebeu também. Eu também fui eleita para participar do conselho gestor. A gente tem algumas idéias, não sei se vou ser boa no conselho, mas eu vou tentar passar aquilo o que sei e a vontade que eu tenho para que o projeto vá para frente.

Vou passar as minhas idéias e se eu perceber que eu não estou de acordo, eu passo a minha vez para outra pessoa. E vou tentar e fiquei feliz de ser eleita pelo pessoal, ser escolhida. Eu fiz muitos amigos durante o rodízio nas oficinas. Isto é gostoso! Achei legal este momento de estágio porque você pode conhecer todas as oficinas e você faz um vínculo de amizade é conhece também os terapeutas, conhece as pessoas que estão ensinando.

A gente constitui uma grande família e tem os problemas, como todo lugar tem, tem as diferenças, todo lugar tem as diferenças. A gente tem que aprender a conviver. Aqui estou aprendendo a conviver e quero fazer também as pessoas conviverem com o diferente se eu voltar a trabalhar. Diferente como eu sou agora. Antes de adoecer, eu era muito bem tratada. Eu senti a diferença porque eu era muito bem tratada. Muito querida no trabalho. Eu fui seis vezes homenageada. Eu fui muito querida e se um dia eu voltar para o trabalho, quero

ser muito querida de novo e ser aceita de novo, não como uma doente, as pessoas não precisam ter medo de mim, porque eu não sou perigosa sabe.

Já está definido que eu não sou perigosa se você tem um grau periculosidade tudo bem. Acho que é viável a pessoa ter receio, mas quando você não tem, faz mal para a gente. Faz muito mal! É duro você ser tratado como criminoso, como assassino e você não ter feito nada de errado e você está precisando de carinho e afeto e receber pedrada.

É complicado! Piora a sua doença. E piora muito. Espero que até o final deste ano a minha situação no trabalho seja definida e se eu precisar cumprir mais algum tempo de trabalho que seja aqui e também quero fazer outros cursos. Porque, se eu voltar, fará mal para mim. Eu não tenho nenhuma condição de voltar porque eu não estou bem emocionalmente para voltar e o estresse vai fazer voltar de novo eu ter as crises, e estas crises são horríveis. Eu fico seis meses em crise até voltar a controlar de novo. Fico dormindo e tento o suicídio de novo. Eu não posso arriscar a minha vida, não! Eu tenho este direito e vou usar este direito e me afastar do trabalho. Vai ser complicado, mas é isso ai. Eu já tenho o meu tempo de serviço. Eu já tenho 25 anos, mais 13 de INSS.

Então, acho que esta na hora de eu descansar e fazer coisas que eu gosto, viajar um pouco. Eu sempre pensei em ser guia turística. Fazer um curso de guia turística, pois eu conheço muito sobre museus, arte, dança, teatro e casas noturnas. Acho que seria uma boa guia. Eu acho que seria excelente. Já pensei também em trabalhar em uma instituição de caridade futuramente,

quando eu estiver aposentada. Trabalhar com crianças órfãs ou até em trabalhar na cruz vermelha.

Eu tenho um monte de planos se os meus filhos estiverem bem financeiramente, eu vou trabalhar em benefício do ser humano mesmo, como por exemplo, trabalhar em: favelas. Sei lá? Mas se os meus filhos precisarem de mim financeiramente aí eu preciso ajudá-los, quem sabe eu abro um ateliê? Eu, também, já pensei em abrir uma loja de costura para roupas de cachorro.

Outra coisa que eu gosto também é de fazer roupas de crochê e de tecido. Eu tenho um monte de objetivos, isto é interessante. Eu não quero ficar até o fim aqui. Quem sabe eu até posso ser monitora aqui. Quem sabe? Agora estou pensando em mim, em me ajudar mesmo, me auxiliar. Eu mesmo quero ver o que eu posso fazer para melhorar o meu dia-a-dia. Preciso aceitar como eu sou. É duro você não se aceitar e querer que as pessoas te aceitem. Estou pensando em minha qualidade de vida. Já pensei em fazer filme. Tenho um monte de planos! Adoraria fazer curta-metragem.

Eu gostaria de fazer trabalho sobre ecossistema. Tem um monte de coisa que podemos fazer para ajudar o planeta. E quem sabe fazer um mestrado. Já pensei também em fazer um mestrado. Só não fiz o mestrado até agora por causa do inglês, acredita? Só por causa do inglês eu não fiz mestrado até hoje, eu tinha um monte de fita gravada. Eu gravei tudo da minha área.

Colaboradora 3

Alfa Centauri tem 49 anos, é desquitada e teve 3 filhos. Atualmente, mora com um companheiro. Tem primeiro grau incompleto e é católica. Refere ter depressão. Na entrevista, estava sedada, falava devagar, sussurrando e com dificuldade para se concentrar, mas insistiu participar da entrevista naquele dia. Freqüentemente, olhava para o chão e ao falar da morte de sua filha seus olhos se encheram de lágrimas, mas não chorou. Na devolução de sua narrativa, não quis ler e durante o relato ficava olhando para o chão, ficou com uma cópia e afirma: "Está é a minha vida, não é fácil!"

Tom vital: Sofro muito! Eu queria muito mudar... O meu jeito de ser... O meu modo de agir, minha relação que eu tive, mas eu não consigo.

Minha mãe me falou que quando nasci, recebi a visita do meu tio, irmão do meu pai, e logo depois quando ela foi me ver no quarto, ela me encontrou espumando e com os olhos esbugalhados para cima. Ela me pegou no colo e saiu correndo ao encontro de minha avó. Minha avó, nesse momento, falou para tirar a minha roupa e queimá-la. Ela fez isso, apesar disso, eu fiquei desmaiando até os 13 anos de idade.

Eu tive três filhos. Casei com o meu primeiro namorado e tive uma filha, mas não deu certo e só fiquei com ele por um ano. Ele ficou com a minha filha, na verdade, foi minha sogra que ficou com ela.

Tive um relacionamento com o pai da minha outra filha. Vivi um ano com o pai do meu terceiro filho e separei. Depois, fiquei 15 anos com o meu ex-marido, mas com ele não tive filho porque eu já era operada, também, acabei me separando dele. Atualmente, vivo com um companheiro que conheci aqui no projeto, já faz oito meses que estamos juntos.

Eu criei os meus dois filhos mais novos, o menino, hoje, tem 22 anos e a menina se estivesse entre nós iria fazer 25 anos mas, infelizmente, Deus a levou. Ela foi assassinada. Esta foi a causa do meu problema e por isso estou aqui no Projeto. Estou me tratando há cinco anos e foi por causa da morte dela. Não consegui aceitar a sua morte! Sempre me lembro dela, sempre fico triste e fico... sei lá!. Fico triste e aborrecida. É por isso que eu estou no Projeto. Estou aqui há nove meses e fiquei conhecendo a proposta por uma amiga que trabalhou aqui. Como eu tive uma nova crise, conversei com o meu Médico do Centro de Especialidades Médicas, onde eu me trato, para me colocar aqui.

Eu gosto muito daqui, pois aqui tem tratamento, um conversa com outro e tem terapia ocupacional. É bom! É muito bom quando eu vejo o que fiz. É um estímulo para a gente, mostra que a gente está viva e sabe fazer e sabe lutar ainda. Basta querer. Isto, ainda não está acontecendo comigo, mas vai acontecer. Eu vou querer lutar. É um incentivo de vida para mim.

Agora me veio à mente algumas lembranças: os maus tratos que sofri do meu ex-marido. Eu e os meus dois filhos apanhamos muito dele, porque ele bebia cachaça e vinha descontar em cima da gente. As cachaças que ele

tomava. Ele descontava todo o ódio dele na gente. Descontava a raiva dele. Eu acho que isso não é bom! Não foi bom! Eu tenho vergonha! Eu podia ter me entregado a outra pessoa melhor, não a ele, mas assim mesmo eu fiquei 15 anos com ele. Apanhando, vendo os meus filhos apanhar. Levei 15 anos.

Só me separei quando eu não agüentei mais. Aí, eu me separei num mês e no outro mês a minha filha morreu. Tem hora que acho que foi ele que matou a minha filha. Ele tinha uma raiva dela tão grande, tão grande. Ele tinha um ódio enorme, ele tinha esta raiva enorme, mesmo sem ela fazer nada. Ele dizia que ela era uma peste e ninguém podia com ela. Ele não a aceitava. Ele não aceitava os meus filhos, principalmente ela. Não gostava deles e nem de mim.

Se ele gostasse... Ele podia até não gostar de mim, mas se gostasse pelo menos dos meus filhos, já estaria, de certa forma, gostando muito de mim, mas nem isso ele fazia. Ele não fazia nenhum esforço para mudar. Isso me deixou muito chateada. É por isso que eu o culpei pela morte dela. Eu falei para ele que foi ele quem matou a minha filha, mas ele respondeu que não foi.

Os policiais me disseram que foram até à chácara onde ele estava, deram uma batida lá e disseram que não acharam nada e, por isso, não podiam prender ele, só poderiam se achassem alguma prova do crime, como a arma. Mas não acharam nada !!! E foi isso....

Mas graças a Deus eu não estou mais sofrendo não. Hoje, eu sofro sim, pela minha filha. Mas, por causa dele, não. Eu sofro muito pela minha filha.

Sofro muito! Eu queria muito mudar ...O meu jeito de ser, ... o meu modo de agir, minha relação que eu tive, mas eu não consigo.

Eu queria ser uma pessoa alegre, sorridente. Uma pessoa feliz! Não posso falar que eu não sou feliz, desde que estou com o meu atual companheiro,eu sou uma mulher muito feliz. Mas falta uma coisa muito grande, para completar esta felicidade, pois eu nunca vou esquecer minha filha. Toda vez que me lembrar dela vou ter saudades, mas de quem tirou a vida dela, não vou lembrar com ódio, mas vou lembrar com uma mágoa muito grande.

Também tenho mágoa da minha família, desde que fiquei doente, fui tratada diferente, pois todo mundo me culpava, todo mundo me julgava pela morte da minha filha. Eu tive muito isso na minha cabeça. Culpava-me muito pela morte dela.

Mas hoje eu sei que não sou culpada. Ela morreu porque chegou a hora dela. Infelizmente, gostaria que não fosse assim, mas eu vou fazer o quê? Não tem nenhuma dica. Não acharam nada. Eu vou fazer o quê? Vou ficar me lamentando, me culpando? Nem ela gostaria disso! Ao contrário, ela sempre brigava comigo e falava: “- Mãe, vai se arrumar, mãe! A senhora sempre foi bonita, sempre se arrumou, sempre se pintou antes de sair e agora não cuida de mim e nem da senhora.”

Eu mudei muito com a morte dela. A minha família me culpou porque eu fiquei muito deprimida e tive algumas crises, acho que foram cinco . Quando eu tenho crise, eu fico agressiva comigo mesma. Eu já tomei 25 comprimidos para

morrer, mas Deus falou que não era a minha hora de subir e por isso eu estou aqui! Estou me tratando há quatro anos. Mas parece que vou voltar para o CAPS se eu não melhorar até amanhã.

A minha médica falou que se eu não melhorasse até amanhã eu iria para o CAPS, mas eu não quero ir para o lá, pois lá é um tédio, não tem nada para fazer. Passo o dia inteiro sentada e fica um olhando para cara do outro. Eu não, não quero ficar lá!

Quando eu voltei para casa da minha mãe, depois da separação, ela não me tratou mais como ela tratava os meus irmãos. Até mesmo me tratou com pouco caso, com despeito. Aí foi indo, foi indo até que ela foi embora para a Bahia. Levou três dos meus irmãos e a minha sobrinha que ela cria e deixou o resto tudo aqui. Não se lembra de escrever, não se lembra de fazer um nada.

Então, são estas coisas que me marcam. São coisas que me machucam. O meu irmão mais velho falou para mim que ele ia comprar as tábuas para fazer o meu canto, com o meu filho lá debaixo da ponte. Isso me doeu tanto. Eu sempre ajudei. E na hora que eu mais precisei, nenhum deles foi me dar uma palavra e me ajudar. Fui eu quem lutei para chegar até aqui e se fosse por eles, eu já estava morta há muito tempo.

Já trabalhei de auxiliar de limpeza, auxiliar de produção, trabalhei também em casa de família. Atualmente, eu estou aqui. O meu dia-a-dia é aqui, até ver se eu arrumo um serviço, mas está difícil. Está muito difícil. Mas, é só não desanimar. Pode ser que a gente arranja, se desanimar aí...

Colaborador 4

Aldebarã tem 33 anos, solteiro, não tem filhos, possui o ensino superior incompleto e é protestante. Mora com seus irmãos e com seus tios. Relata ter esquizofrenia. Na entrevista, estava bastante animado, mas seu discurso era confuso. Precisei utilizar as técnicas de comunicação de clarificação e de validação para mantê-lo no mesmo assunto. Sorria muito ao falar do exército e de sua noiva, a qual se referia como esposa.

Ao término da entrevista, ele agradeceu afirmando: "Obrigado, queria falar estas coisas! É importante falar de mim". Na devolução de sua narrativa, não quis ler e sorria afirmando: "Nossa, eu falei tudo isto para você? Vou mostrar isto para o meu médico, porque ele não sabe", também, corrigiu duas palavras que eu havia escrito. No final, ficou ansioso e questionou se ficaria pobre com esta narrativa.

Pontuei que se ele quisesse, esta narrativa, não precisaria estar no estudo e ressaltei, também, que o importante era ele ter participado e ter ficado com sua história. Neste momento, ele sorriu e disse que gostaria que sua história estivesse na pesquisa e pediu para eu assinar todas as folhas da sua cópia, afirmando que a narrativa foi uma construção nossa.

Tom Vital: Quando eu entrava no ônibus com o uniforme, todos me olhavam. Todos me olhavam. Eu era importante, era forte. As mulheres me olhavam e cochichavam: "_Olha o soldado", mas eu fingia que não ouvia.

Mas eu ficava com medo de falar alguma besteira e ser retirado do quartel e de me acharem bobo.

Bom, eu nasci do meu pai e da minha mãe. O meu pai namorou com a minha mãe, casou e eu nasci. Eu precisei dele, mas ele abandou a minha mãe por três vezes, porque ela era abusiva. Gastava muito e trazia o que não podia pagar. Mas a minha vida sempre foi uma bênção com o meu pai e a minha mãe.

Também tem meu avô por parte de mãe que sempre esteve muito perto de mim e cuidou da gente. Ele foi mais que um pai para mim. Ele é uma pessoa muito boa. Cuidou de mim. Ele contava história, desde que eu era pequenininho, desde os meus dois anos de idade. Meu avô me fazia feliz, pois eu não tinha felicidade junto com o meu pai.

Lembro que eu corria atrás da moto do meu pai com a Luizinha e ele me segurava e falava: "_Tchau filho, papai não pode porque vai trabalhar". Eu nem sabia o que era trabalhar naquela época.

Quando eu tinha 14 anos, fui para Santos com o meu pai. Ele conheceu outra mulher e escrevia bilhetinhos para ela. Ele caiu nessa besteira e minha mãe pensava em se separar. Eu fiquei com remorso daquilo, sabe, e aí eu fiquei com remorso, mas comecei a trabalhar em Santos na guardinha que eu te falei. Eu era muito inteligente, era muito bom na guardinha, mas eu tinha conhecimentos de pele para saber se estava molhada ou se estava suja.

Aí eu falei para o meu pai que eu achava que estava todo sujo e ele me levou para o hospital. O médico falou que isso era problema da minha cabeça e que eu não tinha nada disso, mas eu via como se fosse um inimigo, Jesus colocando besteira na minha cabeça e eu via tudo amarelado.

Eu também trabalhava com computadores no Bradesco e ainda trabalhei em outro lugar, mas não lembro o nome, era de edificações. As pessoas do meu trabalho me tratavam muito bem. Eu trabalhava direitinho, porém teve este negócio de pele que me deixou doente, e as pessoas não gostavam e falavam: _ "Se você não parar com isso, teremos que mandar você embora". Mas eu trabalhava bastante, levava os documentos no centro que é pertinho, mas eu demorava bastante. Eles me mandaram embora, mas não foi por causa da pele. Eu estava trabalhando bem, mas eu estava faltando no serviço por causa da pele.

Depois fui trabalhar com o meu pai. Meu pai trabalhava consertando geladeira e ar condicionado e depois de dois anos trabalhando com ele, fui trabalhar de empacotador no Peralta que era um supermercado. Trabalhei por dez meses, mas fui despedido, porque fui atrás de uma menina na hora do almoço. Ela era uma freguesa e fui levar ela em casa. Saí na hora do almoço e só voltei no outro dia. Acho que foi problema da minha cabeça. Lá era muito bom. Eu ganhava muito dinheiro. Eu, até hoje, nem dei baixa na carteira de trabalho. Depois entrei no Pão de Açúcar, fiquei só três meses, porque eu comia as coisas da geladeira.

Depois fui servir o exército, fiz todos os exames e passei. Meu pai ligou para lá, afirmando que eu não poderia servir o exército, porque tinha problema na cabeça, mas falaram para ele que eu fiz todos os exames e passei em todos eles, e agora eles não poderiam interferir e que ele deveria ter ligado antes.

Eu tenho este problema desde os meus dez, 12 anos, mas se agravou desde os 14 anos. Quando eu tinha 10 anos, fiquei internado, estava que nem louco, tirava sarro e foi uma psicóloga que me ajudou. O meu pai falou que ia me internar porque eu estava mal da cabeça e quando eu melhorasse, ele iria me tirar. Fiquei internado por dois anos, minha mãe ainda era viva. Eu tomava Gardenal®, as pessoas me tratavam porque falavam que eu tinha epilepsia e, também, ficava andando pelo hospital com um lençol branco na cabeça. Um dia meu pai foi me visitar, ele estava com um terno marrom e me levou um doce de amendoim, e eu falei para ele que queria sair daquele lugar porque não agüentava mais e queria ver a minha mãe.

Eu fiquei internado porque o meu pai cismou que eu era doente. Eu não tive escolha. Não tive escolha. Quando consegui sair de lá, dei graças a Deus e fui me tratar no CAPS, NAPS. Eu fiquei internado duas vezes e depois fiquei três anos no CAPS.

Depois que eu trabalhei no CAPS, é que fui trabalhar nos supermercados Peralta e Pão de Açúcar que eu já falei para você. E depois eu trabalhei com o meu pai e depois fui para o exército. Eu ainda não havia acabado a carreira escolar, porque eu estava doente.

No exército, falaram que eu não poderia ir para casa, que ficaria por três meses lá dentro sem poder sair. A minha farda era verde e marrom. Na cerimônia, meu pai faltou e eu pedi para o seu José ser o meu padrinho da boina. Foi muito linda! Depois fui para casa. Também tinha as corridas de 12 quilômetros, 24 quilômetros. Lá era tão lindo! Eu amava servir o quartel!!

Eu gostava muito de servir o quartel, servir a minha pátria e ter o documento do exército na carteira. Eu não consegui ficar com nenhuma menina, mesmo tendo a carteira do exército. Eu nunca consegui ficar com nenhuma.

Quando eu entrava no ônibus com o uniforme, todos me olhavam. Todos me olhavam. Eu era importante, era forte! As mulheres me olhavam e cochichavam: "_Olha o soldado", mas eu fingia que não ouvia. Mas eu ficava com medo de falar alguma besteira e ser retirado do quartel e de me acharem bobo.

Depois eu fiz o treinamento de sobrevivência, ficava no paiol que tem armas e atirava nas galinhas e nos porcos para comer. Eu peguei o porco espinho, tiravam a cabeça, as pernas e depois comíamos. Eu comia aquilo e não achava legal. Também tinha uma nascente onde bebíamos água. Carregavam peso por dois quilômetros. E eu passei por tudo. Tinha que passar pelo teste da madeira e passei.Também tinha que pôr um pano lá em cima da madeira e contava o tempo. Eu consegui fazer a atividade e me senti muito

bem, porque eu ganhei. A gente tem que disputar na selva. Eu também precisei tomar o sangue da galinha. Foi nojento! É ruim.

Um dia, estava chovendo e ficamos rolando na terra, ficávamos em pé e depois deitávamos. Eu montei a barraca e tinha um amigo que ficou tirando sarro de todo mundo e todo mundo tirou sarro dele. Um cara queria montar a barraca no lugar que eu montei e falou que iria me bater e quando eu deitei, ele me deu um chute no olho e falou que era para eu parar de ser teimoso. Depois eu dei um chute no olho dele, ficou roxo e falei: “Ficou com olho roxo! Tentou me bater e se ferrou.”

Eu servi o exército por seis meses e vinte e quatro dias. Eu piorei porque tinha a cabeça fraca, me deu aquele problema no exército. Eu não conseguia me concentrar. Levaram-me para enfermaria para eu tomar alguns comprimidos para ficar sossegado. Veio uma ambulância e me levaram para o hospital. Chamaram o tenente coronel e falaram que eu tinha esquizofrenia e que eu precisava ficar em casa e não poderia ficar no quartel.

Eu assinei os papéis e fiquei na categoria B2 é a categoria daqueles que ficam doentes, incapacidade física e mental.

Antes de eu sair, todos os meus amigos do exército assinaram uma foto e me deram. Meu pai tem esta foto até hoje. A minha carteira de reservista não sei se está comigo ou com o meu pai, eu perdi a primeira e segunda via.

Depois eu vim morar em São Paulo. Comecei a trabalhar com meu irmão e até hoje moro com ele. Eu tinha o costume de andar com a Bíblia pregando.

Estou no projeto, porque o meu irmão me colocou aqui, porque achou que eu ia melhorar. Eu estou levando, né? Eu estou lutando. Se eu não estivesse aqui, eu estaria em casa.

Estou no projeto há quase um ano, em fevereiro faz um ano e quando faço aquelas peças eu me sinto revigorado. Precisa ter paciência para fazer as peças. Eu trabalho bem legal! Tenho muita sabedoria por achar que este trabalho é bom para mim, e eu não posso abandonar este emprego que é um tratamento. Aqui, é um lugar que cuida das pessoas, tem uma bolsa, salário e depois tem o lado da firma, no qual as pessoas querem que você faça tudo direito, e isto me deixa tonto. Não posso fazer do meu jeito. Então, se eu fizer de qualquer jeito está errado.

Na hora que eu passo no escritório, eles (coordenadores da oficina) me pagam um pouquinho, para mim conta a união e para o pessoal conta a dedicação. Todos da oficina vão ser avaliados. Mas, acho que tem alguma coisa errada, não sei por que, mas acho que eles pegam um pouquinho do salário da gente.

Outra coisa que me marcou foi a minha ex-namorada, ficamos dois anos juntos. No primeiro ano, namoramos e colocamos aliança de namoro e depois noivamos. Em 2004, ela viu que não dava mais. Eu a conheci na Igreja Internacional da Graça de Deus. Nesta época, não me lembro se a minha mãe já havia morrido, mas acho que sim.

Lembro que no primeiro mês de namoro, dei flores de floricultura para ela, e a minha avó estava em casa. Você tinha que ver como ela ficou emocionada por receber as flores, e eu comecei a chorar. Parecia um amor para a eternidade, parecia uma coisa tão bonita! Ela era muito prendada; freqüentava igreja e até sabia fazer comida. Ela era a moça certa para mim. Ela era a mulher da minha vida! Nosso relacionamento acabou porque ela não queria que eu falasse nada. Ela acabou tudo, e eu não fiz nada. Ela deixou uma foto para mim que eu tenho até hoje, mas depois ela cobrou a foto também. Ela cobrou até a foto, até o álbum de modelo. Eu era modelo, não sei se falei. Na verdade, eu não era modelo, eu tirei umas fotos de modelo. Eu tirei a foto para ganhar as gravações na aliança que comprei.

Na verdade, ao comprar a aliança você ganhava as fotos; Eles falaram: "_ Faz um book de fotos para você levar para a sua noiva. Para ficar com ela". Eu gostei e ela também gostou da foto. Depois de tudo, fiquei mal, dei as fotos para ela porque, pelo menos assim ela lembra de mim.

Eu também gostaria de falar que todo esse tempo, eu estava na Igreja. Deus sempre me deu força, conforto e carinho em todas as coisas em que eu passei. Deus é fiel, me deu a minha esposa. Ela foi minha noiva, mas eu chamo de esposa. O Espírito Santo falou para eu não contar para ela um problema que surgiu no computador.

Nós terminamos porque ela não achou legal. Porque ela fez uma prova para a polícia federal e ela passou. Depois ela foi em casa e falou que não queria mais casar. Ela era uma mulher muito bonita, tinha um corpo...

Colaboradora 5

Sirius tem 49 anos, solteira, tem 2 filhos e sabe assinar o seu nome, mas não sabe ler nem escrever. Mora com um dos seus filhos, com a sua mãe e com uma irmã. Relata não saber seu diagnóstico médico. Estava ansiosa, me abordou assim que entrei no projeto afirmando que queria muito falar comigo, apesar de ter sido dispensada da atividade, pois estava com conjuntivite.

Durante a entrevista, falava muito rápido e gesticulava muitos os braços, mas quando acabou de falar do seu noivo, sua fala ficou mais devagar e tranqüila. Na devolução de sua narrativa, ela sorria e olhava para os meus olhos. No final, pediu para ficar com uma cópia e disse: “Você entendeu bem! Era isso o que eu queria falar!”

Tom Vital: Até hoje, eu guardo tudo o que ele me deu, mas não uso porque guardo para recordação.

Desde os 6 anos, minha vida foi sofrida, pois minha mãe teve 12 filhos e eu não tinha liberdade para conversar com ela. Lembro que chorava direto, pois a minha mãe estava na maternidade, tendo filhos e eu queria ficar com ela, mas não podia.

Outro fato importante na minha infância, mas não sei ao certo com que idade ocorreu, acho que eu tinha 8 meses, foi que sofri uma operação de um tumor nas costas e me deram muita anestesia e é por isso que eu não sei ler. Isto me afetou, sei lá...

Eu sempre gostei muito de brincar na rua e de conversar com os meninos. Eu era muito espoleta, hoje, não sou tanto. Lembro que comecei a namorar aos meus 16 anos, Eu o amava muito e, até hoje, gostaria de saber como ele está. Ele sempre me pegava na lojinha em que trabalhava com a sua moto, mas a minha mãe não nos deixou namorar porque ele era casado e tinha um filho.

Ele falava que o filho não era dele e que iria se separar de sua mulher. Nós éramos crentes, mas agora não sou mais e, na época, tanto a família dele quanto a minha fomos chamados pela Congregação e ficamos em um quartinho da igreja falando do relacionamento. Eu chorava muito e ele também porque, ele queria ficar comigo, mas tivemos que nos separar; não teve jeito. Mas, um dia, ele apareceu em um caminhão querendo fugir comigo. Ele era um louco, eu só tinha 16 anos e iria estragar tudo, principalmente para ele, pois a esposa dele iria processá-lo, mas até hoje penso onde ele está.

Eu tive um filho do meu patrão, pois ele me enganou e me deu remédio. Quando a minha mãe soube que tinha acontecido, até desmaiou. E também teve outro moço que engravidei da minha filha e depois descobri que ele era casado, e ele não quis assumi-la.

Quando solteira, eu sempre fui namoradeira, gostava de namorar escondido, de abraçar e dar beijos e quando o meu pai descobria, eu ficava sem graça e com vergonha. Meu pai ficava bravo, mas nunca bateu em ninguém da minha família e nem em mim.

Outro fato que me marcou muito, foi que meu noivo morreu três dias antes do casamento. Ele morreu de derrame cerebral por pressão alta. Tudo estava pronto, o cartório, o bufê e... Meu Deus! Eu não lembro mais. Tudo estava arrumadinho. Ele ficou cinco dias nos hospital particular, eu só o via pelo vidro. Eu fiquei muito revoltada, muito! Minha mãe e os meus irmãos não me deixaram ir ao enterro e até hoje não sei onde ele foi enterrado.

Eu fiquei ruim da cabeça, comecei a gritar, espernear, puxar o cabelo e me deram uma injeção de calmante, mas não adiantou. Quando isto aconteceu, eu tinha 24 anos e, até hoje, eu guardo tudo o que ele me deu, mas não uso porque guardo para recordação. Eu só não tenho as fotos porque a minha mãe rasgou tudo. A minha mãe também queria dar para alguém as coisas que ele me deu, mas ela nem é doida de mexer nestas coisas, pois é só isso que eu tenho dele.

Eu conheci o meu noivo quando eu tive uma convulsão no ônibus elétrico e ele me ajudou. Levou-me para um hospital particular e cuidou de mim. Ele era muito bonito. Mas eu tenho uma revolta por não ter ido ao enterro e, até hoje, não conhecer o lugar onde ele foi enterrado. Carrego esta revolta.

Hoje, tenho 49 anos e, até hoje, eu não quis e não quero me relacionar com mais ninguém e não adianta me apresentar as pessoas, eu os trato bem, mas não quero nada.

Eu fiquei doente depois que o meu noivo morreu e já fui internada várias vezes no hospital psiquiátrico porque estava deprimida. É muito ruim tomar os remédios porque, às vezes, atacava o meu estômago. Lembro que fiquei internada em um hospital psiquiátrico que as pacientes queriam me bater. Eu sou totalmente contra a violência, pois minha mãe me deu muita educação. Fiquei quatro meses neste hospital porque não teve jeito.

Eu dei muito trabalho para os meus pais, porque fiquei com depressão. Qualquer coisa que acontece eu fico triste, amuada, mas não é para me mostrar, é porque eu sou muito sentimental. Tem pessoas que ficam tristes para ter carinho, mas eu não preciso disso. O que eu precisava era o meu noivo e isso acabou!

Também fiquei internada quatro vezes no CAPS e depois voltei de novo para o projeto. Quando ficava nos hospitais, eu apanhava das meninas e meninos que estavam lá. Ficava toda arranhada e um dia até quebraram a minha clavícula, e o meu irmão me tirou de lá. No hospital, eu ficava totalmente fechada e não podia sair. Eu, como era esperta, ajudava lavar os corredores e arrumar as camas do hospital, mas sempre tinha algum paciente que me batia. O meu pai me tirou várias vezes dos hospitais por causa disso, mas não adiantava, em pouco tempo eu estava de volta. Os meus familiares iam falar

com os profissionais, mas eu continuava fechada eu só corria de tudo isso. Corria de medo dos outros e, até hoje, eu tenho medo. Tenho muito medo de namorar e de me acharem uma coitada porque não faço nada. Eu tenho muito medo de me baterem de novo, pois eu fui muito judiada.

Os profissionais dos hospitais nunca me bateram. Eles eram legais e faziam eu tomar banho de qualquer jeito e falavam: "Você vai tomar banho pronto e acabou" e me colocavam no chuveiro. Tem um funcionário lá no hospital que eu gosto e que parece com o meu noivo. Ele conversava com a gente de igual para igual. Faz tempo que eu não vou lá vê-lo, pois tenho que ficar aqui no projeto.

Tenho que cuidar da minha casa e da minha mãe, porque ela tem problema no coração e esquece de tomar medicação. Antes eu lavava a louça, mas agora não posso porque a minha mão fica com feridas, eu tiro pó da casa e passo pano, mas é a minha irmã que torce o pano para eu passar. A casa fica um brilho, fica tudo limpinho.

Eu estou no projeto há um ano e pouco e aqui eu não fico chateada porque os meus amigos, que são os profissionais, são legais, conversam com a gente e possuem muito respeito por nós. Quando eu produzo algo, como aquela fruteira que você viu, eu fico super contente. Ainda vou fazer outra, deixa eu melhorar dos meus olhos.

Quando eu ficava na minha casa, eu só dormia. Ficava na cama e não queria tomar banho, nem comer e nem beber. Depois que eu entrei para o projeto, eu não sei o que é cama.

Eu fiquei muito chateada quando a Coordenadora do Projeto me deu a dispensa porque estou com o olho machucado, porque quando estou em casa não converso com ninguém. Eu entro pela porta e fico com depressão, não tenho amigos e nem converso com os vizinhos porque foi assim que a minha mãe me ensinou. Ela não gosta de conversar com os vizinhos e ela fala que devemos falar apenas: bom dia, boa tarde e boa noite. Então, eu fico deprimida. Sei que ela fala para o meu bem, então, eu fico passando roupa, tirando pó ou fico na cama pensando: “Meus Deus, o que está acontecendo no projeto? Como estão os meus amigos?”

Desde que eu entrei no projeto, eu aprendi tantas coisas e comecei a fazer coisas na minha casa. Antes eu não fazia nada em casa e agora sei lavar, passar e fazer limpeza. É só eu parar de vir no projeto que eu fico fechada novamente e não consigo fazer mais nada. Agora eu sei fazer papel, colar e fazer objetos. E quando tem encomenda eu quero fazer tudo, quero mandar e pegam no meu pé por isso. Eu gosto muito dos profissionais daqui e quando um está de férias, eu sinto saudades.

Eu gosto muito da minha família e sinto muita falta de um irmão que está fora do País. Quero ver os meus sobrinhos e não vejo a hora que ele venha para o Brasil me visitar, mas é muito caro.

Colaboradora 6

Mirfak tem 35 anos, solteira, não tem filhos, é espírita kardecista. Mora com os pais e com o irmão. Refere ter problemas de transtorno de personalidade. Durante a entrevista, olhava apenas para o chão, mexia em suas mãos e falava muito baixo. Na devolução de sua narrativa, preferiu ler sozinha e no final afirmou que eu entendi a sua história e ficou com uma cópia de sua narrativa.

Tom Vital: Eu sou muito mística, igual aquela moça da novela "Eterna Magia". Eu sou curiosa sobre estes assuntos. Eu gosto de ouvir falar sobre luzes, óvnis etc. Eu gosto destas coisas ocultas.

Eu sempre fui assim, tímida e medrosa. Na minha infância, eu era mais alegre, porém dei trabalho para minha mãe porque eu tinha dificuldades na escola. Também freqüentei duas vezes o psicólogo.

Eu já fui católica, budista, espírita e freqüentei por 11 anos a igreja evangélica, mas a minha família não era desta igreja e, por isso, me afastei porque é difícil conciliar a igreja com a família.

Eu fiz magistério e curso de inglês, depois fui trabalhar lá na Casa Verde e depois fiquei desempregada e vim, no ano passado para o projeto. Aqui também participo do teatro do oprimido e fomos apresentar a peça no Rio de Janeiro.

Eu sempre fui muito tímida e aqui consegui fazer amizade, tinha uma moça que faleceu o ano passado porque tinha problemas no coração e eu fiquei muito chocada, pois ela era muito nova.

Agora estou conformada, mas me lembrei que eu perdi meu avô materno, em 1999, e minha avó, em 2004. O meu avô paterno morreu antes de eu nascer e minha avó paterna morreu na década de 1980.

Lembro que a minha avó materna fraturou o fêmur na época da páscoa e eu não estava aqui, estava no litoral. Minha avó ficou uma semana internada na Santa Casa, e eu passava as tardes com ela, mas não pude ficar no dia que ela operou porque eu tinha uma consulta com o psiquiatra que foi adiada porque ela faleceu. Ela não agüentou a cirurgia. Ela tinha 80 anos, mas estava lúcida.

Eu faço tratamento com o psiquiatra, desde 2004, mas já fazia tratamento com a psicóloga por causa da minha timidez. Eu sempre dei trabalho para os meus pais. Trabalho por causa da minha dificuldade no estudo e dos problemas com a religião.

Eu fazia tratamento no posto e depois vim para cá, fiquei freqüentando outra oficina até ter vaga na oficina que queria. Hoje, estou na oficina que gosto, faço terapia, tomo remédio e me trato no CAPS. Eu também ia ao Museu de Arte Moderna, mas era muito longe da minha casa e parei.

Antes de 2004, eu já não estava muito bem, porque eu ficava isolada, chorava, ficava nervosa e, às vezes, até agressiva.

Aqui eu faço várias coisas e fico feliz quando eu faço os produtos, pois gosto muito de mexer com papel. Quando criança eu gostava de escrever histórias e hoje escrevo história no computador da oficina. Esta história está ficando enorme. É um conto de fadas. Eu sempre gostei de escrever e agora estou gostando de desenhar. Fiz um curso de desenho no Museu de Arte Moderna e no CAPS, mas me enjoei. Eu tinha vontade de fazer um curso mais técnico como uma faculdade, pois eu ainda tenho uns traços mais infantis e quero me aperfeiçoar.

Eu quero ser uma escritora, mas eu sou preguiçosa e acabo não indo atrás disso. Um dia liguei para uma editora que o meu psiquiatra me indicou, eles pediram para mandar a história que iriam analisá-la, mas eu não mandei.

Eu também faço trabalhos manuais em casa, como bonecos, prancha de surf de isopor, etc. Eu começo uma coisa e páro, acabo fazendo outra e antes de terminar volto para aquela que parei. Eu sou assim, muito inconstante. Eu gosto de ir ao cinema, de ouvir música e de ler enciclopédia. Eu faço muitas coisas ao mesmo tempo, mas não faço nada direito. Eu também gosto de sair com a minha mãe e, às vezes, saio sozinha e vou para o shopping. Esta é a minha vida.

Eu gostei de uma pessoa aqui do projeto. Ele era divertido e me deixou encantada. Eu até escrevi alguns bilhetinhos para ele, mas não foi possível e acabei deixando pra lá. Só fiquei chateada porque não me despedi dele, pois eu estava de férias quando ele foi embora, mas estou me acostumando.

Eu não sei se é porque sou caçula, ou porque tenho este problema, que as pessoas em casa se preocupam muito comigo e falam que eu não estou preparada para viver sozinha. Eu até que me viro, já trabalhei e ia sozinha para o meu trabalho. Vou à psicóloga sozinha, pego ônibus e metrô. Eu só não sou boa para matemática e sou preguiçosa para o serviço de casa.

Outra coisa que eu não gosto é que meu pai não tem muito jeito de falar. Deve ser por causa da criação dele, porque o pai dele foi muito estúpido e a mãe não cuidava muito bem dele. Mas ele fala algumas coisas que me machucam, como por exemplo, afirma que eu não sei de nada, se desfazendo de mim.

Tem dias que ele está mais alterado e implica com o meu jeito de lavar a louça e que não é do modo correto. Mas eu tenho o meu jeito de lavar. A minha mãe gosta do modo que eu lavo, pois eu limpo tudo até a pia. O meu pai não limpa desse jeito, mas ele não foi ensinado. Eu sou muito chata, acho que puxei a minha avó materna porque ela fazia desse jeito. A psicóloga diz que se o meu pai não mudou até agora, provavelmente, não mudará mais e caberá para eu entendê-lo e aceitá-lo.

Eu também tenho uma irmã casada e ela tem dois filhos que estão na fase da “aborrecência” e eles ficam me irritando. Eles debocham de mim, me assustam e mexem nas minhas coisas. Eu não gosto que mexam no meu quarto. Eles fazem estas coisas de adolescentes.

Outro fato importante é que desde que entrei no projeto, eu percebo que estou mudando. Eu estou conseguindo aos poucos conversar mais com os meus colegas, estou mais ativa. Estou mudando lentamente, pouco a pouco. Ficando mais madura. Vim até contar a minha história.

Ainda gostaria de falar sobre alguns problemas que tive. Eu freqüentava um centro espírita. Na verdade, eu ainda freqüento, mas não comento porque é uma coisa particular. Em uma reunião de mesa branca, os espíritos falaram que eu tenho mediunidade e preciso desenvolver. Eu sou muito mística igual aquela moça da novela Eterna Magia. Eu sou curiosa sobre estes assuntos. Eu gosto de ouvir falar sobre luzes, óvnis, etc. Eu gosto destas coisas ocultas. Eu tentei fazer um curso, mas era muito caro. Eu gosto de terapia alternativa, já fiz acupuntura e cientologia que é um tipo de massagem. Esta é minha vida!

Colaboradora 7

Antares tem 53 anos, solteira, tem 3 filhos. Mora com seu filho do meio. Tem o primeiro grau incompleto e é católica. Relata ter depressão. Durante a entrevista, relata estar muito animada porque sempre quis ter escrito a sua história. Sorri ao falar dos filhos, mas fica com os olhos cheios de lágrimas ao relatar o episódio que seu filho a imobilizou.

Na devolução de sua narrativa diz: “Esta foi a minha vida. Se eu mostrar para o meu filho, ele vai chorar. Ninguém imagina o que a gente passa na vida”. Pediu para ficar com uma cópia de sua narrativa. Após três meses da entrega

da narrativa, ela afirmou que queria por um título em sua história que seria: “A sofredora que venceu” e, também, queria fazer uma capa a qual teria uma foto sua, sentada, com a mão no queixo para mostrar reflexão e um lenço na cabeça que é típico de sua terra. Terminou dizendo: “Eu ainda não mostrei para ninguém a minha história, mas quando eu fico sozinha, eu fico lendo. Só vou mostrar para o meu filho quando eu fizer a capa. Muita gente conhece a minha depressão, mas só você sabe a minha vida”.

Tom vital: “Sempre precisei me cuidar sozinha e, por isso, só fiquei moça aos 21 anos, mesmo não tendo pai e nem mãe. Mesmo não tendo mãe, eu não iria me entregar assim.”

Minha mãe teve 4 filhas. Eu era a caçula. Ela trabalhava em um hotel e não tinha condições de nos criar e, por isso, ela acabou dando a segunda e a quarta filha que no caso era eu. Até os meus nove anos, fui cuidada pela minha irmã mais velha, mas ela precisou sair para trabalhar e a minha mãe me colocou para tomar conta de um menino de 2 anos em uma casa de família. Porém, este menino não me obedecia e um dia jogou uma pedra no meu pé, estourando o meu dedão que até hoje tenho a cicatriz.

Acabei saindo desta casa e a minha mãe me deu para uma moça francesa que tinha dois filhos um de 16 e outro de 15 anos. Comecei a trabalhar na casa desta moça, mas o filho mais novo teve ciúmes e começou a me culpar por coisas que fazia. Um dia, eu precisei buscar uma chave para pegar o ferro e, nesta saída, sofri um acidente e fui para o hospital. Eu fui atropelada por um

jipe e quando acordei estava com a cabeça enfaixada, braço e perna pendurada. Acabei ficando no hospital por quase dois anos, entrei com 9 anos e saí com 11 anos, porque precisei fazer enxerto, quebrei o fêmur, levei dezessete pontos na cabeça e outros pontos pelo corpo, também, precisei pôr platina, mas como era pequena precisei fazer outra cirurgia para tirá-la, mas graças a Deus, eu cresci e estou normal!

Depois da hospitalização, eu ainda estava com a minha perna engessada e fui para a casa da moça francesa e quando a minha mãe foi me visitar e me viu lavando o banheiro com a perna engessada me levou embora e eu fui viver com a minha mãe. Fiquei com ela até 14 anos, mas ela faleceu. Tanto a minha irmã mais velha com a do meio que eram casadas, não quiseram ficar comigo e por isso fui trabalhar em uma casa de família.

Nesta casa, a minha patroa não queria que eu estudasse para cuidar das quatro crianças em tempo integral, inclusive, no período noturno e por isso parei de estudar. A criança mais velha tinha 6 anos e a mais nova 2 anos. Eu era responsável pela casa, pela comida, pelas crianças e por levá-las à escola e à natação. Normalmente, a minha patroa só conseguia chegar às 23 horas e as pegava dormindo. Porém, um dia eu estava lavando roupa e o mais velho acabou mexendo no cuscuz que estava no fogo, o qual caiu e queimou a mais nova.

Eu a socorri, mas acabei saindo desta casa e fui trabalhar com uma senhora de idade. Foi muito bom, mas depois de seis meses o neto dela de 20

anos foi morar junto e ficou me assediando. Eu tinha apenas 14 anos e um dia ele começou a bater no meu quarto de madrugada para eu passar uma camisa para ele. Afirmei que eu daria pela janela a camisa e o ferro, mas não abriria a porta; mas ele continuou insistindo. No outro dia, avisei à senhora o que havia acontecido e que eu não podia mais trabalhar lá e arranjei uma senhora mais velha para trabalhar lá.

Também trabalhei em Copacabana e Ipanema. Cuidei da sobrinha de um artista e de um advogado famoso e por isso, nos prédios onde trabalhava, tive contato com vários atores e artistas.

Lembro que quando trabalhava em Ipanema, eu realizava o serviço e, aos domingos, eu passava o dia inteiro na praia. Sempre ficava perto de uma família para não parecer que eu estava sozinha, mas, um dia, um rapaz me perseguiu e tentou me pegar dentro da água. Eu consegui escapar e parei de ir à praia. Só voltei na praia de Ipanema quando eu estava grávida da minha filha mais velha.

Também me lembrei de um beijo que recebi de um estranho. Eu estava dormindo em um ônibus que ia para São José dos Campos e de repente um moço entrou, me beijou e falou: “Eu não agüentei os teus lábios cor de mel”. Fiquei muito assustada, pois eu só tinha 17 anos e fiquei com medo dele descer onde eu ia descer.

Eu já passei por cada coisa! Fui em uma festa com uma amiga, mas ela ficou com um rapaz, e eu precisei voltar sozinha e um cara me perseguiu. Ele

puxou os meus cabelos, mas na época era moda usar peruca e, por isso, ele ficou com a peruca e eu corri muito. Nunca mais quis saber dessa amiga. Sempre precisei me cuidar sozinha e, por isso, só fiquei moça aos 21 anos, mesmo não tendo pai e nem mãe. Mesmo não tendo mãe, eu não iria me entregar assim.

Continuei a trabalhar como babá em outras casas, mas quando fiz 21 anos resolvi parar e pensei que estava na hora de eu começar a tomar conta dos meus próprios filhos. Acabei ficando grávida do meu primeiro filho e fui morar na casa da minha irmã mais velha. Quando nasceu, o meu cunhado queria que eu desse a criança. A irmã dele já tinha arrumado tudo, mas eu afirmei: “Eu prefiro dar para Deus do que para alguém que eu não conheço” e o meu filho acabou falecendo quando tinha dois meses e nove dias. Acabei me submetendo a morar na casa de um senhor de 61 anos e que tinha um filho de 14 anos. Acabou dando certo.

Outro fato importante foi que quando eu era bebê, meu pai brigou com a minha mãe e ameaçou matar a mim e a minha irmã. Minha mãe chamou a polícia e ele foi preso. Depois soube que ele foi para São José dos Campos e que matou a filha da dona da pensão em que morava. Ele fugiu e se refugiou na casa de uma senhora a qual acabou tendo um relacionamento. Ele era pedreiro e acabou construindo uma casa em São José dos Campos.

Esta minha madrasta me colocou no inventário para receber esta casa, mas depois fui descobrir que a minha mãe me registrou com um nome diferente

do que eles haviam combinado porque estava com raiva do meu pai. Acabei perdendo o direito desta casa e soube que ela foi invadida. Nesta época eu já tinha dois filhos, um casal. Consegui dar para eles o curso de datilografia. A menina trabalhou com 13 anos como Office-boy e aos 15 anos foi para o almoxarifado. O menino trabalhou em uma loja de vitral e saia com muito dinheiro para levar ao banco. Um dia, ele acabou de depositar o dinheiro e, assim, que ele saiu assaltaram o banco e mataram o segurança.

Depois disso, fiquei muito preocupada porque o meu filho só tinha 11 anos e andava com tanto dinheiro e acabei tirando ele de lá e ele foi trabalhar em uma autopeça. Ele saiu desse emprego só quando se casou e o dono chorou muito e até hoje ele sempre passa lá para conversar com o dono e arrumar o carro.

Esta é a minha vida. Passei muitas dificuldades, mas eu vou levando. Em 2002 eu tive depressão. Eu morava com a minha filha e com a minha neta. A minha neta me adorava e adorava ficar comigo, pois fazia o café para ela, trocava a fralda e sempre ficava com ela para eles saírem para se divertir. Um dia, o meu cunhado falou que era para eles se mudarem porque eu estava tomando a criança deles e quando eles se mudaram, fiquei com depressão, mas eu tinha a faxina o que me ajudava em vários sentidos.

A filha da minha patroa foi morar lá e ao invés de me perguntar se eu queria trabalhar por mês, acabou contratando outra pessoa. Eu fui dispensada em outubro; novembro e já tinha feito algumas comprinhas para renovar a casa

para o natal. Eu comprei um tanquinho e uma mesa com banquinhos e quase fiquei louca, pois agora eu não tinha como pagar. Eu só via a conta chegar e eu sem condições de pagar. E, neste momento, eu pirei, lembro como se fosse hoje. Eu me joguei do rio Paraíba, mas você só morre quando chega a sua hora. Se eu não morri naquele dia eu não morro mais. Eu acabei boiando e parei em um banco de areia. Acabei me levantando e andando até a cidade de Aparecida. Eu não sei como, mas atravessei a Dutra sem perceber e caminhei na chuva. Quando eu fui dar por mim, eu estava em um lugar estranho, toda molhada e fedendo por causa do rio. Acabei reconhecendo a ponte da Igreja de Nossa Senhora da Aparecida e comecei andar para trás. Passei o dia andando e quando cheguei à avenida, eu não tinha força para atravessar, mas uma vizinha me viu e achou que eu estava tentando me matar.

Ela parou o caminhão que estava vindo, e eu fui com o meu filho para a Santa Casa. Foi muito difícil, porque me colocaram com pessoas que estavam piores do que eu. Eles arrancavam cabelos, comiam bosta, avançam nas pessoas e neste lugar não tinha privacidade, lembro que não tinha como fechar a porta do banheiro. Eu falei para o meu filho que eu não podia ficar mais naquele lugar, porque eu ficaria louca se permanecesse lá. O meu filho me tirou de lá e conversou com a sua sogra que é espírita para ajudar a arrumar outro lugar para me tratar e ela arrumou o Centro de Especialidades Médicas. Comecei a me tratar e fui melhorando.

Outro fato importante foi que tive um problema com a minha nora, pois fiquei morando com eles e comecei a lavar e passar a roupa do meu filho e,

também, fazia o café para ele. Um dia, ela me falou que ele não era mais meu filho e que ele era dela, e eu não precisava fazer estas coisas para ele. E eu pontuei que enquanto eu estivesse na terra, ele seria o meu filho e que ele era mais meu do que dela. Neste momento, ela avançou em mim e eu peguei no pescoço dela, quando dei por mim a soltei e veio a vizinha com o bebê para ajudar.

Ligaram para o meu filho e quando ele chegou à primeira coisa que fez foi me dar uma rasteira e três socos na minha cabeça. Ele me deu uma chave de braço e eu afirmei que ele estava me machucando, e a única coisa que ele falou foi: “Eu não mandei você bater nela”. E eu dizia que ela tinha me atingido primeiro. Conversei com a médica do Centro de Especialidades Médicas, o que havia acontecido e ela chamou o meu filho e explicou a minha versão, pois ele não me ouvia e ressaltou que se me provocassem, eu poderia fazer coisa pior.

Hoje, está uma belezinha! Eu moro no quarto da frente e a minha nora faz comida para mim, não me deixa sem comida e me trata muito bem. Eles viajaram no carnaval e me levaram.

Eu vim para o Projeto há quase dois anos. Eu adoro estar aqui. Meu filho e minha nora falaram que iriam me ajudar a voltar para onde eu morava, mas eu falei pontuei que não quero, porque lá sabem que eu tentei me matar. E vão achar que eu sou louca e aqui ninguém sabe do meu problema e todos conversam comigo. Aqui é outra coisa! Como eu vou voltar para um lugar no

qual eu vou passar na rua e as pessoas vão ficar me olhando de rabo de olho e fica uma conversinha.

Não é fácil ter problemas de depressão. É horrível você ver uma pessoa que era muito sua amiga e agora passar e virar a cara. Lembro que depois daquele episódio que me joguei no rio, eu fui à Igreja que sempre ia aos domingos. E as pessoas ficavam longe do banco em que eu sentava só para não me cumprimentar na hora que o padre pedia para cumprimentar as pessoas. Eu me sentia muito mal. Meu filho falava para eu deixar de freqüentar esta Igreja como ele deixou.

Por isso, eu prefiro aqui. Ganho o meu dinheiro e lá eu até participava de um projeto para pintar pano de prato, fazer crochê, mas não ganhava nada. Aqui, no Projeto, eu tenho o meu dinheiro e consigo fazer as minhas comprinhas. Compro sabonete e já compro aqui mesmo. Também compro pasta, papel higiênico, leite em pó porque, às vezes, eu preciso fazer leite para tomar remédio e não preciso pedir para o meu filho. Eu vou levando a vida. A vida é ótima.

Outro fato muito importante é que eu tenho outra filha. Eu tive quatro filhos o primeiro faleceu, depois tenho a menina com 28 anos, o menino de 27 anos e a última que eu dei para um médico, ela tem 15 anos. Ela é branquinha, com cabelos enrolados, igualzinha a você. Eu acabei dando porque eu morava com a minha madrasta e ela não aceitou ter outra criança na casa. Eu já tinha

até arrumado uma creche para deixá-la, mas eu conheço a avó e a tia dela e sei onde elas moram.

Elas falaram que todo final de ano ficam na primeira praça que é para mim passar lá para vê-la. Mas, eu não quero ir, porque se não, pego ela de volta, pois eu não dei de papel passado. Vou deixar ela completar 16 anos e estar no colegial, quando ela estiver no 2º colegial vou procurá-la, não para tirá-la, mas para ver como ela está sendo criada e se foi criada que nem os meus filhos.

Apesar de eu ser pobre, nunca faltou nada para eles. Eu era sócia de um clube para eles terem lazer. A menina competiu como garota verão quando tinha 15 anos e ficou em quarto lugar. Ela também foi rainha da bateria do Mestre de Sá, lá de Guaratinguetá e tem dez medalhas de goleira menos vazada de Handebol. O menino é um atleta e um poeta. Ele faz poesias de cabeça. Eles tiveram álbum de figurinhas e conseguiram encher. A menina teve papel de carta. Eles foram criados como pessoas de classe média não faltava nada para eles.

Também tem a minha neta que está uma moça, tem 9 anos e vai fazer 10 em março e a minha filha irá fazer 29 anos. O meu filho sempre foi muito esforçado. Ele aprende as coisas sozinho, só olhando. Foi assim que ele aprendeu a consertar computador. Às vezes, algumas pessoas ligam para ele e, por telefone, consegue consertar. Eu sempre arrumei o meu emprego

prestando atenção. Às vezes, ouvia alguém falar que precisava de uma pessoa para ajudar e eu conversava sobre o emprego. Sempre fui assim.

Esta é a minha vida, daria até para fazer uma novela, não daria? Foi uma barra, mas eu sempre quis escrever a minha vida.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

5.1 ASPECTOS POLÍTICOS

O aspecto político pode ser compreendido como possibilidade de intervenção concreta na sociedade que podem possibilitar tanto a inclusão como a exclusão social (Oliveira, 2000).

5.1.1 DIMENSÃO POLÍTICA DO PROCESSO DE EXCLUSÃO

No Brasil, até a década de 1970, as políticas de saúde, principalmente de saúde mental, foram formas sistemáticas de exclusão econômica e social (Oliveira, 2000).

A hospitalização predominou desde o século XIX, primeiro nas Santas Casas de Misericórdia onde os loucos eram amontoados nos porões e "eram entregues à vigilância de guardas e carcereiros, sofrendo maus tratos físicos, sujeitos à desnutrição e doenças infecciosas" e sem tratamento médico e posteriormente em hospitais psiquiátricos (Dalmolin, 2000, p.51).

Estas hospitalizações reduziam as possibilidades de trocas, eram mecanismos de exclusão que afastavam as pessoas de seus vínculos sociais, incorporando uma cultura que despersonaliza (Goffmam, 1988).

Atualmente, com a Reforma Psiquiátrica, diminuiu o número de hospitais psiquiátricos e criou-se uma rede assistencial substitutiva, mas a cultura

manicomial que prioriza a patologia, o estigma da incapacidade e da periculosidade ainda existe, tanto nos hospitais psiquiátricos como nos serviços extra-hospitalares.

Amarante (2003) pontua que a política nacional de saúde mental de nosso País está sendo reduzida a uma reorganização administrativa e tecnocrática de serviços que restringe, apenas, a implantação de CAPS sem mudar a lógica manicomial, pois este ainda está atuando na doença, reduzindo todo o processo complexo da Reforma Psiquiátrica.

Podemos observar esta cultura manicomial nas seguintes falas:

> Antares: Foi muito difícil, porque me colocaram com pessoas que estavam piores do que eu.... Eu falei para o meu filho que eu não podia ficar mais naquele lugar porque eu ficaria louca se permanecesse lá.
>
> Sirius: fui internada várias vezes no hospital psiquiátrico porque estava deprimida (...) Lembro que fiquei internada em um hospital psiquiátrico que as pacientes queriam me bater.
>
> Sirius: (...) Quando eu ficava nos hospitais eu apanhava das meninas e meninos que estavam lá. Ficava toda arranhada e um dia até quebraram a minha clavícula e o meu irmão me tirou de lá. ...ficava totalmente fechada e não podia sair. Eu, como era esperta, ajudava lavar os corredores e arrumar as camas do hospital, mas sempre tinha algum paciente que me batia.
>
> Capella: É a falência da saúde porque você vê o médico psiquiatra a cada dois, três meses e ele te vê em cinco, dez minutos.

Antares e Sirius citam a falta de privacidade, de segurança e de humanização que estas instituições carregam. Nestes espaços não há lugar para a subjetividade nem para a singularidade de cada um.

Capella critica alguns modelos extra-hospitalares nos quais o atendimento é rápido e o retorno é demorado, não possibilitando conhecer a pessoa. Este atendimento rápido pode ser causado pela grande demanda que o serviço pode ter, prejudicando a assistência prestada, mas também pode ser conseqüência da cultura manicomial que enfatiza apenas a doença.

Por isso, é fundamental a compreensão de que não basta criar modelos substitutivos se não desconstruirmos esta lógica manicomial, de tutela que faz pelas pessoas e não com elas, porque senão reproduziremos este olhar em outros serviços. Devem-se desconstruir os "manicômios mentais" (Prandoni, Padilha, 2004).

Outro ponto importante da dimensão política no processo de exclusão é a atual política econômica que dificulta o fortalecimento dos movimentos sociais e enfraquece as políticas sociais em andamento, retardando as mudanças e levando à exclusão social dos doentes mentais e de grande parcela da população que possui dificuldade para se inserir na sociedade capitalista neoliberal (Silva, Barros, Oliveira, 2002).

Na fala a seguir, Alfa Centauri explicita a dificuldade de arrumar trabalho que é um problema da economia atual, mas que se intensifica por causa do estigma do sofrimento psíquico.

> Alfa Centauri: O meu dia a dia é aqui, até ver se eu arrumo um serviço, mas está difícil. Está muito difícil. Mas, é só não desanimar. Pode ser que a gente arranja, se desanimar aí...

5.1.2 DIMENSÃO POLÍTICA DO PROCESSO DE INCLUSÃO

A Reforma Sanitária promoveu mudanças na política de saúde, incluindo as políticas de Saúde Mental, como por exemplo, a Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e, também, redireciona o modelo assistencial de saúde mental, propondo mudanças na assistência das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2001).

Estas discussões sobre a importância das transformações na assistência surgiram com a Reforma Psiquiátrica que é um processo social complexo que se configura na articulação das dimensões epistemológicas, técnico assistencial, jurídico-político e sociocultural. Possibilitando, assim, a desconstrução de uma clínica da medicina naturalista que atua apenas na

doença e prioriza uma clínica ampliada que visa à criação de possibilidades, produção de sociabilidades e de subjetividades (Amarante, 2003).

Esta nova visão não atua apenas na doença, mas no sujeito que vive em uma sociedade, considerando as necessidades do ponto de vista clínico (biológico e psíquico) e do ponto de vista social (Silva, 1997). Deve ser considerada como um processo porque está se construindo permanentemente e criando novas formas de cuidado (Amarante, 2003).

Nesta perspectiva, há uma responsabilização do profissional sobre os usuários e serviços de saúde, buscando uma atuação intersetorial para responder às necessidades do sujeito, que é visto de forma singular, trabalhando também com os determinantes sociais do processo saúde-doença (Brasil, 2004b). Assim, amplia-se o conceito da clínica.

A Clínica Ampliada possibilita a desconstrução da loucura como incapacidade, inferioridade e doença mental, potencializando-a como diferença, ou seja, um modo diferente de se relacionar com o mundo (Torre, Amarante, 2001).

Este cuidado visa à emancipação do sujeito, produzindo espaços de autonomia e de cidadania ativa, desconstruindo uma relação de tutela para uma relação de contrato (Torre, Amarante, 2001).

Podemos pontuar que esta clínica trabalha com a complexidade da vida porque considera as múltiplas formas de ser e estar no mundo, respondendo as necessidades materiais, subjetivas, culturais, sociais e políticas do sujeito.

Na Clínica Ampliada, prioriza-se a escuta e a formação do vínculo entre o profissional e a pessoa em sofrimento psíquico e seus familiares, construindo conjuntamente a produção de sentido de vida, potencializando as trocas sociais e afetivas e reconquistando o poder social das pessoas em sofrimento psíquico.

É nesta concepção de cuidado que iremos desenvolver este estudo, pois acreditamos que o ato de cuidar é construído na relação. A possibilidade de narrar as suas histórias é uma forma de acolher o singular de uma vida, respeitando-a e empoderando-a.

O resgate da cidadania, também, é um dos pilares da Clínica Ampliada e o consideramos fundamental para a discussão do cuidado na dimensão política do processo de inclusão, pois esta pode ser entendida como uma categoria estratégica que possibilita a construção da democracia que está continuamente se formando nas relações sociais que o sujeito faz parte (Manzini-Covre, 2003).

A cidadania só pode se efetivar na relação com o outro, ou seja, é na relação que temos a concretização dos direitos e dos deveres, do respeito, da dignidade e da valorização do sujeito.

Quando falamos em cidadania, explicitamos a necessidade de uma participação ampla dos indivíduos no acesso a bens materiais e culturais da sociedade. Este acesso deve ser garantido pelo direito a ter direito (Arendt, 1990).

Para Oliveira (2000, p.163) a cidadania da pessoa em sofrimento psíquico é “uma conquista social diária em busca de processos emancipatórios que

admitem a pluralidade dos sujeitos com as suas diversidades e diferenças colocados, entretanto, no mesmo patamar de sociabilidade".

A inclusão de pessoas em sofrimento psíquico passa pelo exercício da cidadania que se expressa na ação política, mas também está presente no desejo, nas paixões e nas necessidades dos sujeitos. É no principio do direito de viver a própria vida que se constrói possibilidades concretas para melhorar a vida e enfrentar as hegemonias de interesse corporativistas que desvirtuaram a ética (Sawaia, 2004)

Nesse sentido, podemos perceber que todo processo que estimula a autonomia, a emancipação do sujeito, considerando a sua individualidade é um processo que estimula a cidadania.

Os colaboradores ao falarem de suas conquistas estão exercendo a sua cidadania, como podemos ver nas falas:

> Capella: Eu também fui eleita para participar do conselho gestor. A gente tem algumas idéias, não sei se vou ser boa no conselho, mas eu vou tentar passar aquilo o que sei e a vontade que eu tenho para que o projeto vá para frente.
>
> Antares: Por isso, eu prefiro aqui. Ganho o meu dinheiro e lá eu até participava de um projeto para pintar pano de prato, fazer crochê, mas não ganhava nada. Eu vou levando a vida. A vida é ótima.
>
> Aldebarã: Na hora que eu passo no escritório, eles (coordenadores da oficina) me pagam um pouquinho, para mim conta a união e para o pessoal conta a dedicação.

Na fala de Capella, podemos observar o direito de se candidatar para fazer parte do Conselho Gestor do projeto em que participa e atuar como controle social para a assistência digna e humanizada.

No discurso de Antares, fica explícito a sua satisfação de poder comprar as coisas, que gosta e que precisa sem depender de ninguém. Ela opta por comprar os produtos do próprio projeto, valorizando seu fazer e de seus companheiros.

Na fala de Aldebarã, podemos perceber o exercício de cidadania estimulado por este projeto, mostrando que todas as pessoas têm direitos e deveres, e as regras são construídas coletivamente. Muitas vezes, em uma democracia, ficamos descontentes porque o que irá imperar é a vontade da maioria, e faz parte da cidadania entender que o meu direito "vai" até onde começa o direito do outro, mas todos possuem o direito de ser ouvido e respeitado em suas opiniões.

Devemos também pontuar as políticas sociais que possibilitam o direito do benefício às pessoas que têm sofrimento psíquico, como é referido na fala de Vega:

> Tenho uma aposentadoria e trabalho aqui.

Estes benefícios são importantes, mas também é necessário pensar em estratégias que possibilitem às pessoas que tiverem condições a superação do

assistencialismo para diretrizes que promovam, de fato, a autonomia e o empoderamento do sujeito.

Castel (2004) cita que a palavra exclusão social pode servir de armadilha tanto para a reflexão como para a ação. É armadilha para a reflexão porque não se discutem as dinâmicas sociais globais que são responsáveis pelos desequilíbrios atuais; é armadilha para a ação, porque as intervenções são pensadas como estratégias limitadas no tempo, a fim de ajudar a passar o mau momento da crise. Entretanto, as políticas de inserção que deveriam ser provisórias tornam-se permanentes. É importante ressaltar que não se contesta a importância dessas políticas, mas questiona-se a perpetuação da exclusão que elas proporcionam, pois não atacam a causa e sim o sintoma.

Para atacar a causa da exclusão, pontuamos as duas estratégias de enfrentamento da exclusão que Sawaia (2004) defende: a de ordem material e jurídica – que é responsabilidade do poder público e do Estado – e a outra de ordem afetiva e intersubjetiva – que depende de cada um de nós. Se as duas dimensões unirem-se as políticas públicas humanizar–se-ão.

Apesar dos grandes passos que já foram dados pelas políticas nacionais, acreditamos que ainda estamos no começo de uma jornada e novas diretrizes devem continuar a surgir para assegurar a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, ampliando, assim, o empoderamento e a cidadania destas pessoas.

5.2 ASPECTOS RELACIONAIS

O homem é um ser social por natureza e é por meio das relações que ele aprende a ser homem. A relação entre as pessoas permite a constante transformação do ser humano (Bock et al., 1999).

O ser humano precisa de outra pessoa, ou seja, precisa se relacionar para iniciar seu processo de constituição. Quando criança precisamos ser recebidos e encontrados por outra pessoa, para proporcionar o início da nossa constituição (Safra, 2002).

A família é o primeiro “lugar” onde nos relacionamos, sendo a mediadora entre o indivíduo e a sociedade, possibilitando o aprendizado de perceber o mundo e nos situarmos nele (Reis, 2001).

A família pode ser compreendida como uma unidade social, ou seja, um sistema formado por um grupo de pessoas, que não precisam ter um laço de parentesco, mas que possuem laços de afinidade, afeto e solidariedade. É dinâmica, capaz de criar, renovar, transformar-se e poder ser um espaço de prazer, crescimento e alegria ou um espaço de sofrimento, prisão e opressão (Barreto, 2008).

A flexibilidade, o direito de ser diferente, a possibilidade de trocas entre os membros da família e a sociedade e o estímulo à autonomia são facilitadores para que esta seja um espaço de prazer, crescimento e alegria (Barreto, 2008).

5.2.1 DIMENSÃO RELACIONAL DO PROCESSO DE EXCLUSÃO

Ao falar sobre o aspecto relacional da exclusão, Jodelet (2004) refere que a exclusão leva a uma organização específica das relações interpessoais e intergrupais que se manifesta material ou simbolicamente por meio da segregação; da marginalização e da discriminação.

A segregação ocorre quando há um afastamento, um distanciamento da pessoa excluída. A marginalização verifica-se quando existe a manutenção desse distanciamento da pessoa excluída dos grupos sociais e das instituições. A discriminação pode ser observada pelo "fechamento do acesso a certos bens ou recursos, certos papéis ou status, ou através de um fechamento diferencial ou negativo" (Jodelet , 2004, p.54).

Podemos observar que exclusão leva a uma fragilidade dos vínculos sociais que pode ser manifestada pelo estigma e pelo preconceito (Wanderley, 2004).

O estigma é um atributo profundamente depreciativo que diferencia o indivíduo que passa a ser considerado como uma pessoa estragada e diminuída (Goffman, 1988). O preconceito é um julgamento sem exame prévio que pode ser positivo ou negativo sobre uma pessoa ou coisa (Jodelet, 2004).

A discriminação, a segregação, a marginalização, o estigma e o preconceito fazem parte do cotidiano das pessoas que têm sofrimento psíquico como podemos observar nas falas de:

> *Antares: É horrível você ver uma pessoa que era muito sua amiga e agora passar e virar a cara. Eu me sentia muito mal.*
>
> *Alfa Centauri: "Também tenho mágoa da minha família, desde que fiquei doente, fui tratada diferente(...)"*
>
> *Vega: Quando a minha mãe morreu acabou comigo porque eu era doente e ninguém queria ficar comigo. Fiquei isolada!! Ninguém quer ficar com uma pessoa doente.*
>
> *Mirfak: Outra coisa que eu não gosto é que meu pai não tem muito jeito de falar... ele fala algumas coisas que me machucam como por exemplo: afirma que eu não sei de nada... implica com o meu jeito de lavar a louça...*
>
> *Capella: Antes de adoecer eu era muito bem tratada... e quero ser aceita de novo, não como uma doente, as pessoas não precisam ter medo de mim... É complicado! Piora a sua doença.*

O sofrimento de ser tratada diferente, a segregação causada pela exclusão, pelo estigma e pelo preconceito são desafios enfrentados diariamente por essas pessoas. Ser vista apenas como doente mental e ter todos os seus outros atributos ignorados e ser julgado previamente compõem o cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico.

Antares pontua o sofrimento de ver uma amiga virar a cara após sua tentativa de suicídio, mostrando que o estigma da doença superou todas as outras qualidades que as tornaram amigas e ressalta que mesmo em uma igreja foi excluída, marginalizada e discriminada, pois as pessoas sentavam

longe dela para não cumprimentá-la, segregando-a. Mostra a conseqüência para os familiares, porque o filho também se afastou da igreja.

Podemos pontuar que ela passou por um processo de humilhação, causado pela exclusão social, sendo um processo no qual as pessoas são vistas como um ser inferior, desprezível e impedida de participar do campo social (Safra, 2002). Pois, foi vista como uma pessoa “desprezível”, de quem as pessoas se afastam para não precisarem cumprimentá-la, impedindo-a de realizar um ritual social, que é característico de sua igreja.

Capella ressalta o quanto o atributo de doente mental reforça o estigma da incapacidade, da periculosidade e da violência, levando à discriminação social, pois embora nunca tenha machucado ninguém a não ser ela mesma, foi vista com preocupação e medo por algumas pessoas.

Alfa Centauri, Mirfak e Vega referem que o estigma está presente na própria família, pois foram tratadas diferentes por causa da doença, restando apenas a mágoa e a solidão.

As pessoas em sofrimento psíquico são vistas por alguns familiares apenas pelos aspectos negativos decorrentes da doença e pelos comportamentos que despertam estranhamento e desconforto (Colvero, 2002).

O estigma é um dos fatores que dificultam as trocas sociais e a vinculação das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade (Leão, 2006).

A ênfase na doença e no estigma da incapacidade leva à descrença do que é falado pelas pessoas em sofrimento psíquico, excluindo-as do direito de expor a sua opinião e de ser ouvida como podemos perceber na fala abaixo:

> Antares: (...)Ele (o filho) me deu uma chave de braço e eu afirmei que ele estava me machucando e a única coisa que ele falou foi: "Eu não mandei você bater nela" e eu pontuava que ela tinha me atingido primeiro.

Antares tenta explicar para seu filho o que havia acontecido, mas por causa do estigma de seu transtorno não teve o direito de expor sua versão, precisando muitas vezes de outra pessoa para ter sua versão dos fatos validada.

Este estigma e preconceito que as pessoas em sofrimento psíquico sofrem e com a complexidade de se cuidar dessas pessoas levam muitos familiares a pensarem nas internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos como possibilidade de tratamento, conforme a fala de Vega.

> "(...) o marido (da irmã) não queria que eu ficasse na casa com eles e falava que era melhor me colocar em um hospital (...)"

Vianna e Barros (2004) pontuam que a internação no hospital psiquiátrico é vista para alguns familiares como uma possibilidade de excluir aquilo que fere o ideal de uma família "normal", excluindo o elemento "conturbador" que faz o que não pode ser feito e diz o que não pode ser dito.

As autoras ressaltam também a impotência e a culpa de muitos familiares de não conseguirem dar uma assistência de qualidade, levando-os a delegar, na maioria das vezes, o cuidado para as instituições. Relatam, ainda, que a Reforma Psiquiátrica não possibilitou, até o momento, investimento suficiente no trabalho com os familiares e estes se sentem descrentes e inseguros com as metas do novo modelo, preferindo os espaços que já conhecem e nos quais se sentem mais seguros, que são os hospitais psiquiátricos.

Somados a isso, temos a desmotivação, os temores e a desesperança de alguns familiares a qualquer proposta de mudança, vinda dos trabalhadores e dos serviços, decorrentes da complexidade de cuidar de uma pessoa com um transtorno crônico, que é cercado de recaídas, fracassos e abandonos do tratamento (Colvero, 2002).

A relação do familiar com a pessoa em sofrimento psíquico pode gerar três tipos de sobrecarga: financeira; na execução das rotinas familiares e em forma de doença física e emocional. Pode também levar a alterações nas atividades de lazer e nas relações sociais (Koga, 1997). Esta sobrecarga dos familiares é um dos fatores que contribui para a internação em hospitais psiquiátricos das pessoas em sofrimento psíquico.

Na fala Vega, podemos observar essa sobrecarga financeira:

> "(...)minha mãe não me deixou sair mais de casa. Ela parou de trabalhar fora, pegando apenas costuras que podia fazer em casa só para cuidar de mim".

Vega relata que sua mãe mudou sua rotina de trabalho, prejudicando o rendimento familiar para cuidar dela. Assim como a mãe de Vega existem outros familiares que precisam mudar suas rotinas para se readaptarem à nova realidade de cuidadores e, em alguns casos, até abrem mão de seus empregos.

Podemos também observar a sobrecarga dos familiares, no caso da mãe e da irmã de Vega no cotidiano de cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico, como observamos nos relatos abaixo:

> "(...) Era ela (mãe) que me dava banho e até chegou a me dar comida na boca (...)".
>
> "Apesar dela (irmã) ser uma pessoa muito atarefada, pois cuidava da casa, de sua filha, de mim e ainda fazia faculdade. Eu passava os dias deitada e cheguei até urinar nas calças. Minha irmã sofreu muito comigo... Não é fácil cuidar dessas pessoas que tem problema".

A sobrecarga que os familiares têm ao cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico pode acarretar fragilidades no vínculo, podendo também levá-los à culpabilização da pessoa em sofrimento psíquico, não considerando

o contexto psíquico, biológico e social, como podemos evidenciar na fala de Alfa Centauri:

> A minha família me culpou porque eu fiquei muito deprimida e tive algumas crises, acho que foram cinco. Quando eu tenho crise eu fico agressiva comigo mesma. Eu já tomei 25 comprimidos para morrer, mas Deus falou que não era a minha hora de subir e por isso eu estou aqui!

A culpabilização do sujeito é conseqüência da sociedade capitalista que atribui o sucesso e o fracasso exclusivamente às ações individuais, esquecendo-se completamente das causalidades históricas e sociais. Estas práticas atuais de culpabilização psicológica responsabilizam os sujeitos por uma situação econômica adversa e injusta (Guareshi, 2004).

Muitas vezes, as pessoas em sofrimento psíquico são culpadas por adoecerem, deixando de ser “produtivas” na visão da sociedade, em geral. Mas, ninguém questiona o quanto esta culpabilização deveria ser social, pois, atualmente, o modo de vida e de trabalho que temos ocasiona grandes fatores de desgaste do processo saúde-doença.

Considerando a dimensão relacional entre o profissional de saúde e o usuário, podemos ressaltar que a hipervalorização biológica ou de qualquer outro aspecto leva a um empobrecimento do cuidado, desconsiderando a construção em ato e a complexidade da vida (Machado, Colvero, 2003).

Em seu cotidiano, o profissional pode enfatizar as incapacidades e a doença, desconsiderando a pessoa e as suas potencialidades. O saber científico torna-se o único conhecimento válido, desconsiderando o conhecimento da pessoa em sofrimento psíquico e de seus familiares. Estas atitudes também são baseadas nos preconceitos e no estigma da incapacidade, reafirmando a exclusão que estas pessoas sofrem e potencializam uma atitude passiva, discordando de uma atitude que estimule a cidadania.

Podemos observar na seguinte fala:

> Vega: (...) ele (psiquiatra) perguntava para minha mãe como eu estava e ela respondia que cada dia eu estava pior e um dia ele falou que eu não tinha mais jeito e ficaria daquele modo para sempre e era para ela não perder mais tempo era só esperar a minha morte (...)

Vega menciona o quanto enfatizaram suas incapacidades, suas impossibilidades e a sua doença.

Esta ênfase nas incapacidades, também, pode ser observada na superproteção/tutela que muitos profissionais e familiares têm em seu cotidiano, pois não acreditam na capacidade da pessoa em sofrimento psíquico de enfrentar as dificuldades do cotidiano, não promovendo a autonomia do indivíduo e reforçando sua exclusão da rede social.

Oliver, Nicácio (1999) discutem esta relação de tutela das instituições, não apenas as asilares, com as pessoas em sofrimento psíquico, mas, ressalta que a proposta de tutelar, embora com o intuito de tratar, recuperar, proteger e cuidar, leva, mesmo que não intencionalmente, a um cuidado pautado na incapacidade e na ausência de direito da pessoa em sofrimento psíquico .

Esta superproteção/tutela pode ser observada nos relatos a seguir:

> Mirfak: Eu não sei se é porque sou caçula, ou porque tenho este problema, que as pessoas em casa se preocupam muito comigo e falam que eu não estou preparada para viver sozinha
>
> Sirius: Minha mãe e os meus irmãos não me deixaram ir ao enterro e até hoje não sei onde ele foi enterrado
>
> Vega: Eu pontuei para ela que a minha irmã não me deixava fazer nada, nem lavar uma louça apesar dela ser uma pessoa muito atarefada, pois cuidava da casa, de sua filha, de mim e ainda fazia faculdade.

Os familiares de Mirfak pontuam que ela não é capaz de viver sozinha, assim, esta superproteção é um reforço para o estigma da incapacidade.

Sirius teve seu direito violado de não poder enterrar seu noivo e, talvez, se pudesse ter assistido o enterro poderia ter elaborado a morte dele, mas os familiares embora tivessem boas intenções, potencializaram a incapacidade dela em lidar com as perdas e tomaram e tomam até hoje a decisão por ela.

Vega conseguiu trabalhar com a superproteção de sua irmã por intermédio da psicóloga e aos poucos foi reconquistando sua autonomia de poder fazer suas escolhas e arcar com elas.

Muitas vezes, o profissional de saúde opta por querer fazer pelo paciente em lugar de querer fazer com o paciente na justificativa de saber o que é melhor para ele. Esta atitude estimula a incapacidade, a dependência e a insegurança das pessoas em sofrimento psíquico, potencializando o empobrecimento das relações e reforçando a soberania do saber técnico ao saber popular, excluindo-as da responsabilidade de decidir pela sua vida.

Podemos também observar o empobrecimento da rede social, causada por certa desabilidade, pela falta do poder contratual das pessoas em sofrimento psíquico (Saraceno, 1996).

Leão (2006) nos alerta que as trocas afetivas e sociais não podem se restringir a espaços protegidos, como os serviços da rede substitutiva ou da rede familiar, visto que pode causar dependência, levando também a um empobrecimento da rede social, como podemos observar:

> Sirius (...) quando estou em casa não converso com ninguém. Eu entro pela porta e fico com depressão, não tenho amigos e nem converso com os vizinhos porque foi assim que a minha mãe me ensinou.

A fala de Sirius evidencia que o projeto é o único espaço de troca, demonstrando, por um lado a conquista da construção do vínculo entre ele e o serviço, mas do outro, pontua o desafio desse serviço ao potencializar outros espaços de trocas, ampliando, assim, sua autonomia.

Kinoshita (1996) cita que a autonomia é a capacidade da pessoa em conseguir organizar sua vida, conforme as diversas situações do cotidiano. Ressalta também a diferença entre autonomia e independência. Seremos mais autônomos quanto dependermos de muitas coisas e pessoas, porque todas as pessoas são dependentes. No entanto, há uma diminuição da autonomia quando temos uma dependência restrita.

Esta definição demonstra que a dependência restrita é um dos desafios que precisamos superar para melhorar a qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico.

5.2.2 DIMENSÃO RELACIONAL DO PROCESSO DE INCLUSÃO

Segundo Saraceno (1999), o aspecto relacional possibilita as trocas de identidades, ou seja, é pela relação que podemos trocar, compartilhar recursos, possibilidades e afetos que levam à inclusão da pessoa em sofrimento psíquico.

A rede social é lugar onde ocorrem estas trocas, portanto, é pela rede social que o homem aprende a ser homem, a ser sujeito de sua história e a ser sujeitado por ela.

Saraceno (1999) pontua que estas trocas deverão ocorrer no mercado, na feira, ou seja, na comunidade. Também relata que as trocas de afetos são fundamentais para o tratamento. A seguir, os trechos demonstram as trocas de afetos

> Aldebarã: Antes de eu sair, todos os meus amigos do exército assinaram uma foto e me deram. Meu pai tem esta foto até hoje.
>
> Aldebarã: Também tem meu avô por parte de mãe que sempre esteve muito perto de mim e cuidou da gente. Ele contava história desde que eu era pequenininho, desde os meus dois anos de idade. Meu avô me fazia feliz.
>
> Vega: (...) Ela (mãe) nunca gritou comigo, ela me ensinava falando bem baixinho, com muita calma.
>
> Vega: (...) Porque quando somos tratados com amor tudo se transforma, por isso que as pessoas precisam se dedicar aquilo que estão fazendo. O próprio amor transforma. (...)

Nestas falas, podemos perceber o quanto as redes familiar e social podem fortalecer o sujeito. Saber que pode contar com alguém e que este se preocupa com você, são atitudes que proporcionam trocas de afeto, de significado e de sentido, demonstrando atitudes de inclusão.

As atitudes que visam à inclusão não podem almejar uma “normalidade” do sujeito, porque cada indivíduo tem a sua singularidade e esta precisa ser

respeitada, pois o que iguala a humanidade é a diversidade de cada sujeito."É por existir o heterogêneo e a tensão entre sistemas diferentes que existe vida" (Maffesoli, 2004, p.39). Precisamos produzir novas formas de nos relacionarmos com as diferenças (Amarante, 2003).

Considerando a dimensão relacional entre o profissional de saúde e o usuário, podemos ressaltar a importância do cuidado que possibilita a construção de vínculos e de confiança entre os sujeitos, permitindo expressar para o outro as suas peculiaridades sem medo de não ser aceito nem rotulado como louco, fraco ou perdedor. Neste momento, há um deslizamento sutil do afeto de confiança para o afeto de acolhimento (Teixeira, 2006).

É este acolhimento que caracteriza o trabalho em saúde da Clínica Ampliada como um trabalho vivo que promove autonomia e qualidade de vida que se constrói em ato, ou seja, na relação com o outro (Merhy 2007).

O trabalho vivo promove ações voltadas para o enfrentamento do estigma e das dificuldades cotidianas, ações que potencializam: a autonomia, a cidadania, as potencialidades individuas e a produção de sentido de vida que são atitudes de inclusão; como podemos verificar nas falas:

> Vega**:** Quando eu ia para o médico eu tinha muita dificuldade para falar e quem falava por mim era a minha irmã, acho que era devido a minha doença e quando fui para a psicóloga ela pediu para eu entrar sozinha e minha irmã ressaltava que eu não conseguia falar.

> Sirius: Tem um funcionário lá no hospital que eu gosto e que parece com o meu noivo. Ele conversava com a gente de igual para igual.
>
> Sirius: Eu estou no projeto há um ano e pouco e aqui eu não fico chateada porque os meus amigos, que são os profissionais, são legais, conversam com a gente e possuem muito respeito por nós.
>
> Mirfak: Eu quero ser uma escritora, mas eu sou preguiçosa e acabo não indo atrás disso. Um dia liguei para uma editora que o meu psiquiatra me indicou, eles pediram para mandar a história que iriam analisá-la, mas eu não mandei.
>
> Antares (...) conversei com a médica do Centro de Especialidades Médicas o que havia acontecido e ela chamou o meu filho e explicou a minha versão (...).

Estas falas pontuam atitudes de profissionais que cuidaram das pessoas e não apenas da doença, que realizaram um trabalho vivo, ou seja, construído no ato da relação com o usuário, respeitando as peculiaridades de cada pessoa e acreditando em suas potencialidades.

Na fala de Vega, percebemos que a psicóloga foi fundamental, pois primeiro, acreditou em sua capacidade estimulando sua autonomia.

Este olhar amplo possibilita o reconhecimento das “diferenças individuais e de tipos de rede de pertinência do sujeito,” substituindo a “profecia do futuro centrada na doença” (Valentini Júnior, Vicente, 1996, p.51).

Na fala de Sirius, destacamos a horizontalidade do saber do profissional, pois pontua “de igual para igual”, ou seja, considera o saber que ela traz. Esta horizontalidade do saber considera e respeita o saber da pessoa em sofrimento psíquico, de sua família e da comunidade e é fundamental para a assistência em saúde. Esta forma de partilha do saber permite o empoderamento do sujeito (Barreto, 2008).

No discurso de Mirfak, ressaltamos a atitude do psiquiatra que acredita na potencialidade dela, fornecendo o telefone de uma editora.

Na fala de Antares, observamos a importância da médica na resolução do conflito familiar, pontuando que esta profissional acreditou em sua versão e “emprestou” seu poder contratual para que a colaboradora fosse ouvida.

Esta forma de cuidar reconhece e potencializa os recursos que estavam escondidos ou como Valentini Júnior e Vicente (1996) referem, os recursos que foram negados.

Silva (1997) ressalta que a inclusão da pessoa em sofrimento psíquico inicia-se quando ela é escutada, quando se busca detectar em seu discurso de qual necessidade está falando, de que natureza ela é, independente do estágio clínico em que se encontra.

O cuidar construído em ato e na perspectiva da Reabilitação Psicossocial prioriza a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, transformando o cuidado de tutela em um cuidado de direito, pois busca a ampliação dos espaços de expressão subjetiva e das redes de trocas sociais. Assim, validando

e legitimando a existência do outro, a partir de sua história de vida, de suas capacidades, de seus desejos e projetos (Oliver, Nicácio, 1999).

O Projeto Tear permite a criação de um cotidiano com maiores possibilidades de trocas sociais e afetivas, pois para os colaboradores participarem das oficinas, eles precisam acordar em um horário determinado (trabalhando com o cotidiano e com responsabilidade), tomam banho para poder sair de casa (autocuidado), pegam ônibus para chegar ao projeto (ampliando o contato com outras pessoas) e ao fazer as atividades, como por exemplo, uma vela, discutem e interagem com as outras pessoas do projeto para decidirem a cor da vela, o prazo de entrega, a distribuição das tarefas etc. O cuidado que este projeto propõe visa a ampliar a rede social desses colaboradores, respeitando a singularidade de cada um e, por isso, o processo de cuidado é construído coletivamente por meio do projeto terapêutico singular.

5.3 ASPECTOS SUBJETIVOS

Morin (1996) menciona que a subjetividade é um tema controverso porque existem várias concepções sobre este termo, tendo compreensões diferentes nas esferas da filosofia, da religião e da ciência.

Na filosofia, a subjetividade é uma característica de todos os fenômenos psíquicos como fenômeno de consciência possibilita que o sujeito relacione-se consigo mesmo (Machado e Colvero, 2003).

Na religião, a subjetividade é aquilo que em nós é divino e, também, existe uma crença em uma subjetividade Universal, que é a entidade considerada como Deus, Jeová, Alá, Pai Celestial etc (Morin, 1996).

Na ciência, temos, sobretudo, duas concepções de subjetividade. Uma, no contexto da modernidade, que aparece com a ciência que visava regular essa subjetividade para obter um sujeito racional e imparcial que produzisse um conhecimento do mundo ausente de juízos de valor. Nesta perspectiva, a subjetividade aparecia como algo que deveria ser eliminado, pois era uma fonte de erros (Morin, 1996).

A outra concepção é decorrente da pós-modernidade que reconhece tanto o conhecimento objetivo como a subjetividade (Vasconcelos, 2006, p. 27).

Este movimento tenta desconstruir as verdades naturais e acabadas, buscando a convergência de vários olhares dos diferentes momentos históricos e sociais, possibilitando a valorização do subjetivo, do criativo, do novo, do inesperado, respeitando as singularidades dos sujeitos e de suas formas de perceberem o mundo.

Neste estudo, utilizaremos a concepção de subjetividade da pós-modernidade que possibilita a convivência das concepções da filosofia, da religião e da ciência que reconhecem a importância da subjetividade.

Portanto, falar da subjetividade é falar: da sensibilidade humana, do afeto, da emoção que vivemos em nosso cotidiano, da criatividade, da identidade e da diversidade.

A subjetividade humana sofre interferência de fatores sociais, históricos e individuais. Por isso, podemos falar que o ser humano é um sujeito-sujeitado, ou seja, sujeito porque o ser humano é um vir a ser que não se limita a um mundo/ a um social preestabelecido. Ele é capaz de transformar sua realidade e sua identidade. Mas também é um sujeitado porque não está liberado das condições sócio-históricas em que vive.

A discussão sobre os sentimentos decorrentes do processo de inclusão-exclusão social supera a lógica de que a preocupação do excluído é apenas a sobrevivência, priorizando a compreensão das conseqüências desse processo na pessoa que se relaciona com o social (família, trabalho, lazer e sociedade).

Falar de identidade implica referir-se à sociedade, à relação. “A identidade do outro reflete na minha e a minha na dele” (Ciampa, 2001, p.59).

É importante ressaltar que não podemos conceber a identidade como permanente, estável e só dependente do sujeito. Quando falamos em identidade, precisamos compreender que estamos nos referindo a movimento, em metamorfose, na qual o indivíduo atua nas condições sociais em que está inserido, mas, ao mesmo tempo, é atuado por ela. A identidade está constantemente sendo (Ciampa, 1994).

5.3.1 DIMENSÃO SUBJETIVA DO PROCESSO DE EXCLUSÃO

A exclusão social deve ser considerada um processo sócio-histórico, configurado em todas as esferas da vida social, mas que é vivida como necessidade do eu, como sentimentos, significados e ações.

O aspecto subjetivo da exclusão traz efeitos sociais e psicológicos, pois essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica, já que elas determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência (Sawaia, 2004).

Falar de subjetividade relacionada ao fenômeno da exclusão social é referir aos sentimentos e à humilhação que os excluídos enfrentam.

O sofrimento que advém da situação de exclusão social, segundo Sawaia (2004), é a dor de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. É a tonalidade ética que acompanha a vivência cotidiana da desigualdade social, a negação imposta socialmente às possibilidades de apropriação de produção material, cultural e social de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto. Evidencia-se que os excluídos padecem de uma questão material “morrem de fome”, mas, igualmente “morrem de tristeza pela carência de dignidade”.

O sofrimento que as pessoas em sofrimento psíquico enfrentam é o de ser tratado como inútil por não ter um trabalho, ser visto como um incapaz, como uma pessoa perigosa e que deve ser excluída da sociedade e de não ter as suas potencialidades vistas.

A sensação de inutilidade é sempre geradora de sofrimento psíquico que, neste caso, pode ser considerado sofrimento social (Carreteiro, 2004).

Paugan (2004) e Barreto (2008) ressaltam que as pessoas que sofrem com a exclusão social internalizam a desvalorização que ouvem durante sua vida, gerando pessoas com baixa auto-estima, pessoas que não acreditam em sua capacidade que interiorizam uma identidade negativa; como pode ser observado nas falas a seguir:

> Mirfak: Eu começo uma coisa e paro, acabo fazendo outra e antes de terminar volto para aquela que parei. Eu sou assim, muito inconstante. Eu gosto de ir ao cinema, de ouvir música e de ler enciclopédia. Eu faço muitas coisas ao mesmo tempo, mas não faço nada direito (...)
>
> Mirfak: Eu quero ser uma escritora, mas eu sou preguiçosa e acabo não indo atrás disso.
>
> Aldebarã: Eu era muito inteligente, era muito bom na guardinha (...)
>
> Vega: Quando o cérebro não trabalha a gente não é nada.
>
> Vega: Eu era uma demente, toda molenga.
>
> Sirius: Tenho muito medo de namorar e de me acharem uma coitada porque não faço nada.

Mirfak internalizou uma identidade na qual é preguiçosa, inconstante, que não consegue terminar nada e que não faz nada direto, explicitando sua baixa auto-estima.

Aldebarã afirma que era inteligente, portanto, atualmente não se considera uma pessoa inteligente.

Na fala de Vega, podemos observar a internalização de aspectos negativos: de demente, de molenga, de não existência (a gente não é nada) e outros.

Sirius relata que tem medo de ser considerada uma coitada e uma inútil, na verdade, ela projeta algo que sente porque internalizou uma identidade de inutilidade e de coitada.

Sentir-se inferior, sentir-se à margem, ser desclassificado faz com que o indivíduo desestabilize suas relações com o outro, leva-o a fechar-se sobre si mesmo (Paugam, 2004), como podemos verificar nas falas:

> Antares: (...) falaram que iriam me ajudar a voltar para onde eu morava, mas eu pontuei que não quero porque lá sabem que eu tentei me matar e vão achar que eu sou louca e aqui ninguém sabe do meu problema e todos conversam comigo. Aqui é outra coisa! Como eu vou voltar para um lugar no qual eu vou passar na rua e as pessoas vão ficar me olhando de rabo de olho e fica uma conversinha.
>
> Sirius: Tenho muito medo de namorar e de me acharem uma coitada porque não faço nada.

Antares não se isola, mas opta por “fugir”. Ela muda para outro lugar no qual as pessoas não a conhecem; nem conhecem sua história, podendo criar novas possibilidades de relação.

Na fala de Sirius, podemos observar o prejuízo das relações, pois até a impedem de procurar um relacionamento amoroso com medo que ele considere que ela é uma coitada e uma inútil.

Faz-se perceptível a profundidade da vivência da exclusão social e suas conseqüências na subjetividade da pessoa que se sente diminuída e humilhada, evidenciando, também, a importância de compreender esse processo para ser transformado.

Segundo Martins (1997), o excluído está em situação de carência material, mas, sobretudo, não está sendo reconhecido como sujeito, que é estigmatizado, visto como nefasto ou perigoso pela sociedade.

Freqüentemente, percebemos o quanto a pessoa em sofrimento psíquico não é vista como um sujeito e por internalizar a desvalorização que ouve, acaba sendo muito mais sujeitada do que sujeito de sua vida. Por isso, a importância do profissional de saúde ao acreditar na capacidade das pessoas em sofrimento psíquico e enfatizar suas potencialidades, transformando esta internalização de desvalorização para um vir a ser, ou seja, de desvalorização para possibilidades de ser, tornando-se sujeito de sua vida.

Heller (1979) considera que a pessoa afetada pela exclusão social sente vergonha e culpa por sua situação. Estes sentimentos podem ser observados nas falas:

> Mirfak: eu sempre dei trabalho para os meus pais. Trabalho por causa da minha dificuldade no estudo e dos problemas com a religião.
>
> Mirfak: Na minha infância eu era mais alegre, porém dei trabalho para minha mãe porque eu tinha dificuldades na escola.
>
> Vega: Eu passava os dias deitada e cheguei até urinar nas calças. Minha irmã sofreu muito comigo... Não é fácil cuidar dessas pessoas que tem problema.

Mirfak ao falar que deu trabalho para os pais, demonstra sentimento de culpa e Vega, também, expressa este sentimento de culpa ao falar que sua mãe e sua irmã sofreram com ela. Desta forma, podemos perceber que elas se sentem um peso para seus familiares, ressaltando apenas suas dificuldades.

Heller (1979) afirma que estes sentimentos de culpa e vergonha possuem a função de manter a ordem social dos excludentes. Ressalta, também, que a vergonha das pessoas e a exploração social caminham juntas, porque as emoções estão continuamente em construção, porque são fenômenos históricos e sociais.

A autora citada defende que os sentimentos de culpa e vergonha são utilizados para que as pessoas se imobilizem e não consigam achar formas de

enfrentamento e mudança. Estas pessoas particularizam situações que são sociais.

Os sentimentos de vergonha e de culpa que algumas pessoas em sofrimento psíquico possuem, podem imobilizá-las, prejudicando a percepção de caminhos para a superação.

5.3.2 DIMENSÃO SUBJETIVA DO PROCESSO DE INCLUSÃO

Quanto ao aspecto subjetivo da inclusão social, podemos evidenciar os sentimentos de felicidade, de pertencimento, de autonomia, de auto-realização, de cidadania, de auto-estima e de potência. É sentir-se capaz de lutar por melhorias na qualidade de vida.

Na vida concreta das pessoas, encontramos possibilidades para a potência de ação que é um potencial que o indivíduo apresenta e que permite sua afirmação e sua expansão, podendo ser ativado e desenvolvido (Espinosa 1957).

Esta potência de ação pode ser ativada por práticas de inclusão que visam a restabelecer a relação do indivíduo com ele mesmo, produzir novas relações sociais, restituir os direitos civis, ativar dispositivos que permitam ao sujeito ter um rendimento para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (Rotelli, 1990) e novas possibilidades de ser e estar, respeitando as singularidades de cada pessoa .

Podemos observar esta potencia de ação nos seguintes relatos:

Aldebarã: Depois fui servir o exército, fiz todos os exames e passei.... Eu gostava muito de servir o quartel, servir a minha pátria e ter o documento do exército na carteira. Quando eu entrava no ônibus com o uniforme todo mundo me olhava. Eu era importante, era forte.

Aldebarã: A minha carteira de reservista, não sei se está comigo ou com o meu pai, eu perdi a primeira e segunda via.

Vega: Devagar eu comecei a falar e ela me perguntou o que eu queria fazer na vida. Eu afirmei que gostaria de voltar a estudar porque lá poderia ter amigas, e isto seria uma alegria para mim e também possibilitaria que no final de semana eu pudesse estudar, pois nos finais de semana não tinha o que fazer e nem para onde ir.

Vega: Tenho um irmão que está fazendo hemodiálise e mora num quarto e cozinha no terreno dessa casa, pois não tem condições de pagar aluguel. O meu outro irmão falou que era para eu mandar ele para fora ou cobrar aluguel. Ele é muito egoísta. Falei que se ele puder ou não eu vou pagar a luz e a água sozinha, mas não o ponho para fora (...)

Vega: Eu enfrentei e enfrento tudo, pois era para eu estar internada na psiquiatria por causa de tudo que me aconteceu. Mas eu levantei a cabeça e falei para Deus que iria enfrentar tudo. E eu vou enfrentar tudo porque não sou preguiçosa (...)

Vega: Acabei indo morar nesta casa que era da minha mãe que estava fechada desde a sua morte.

> Vega: (...) o meu marido está pensando em ir embora para Santos. O meu irmão está doente, não tem filho é aposentado e se ele quer ir para Santos tudo bem. Mas eu tenho responsabilidade, ainda tenho vida e não tenho a doença que ele tem. Ele é muito trabalhador, mas com esta doença, ele precisa ter a vidinha dele, comer o peixe que ele tanto gosta, mas eu tenho que pagar o imposto, e tem a faculdade que eu quero fazer.
>
> Vega: Outra coisa que me ajudou muito, foi a igreja.

Na fala de Aldebarã, podemos observar o quanto o exército foi importante para ele, despertando sentimentos de pertencimento e de cidadania (gostava de servir a minha pátria). Para ele, o exército foi um instrumento de inclusão que o aceitou. O período que ficou no exército, possibilitou-lhe a construção de uma identidade de capacidade, de possibilidade e de auto-estima, ficando explícito o quanto ele se sentia importante por estar fardado.

Simbolicamente a farda representava uma identidade de possibilidade, combatendo a identidade construída pelo estigma da incapacidade do doente mental. Depois de "sua saída" do exército, foi a carteira de reservista que ficou simbolizando esta identidade de possibilidade a qual está na 3ª via, pois acabou perdendo as outras, porque fazia questão de andar com ela para mostrar às pessoas, como se fosse uma garantia de possibilidade de ser visto, como pessoa e não como doente.

No discurso de Vega, podemos observar sua potência de superação. Ela que teve uma identidade de “incapaz” e de ser um peso para sua família, pois ninguém quer ficar com ela. Atualmente, consegue se ver como capaz, passa de uma identidade de doente que precisa ser cuidada, para uma identidade de cuidadora, que arca com as despesas da casa sozinha, cuidando de seu irmão e explicitando a sua autonomia.

Vega conhece sua potência e acredita em sua capacidade de superação e de transformação da realidade, como fica demonstrado no trecho “Eu enfrentei e enfrento tudo (...)”.

A fala de Vega, também,mostrou a importância da escola como um lugar de inclusão, possibilitando o sentimento de pertencimento, de possibilidade e de cidadania.

A religião, também, pode ser um lugar de inclusão, como uma possibilidade de fortalecimento, de pertencimento, de trocas de afeto e de construção de vínculos.

O trabalho é outra possibilidade de inclusão que estimula as possibilidades de fortalecimento, de pertencimento, de trocas de afeto e de construção de vínculos, mas discutiremos este aspecto na dimensão material.

Sawaia (2004) discute a felicidade sob dois aspectos, um que ela chama felicidade pública que é a vitória como conquista da cidadania e da emancipação de si e do outro e a outra chamada de felicidade ético-política que

é experienciada à medida que se sai do individualismo para abrir-se para a humanidade.

Os dois aspectos de felicidade podem ser vistos na fala de Vega: a felicidade pública ao sair da dependência e da incapacidade para a independência e autonomia e a felicidade ético-política que fica evidente nas falas:

> Eu jamais colocaria o meu irmão para fora. Falei que se ele puder ou não eu vou pagar a luz e a água sozinha, mas não o ponho para fora. Não vou por para fora uma pessoa do meu próprio sangue. Eu gosto muito deste irmão, eu faço o cabelo e as unhas dele. Hoje, eu pago o imposto da casa sozinha (...)
>
> (...)E é por isso que vou trabalhar e vou comprar as minhas coisas e vou ajudar os outros, porque as pessoas precisam ajudar o outro.

Nesta fala, Vega consegue sair do individualismo para ver a necessidade do outro. Este outro é seu irmão que está precisando de ajuda, assim, como ela precisou.

Portanto, para conseguirmos efetivar a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico precisamos estimular a potência de ação dessas pessoas.

Sawaia (2004) cita que a psicologia social propõe um convite à vida, mesmo que seja uma vida sofrida; um convite à transformação das relações

objetivas que aprisiona as emoções, a aprendizagem, a humanidade e a sensação de impotência transforma-se em energia e força para a luta.

Acreditamos que este convite à vida, à transformação, à felicidade seja uma tecnologia de cuidado fundamental para os profissionais de saúde, mas, para isto é necessário acreditar em sua potência de ação e na potência da pessoa que tem sofrimento psíquico.

5.4 ASPECTO MATERIAL

5.4.1 TRABALHO

O trabalho constitui a mediação entre o homem e a natureza, mediação que provoca transformações requeridas por necessidades humanas. É o ato humano pelo qual os homens, em sociedade, produzem e reproduzem sua existência; apesar de todas as transformações sofridas ainda permanece com esta potencialidade de objetivação, criação e recriação da natureza humana (Peduzzi, 1998).

O trabalho é um processo que ocorre porque o homem possui necessidades que precisam ser satisfeitas (Peduzzi, 1998), mas também precisamos considerar o trabalho como um espaço de trocas, que produz sentidos e valores subjetivos. Ele pode ser um meio de sustento e/ ou forma de auto-realização (Saraceno,1999).

Nas sociedades pré- capitalista, o trabalho não era exaltado como na sociedade capitalista.

> (...)o trabalho não era um requisito básico para se medir a produção de um povo, assim não se caracterizava como doente aquele que não produzia (...) a aptidão e a inaptidão ao trabalho não eram um critério para definir normal e anormal, respeitando -se o tempo e o ritmo psíquico do trabalhador (Oliveira, 2000, p.28)

Na sociedade capitalista, há uma valorização social do trabalho, ou seja, o indivíduo que esta trabalhando é visto, muitas vezes, como sendo uma pessoa trabalhadora, disciplinada, respeitada e valorosa. Nesta perspectiva, o pobre e o louco passam a ser considerados uma ameaça e um problema moral. A pessoa que não produz, passa a ser vista como ociosa, preguiçosa, perigosa, “anormal” e outros (Serrano, 1988).

Considerando que nós estamos inseridos nessa sociedade, atuamos e somos atuados por ela e pela esta exaltação do trabalho, tendo nossas representações do eu influenciadas pelas estruturas psicológicas (ser valorizado e respeitado). O prestígio e o desprestígio social; a qualificação e a desqualificação social dependem de estar no campo de trabalho e da especificidade que ele exerce no trabalho.

Portanto, o trabalho pode ter um papel fundamental na vida das pessoas, pois pode ser fonte de subsistência, de realização pessoal, de independência,

de apoio social, de estruturação do tempo e de estabelecimento de identidade. O trabalho concebe ao indivíduo qualificações, permitindo ter um prestígio dentro do grupo social a que pertence, isto é, possibilita um reconhecimento social.

Concordamos com Barros que define o trabalho:

> ... não apenas como prática de "normalização" e, portanto, expressão necessária da produtividade, mas como resposta a necessidade de reprodução subjetiva, enquanto produtividade social, enquanto meio para reconstrução de uma identidade em relação a uma capacidade de troca. Então, trabalho significa possibilidade de valorização e expressão da subjetividade de cada um e da troca de diversas experiências que se arriscam (Barros, 1994, p.96).

O trabalho como expressão de subjetividade, de troca, de valorização pode ser observado nos seguintes relatos:

> Antares: (...) fui trabalhar em uma casa de família (...) Também trabalhei em Copacabana e Ipanema. Cuidei da sobrinha de um artista e de um advogado famoso e por isso, nos prédios onde trabalhava, tive contato com vários atores e artistas.
>
> Aldebarã: Eu também trabalhava com computadores no Bradesco e ainda trabalhei em outro lugar, mas não lembro o nome, era de edificaçõe(...) Depois fui trabalhar com o meu pai.

> Vega: Trabalhei na Rua 15 de novembro; trabalhei na tipografia em Guarulhos perto da telefônica. Trabalhei em vários lugares. Trabalhei muito na minha vida (...)

Nestas falas, podemos observar a importância do trabalho na vida dos colaboradores e na construção de suas identidades, pois muitos enfatizam em suas histórias de vida os lugares onde trabalharam.

5.4.1.1 DIMENSÃO MATERIAL DO PROCESSO DE EXCLUSÃO

Após a Revolução Industrial da Europa do século XVIII, passou-se a associar o sofrimento psíquico com a adaptabilidade do ser humano ao processo produtivo. Ou seja, passou a considerar como normal e saudável a pessoa que estivesse com o corpo e a mente em perfeitas condições de uso, como força de trabalho para a inclusão ao processo de produção e o tratamento também estava integrado com o trabalho (Silva, 1997).

O tratamento da pessoa em sofrimento psíquico era baseado no tratamento moral que submetia a paixão pervertida do doente sob a influência da paixão reta do médico, pelo exercício da disciplina e uso do trabalho do doente, como forma de adaptabilidade e utilidade social (Oliveira, 2000).

Silva (1997) cita que o modelo de reabilitação preconizado por Meyer e seus seguidores Stagle, Haas e Marsrh, que prevaleceu até a década de 1950,

era uma vertente do tratamento moral que tinha como objetivo: a aquisição de comportamentos aprovados socialmente; como o treinamento para o trabalho orientado no hospital, a ressocialização como mecanismo de adaptabilidade social e a disciplina como forma de obter respostas mais adequadas à realidade e ao controle de si próprio.

Nestas perspectivas, o trabalho era um instrumento de treinamento, prescrito pelo médico, no qual a instituição psiquiátrica se organizava (Silva, 1997). Visava à inclusão das pessoas em sofrimento psíquico, almejando sua "normalidade" e na prática reforçava a exclusão social, pois a pessoa não podia ser aceita com sua diferença. A loucura devia deixar de existir para que a pessoa em sofrimento psíquico fosse aceita nos "padrões da sociedade" e pudesse sair do isolamento das instituições totais. Portanto, na prática, estas pessoas eram submetidas a um processo de exclusão sem volta (Ogawa, 1997), ficando a espera de uma "tal normalidade" que nunca chegava, passando suas vidas na solidão e na exclusão das instituições, almejando a liberdade de apenas ser.

Saraceno (1999) pontua que este tipo de trabalho tinha a finalidade de entretenimento, de passar o tempo e que, também, servia para substituir o trabalho dos funcionários ou ter o direito de ganhar o cigarro ou reencontrar uma disciplina perdida.

Atualmente, ainda vemos esta visão de trabalho nos manicômios e até em alguns serviços extra-hospitalares.

Podemos observar este tipo de trabalho na fala de Sirius:

> (...) No hospital eu ficava totalmente fechada e não podia sair. Eu, como era esperta, ajudava lavar os corredores e arrumar as camas do hospital, mas sempre tinha algum paciente que me batia (...)

Nesta fala, observamos o trabalho como forma de substituição do trabalho de funcionários e não como produção de sentido.

Outro ponto importante sobre a exclusão são as desigualdades absurdas de qualidade de vida decorrente das transformações do mundo do trabalho e por situações advindas dos modelos e estruturas econômicas (Sawaia, 2004).

No trabalho, estas transformações levaram à redução das necessidades de mão-de-obra do que era exigido pelo modo de produção capitalista tradicional, onde tanto a indústria como a agricultura e os serviços empregavam um grande número de pessoas. Em razão da flexibilização, tanto do consumo, como do mercado, das máquinas e do próprio trabalhador muitas pessoas são colocadas à margem do processo produtivo. Não é o fim do trabalho, mas é o fim de um emprego como o existente no modo de produção tradicional (Guareschi, 2004).

Demo (2006) ressalta que seria incoerente desconsiderar o contexto capitalista sobre a exclusão social, pois embora a exclusão social não se

restrinja ao afastamento do mercado de trabalho, este afastamento intensifica a precariedade de acessos e possibilidades.

No trabalho, as mudanças também causam a competitividade que seria uma fonte de exclusão, porque apenas há espaço para os mais "fortes" (Guareschi, 2004). Esta competitividade dificulta a inserção das pessoas em sofrimento psíquico, no trabalho, como também daquelas que não tiveram acesso à educação e aquelas de baixa renda etc. Esta problemática deve ser vista como um problema social e não individual, como podemos observar nos relatos:

> Aldebarã: (....) Eu trabalhava direitinho, porém teve este negócio de pele que me deixou doente e as pessoas não gostavam e falavam: _ "Se você não parar com isso, teremos que mandar você embora". Eles me mandaram embora, mas não foi por causa da pele. Eu estava trabalhando bem, mas eu estava faltando no serviço por causa da pele.

A fala de Aldebarã sugere que ele foi demitido do emprego por causa de seu problema de saúde mental, pois, no sistema de trabalho capitalista não há espaço para a diferença e como há um número maior de mão de obra em relação à necessidade atual, existe a priorização dos mais fortes, os que podem produzir do modo "esperado" e exigido pelo mercado, excluindo qualquer outra possibilidade. Por isso, a importância de práticas que visem à inclusão de

pessoas em sofrimento psíquico em trabalhos que produzam sentido e que respeitem a diferença.

Precisamos considerar que o estar fora do mercado de trabalho pode gerar doenças e mortes prematuras. “A preocupação com o sustento da família, a ansiedade suscitada pelo desemprego, à falta de capacitação profissional e a incerteza do amanhã, atingem gravemente a saúde” (Barreto, 2008. p.298), como podemos observar no seguinte depoimento:

> Antares: Eu fui dispensada em outubro, novembro, já tinha feito algumas comprinhas para renovar a casa para o natal. Eu comprei um tanquinho e uma mesa com banquinhos e quase fiquei louca, pois agora eu não tinha como pagar. Eu só via a conta chegar e eu sem condições de pagar. Neste momento, eu pirei, lembro como se fosse hoje. Eu me joguei do rio Paraíba...

Na fala de Antares, podemos perceber que ela associa o estar desempregada com o adoecer. Ela também explicita sua angústia de não conseguir cumprir com seus compromissos financeiros.

O trabalho também é visto como uma fonte geradora de sofrimento e de doença, como podemos observar nas falas de Capella:

> Capella: (...) Considero que o meu trabalho é a causa dos meus transtornos e, por isso, tenho que ficar afastada. Eu preciso me

> readaptar ou me aposentar. Não sei. Mas ficar trabalhando não dá mais porque ele me faz muito mal (...) Eu acho que se estivesse afastada do trabalho, talvez eu não estivesse chegado onde cheguei. Cometi três tentativas de suicídios que foram provocados pela falta de respeito e preconceito dos meus colegas de trabalho, do meu chefe e dos coordenadores. E foi como uma bola de neve.

Barreto (2008) pontua o quanto o contexto psicossocial do trabalho pode ser um potencial de desgaste da saúde, contribuindo para o aumento do estresse e outras doenças. Dejours (1995) ressalta que o trabalho, embora desejado, pode também ser causa de sofrimento ao trabalhador.

5.4.1.2 DIMENSÃO MATERIAL DO PROCESSO DE INCLUSÃO

Na perspectiva dos conceitos da Reabilitação Psicossocial, a inclusão social pelo trabalho deve visar à produção de vida e não apenas a acumulação de capital, ou seja, visa ao trabalho como um processo complexo, levando a produção de sociabilidade, de ampliação das possibilidades de escolhas, de combate ao estigma, de exercícios da autonomia e da cidadania, respeitando as singularidades e os sofrimentos dos usuários (Kinker,1997).

Este estudo foi realizado em um projeto de geração de renda que visa dar sentido à vida de pessoas em sofrimento psíquico por meio do trabalho e da expressão criativa, portanto ele objetiva a inclusão social por meio do trabalho.

Nesta perspectiva, o trabalho é um espaço de trocas, que produz sentidos e valores subjetivos. Ele pode ser um meio de sustento e/ ou forma de auto-realização (Saraceno,1999).

Podemos observar nas seguintes falas:

> Mirfak: Aqui eu faço várias coisas e fico feliz quando eu faço os produtos, pois gosto muito de mexer com papel (...) eu tinha vontade de fazer um curso mais técnico, como uma faculdade, pois eu ainda tenho uns traços mais infantis e quero me aperfeiçoar.
>
> Alfa Cenaturi: (...) Eu gosto muito daqui, pois aqui tem tratamento (...). É bom! É muito bom quando eu vejo o que fiz. É um estímulo para a gente, mostra que a gente está viva e sabe fazer e sabe lutar ainda. Basta querer. Isto, ainda não está acontecendo comigo, mas vai acontecer. Eu vou querer lutar. É um incentivo de vida para mim.
>
> Sirius: (...) Quando eu produzo algo, como aquela fruteira que você viu, eu fico supercontente. Ainda vou fazer outra, me deixa melhorar dos meus olhos.
>
> Aldebarã: Estou no projeto, porque o meu irmão me colou aqui porque achou que eu ia melhorar. Eu estou levando, né? Eu estou lutando. Se eu não estivesse aqui, eu estaria em casa.

Nestas falas, observamos a importância do trabalho na vida concreta dessas pessoas. O trabalho como realização pessoal, possibilitando uma identidade de capacidade, de esperança, de possibilidade e de estímulo para se

aperfeiçoar tecnicamente, combatendo a identidade construída pelo estigma da incapacidade e da periculosidade.

O trabalho visto na perspectiva de produção de sentido e de auto-realização que respeita as singularidades, os sofrimentos dos usuários e o valor que tem para cada pessoa, amplia as possibilidades de "ser e estar" no mundo e, para algumas pessoas, a realização pessoal será feita nas atividades domésticas; na confecção de bonecas, sabonetes, fruteiras e outros; no trabalho com a informática e outros, como podemos observar nas falas:

> Sirius: Tenho que cuidar da minha casa e da minha mãe, porque ela tem problema no coração e esquece de tomar medicação. Antes eu lavava a louça, mas agora não posso porque a minha mão fica com feridas, eu tiro pó da casa e passo pano, mas é a minha irmã que torce o pano para eu passar. A casa fica um brilho, fica tudo limpinho.
>
> Sirius: Desde que eu entrei no projeto, eu aprendi tantas coisas e comecei a fazer coisas na minha casa. Antes eu não fazia nada em casa e agora sei lavar, passar e fazer limpeza. É só eu parar de vir no projeto que eu fico fechada novamente e não consigo fazer mais nada.
>
> Vega: Então, fui me analisando e tive uma ótima melhora devido o meu trabalho de ajudá-la em casa. Quando ela chegava em casa, a cozinha estava toda limpa e com a comida feita.

> Capella: A confecção de bonecas foi um resgate da minha infância, porque ao fazer as bonecas, comecei a recordar momentos bons da minha infância.

Nas falas de Sirius e Veja, percebemos a importância de realizar as atividades domésticas na vida dessas pessoas e sua repercussão nas relações familiares.

Sirius passou de cuidada a cuidadora e a importância que o projeto tem em sua vida, porque ao parar de comparecer ao projeto, ela não consegue realizar suas atividades em casa.

Vega relata que as atividades em casa ajudavam-na em sua melhora, porque estas atividades faziam sentido para ela.

Capella, também pontua a importância que o projeto tem em sua vida, porque, muitas vezes, ela consegue realizar atividades apenas no projeto. A confecção de bonecas foi um resgate de sua infância e naquele momento fez sentido.

Observamos, também, o trabalho como um espaço de troca e formação de rede social:

> Alfa Centauri: Atualmente, vivo com um companheiro que conheci aqui no projeto, já faz 8 meses que estamos juntos.
>
> Mirfak: Eu gostei de uma pessoa aqui do projeto. Ele era divertido e me deixou encantada. Eu até escrevi alguns bilhetinhos para ele, mas não foi possível e acabei deixando pra lá. Só fiquei chateada porque

> não me despedi dele, pois eu estava de férias quando ele foi embora, mas estou me acostumando.
>
> Mirfak: Eu sempre fui muito tímida e aqui consegui fazer amizade (...)
>
> Capella; Teve aquele incidente com o usuário da minha oficina, mas foi bom porque eu consegui falar sobre o problema e ele percebeu também.

Alfa Centauri encontrou seu companheiro no projeto. Mirfak conseguiu fazer amizade e até se apaixonou por uma pessoa do projeto.

As trocas, a construção de vínculos entre os participantes do projeto possibilitaram para Capella trabalhar suas dificuldades no aspecto relacional. Portanto, este trabalho possibilita as trocas sociais, gerando transformações de valores e construção de vínculo (KinKer,1997).

Nesta perspectiva, o trabalho pode ser um caminho para a produção de emancipação, de autonomia de ampliação de contratualidade e de empoderamento (Nicácio, 2006). Como podemos observar nos seguintes trechos:

> Antares: Por isso, eu prefiro aqui. Ganho o meu dinheiro e lá eu até participava de um projeto para pintar pano de prato, fazer crochê, mas não ganhava nada. Aqui, no projeto, eu tenho o meu dinheiro e consigo fazer as minhas comprinhas.

> Mirfak: Outro fato importante é que desde que entrei no projeto, eu percebo que estou mudando. Eu estou conseguindo aos poucos conversar mais com os meus colegas, estou mais ativa. Estou mudando lentamente, pouco a pouco. Ficando mais madura. Vim até contar a minha história.
>
> Aldebarã: Na hora que eu passo no escritório, eles (coordenadores da oficina) me pagam um pouquinho, para mim conta a união e para o pessoal conta a dedicação. Todos da oficina vão ser avaliados. Mas, acho que tem alguma coisa errada, não sei por que, mas acho que eles pegam um pouquinho do salário da gente.
>
> Sirius: Quando eu ficava na minha casa, eu só dormia, ficava na cama e não queria tomar banho nem comer e nem beber. Depois que eu entrei para o projeto, eu não sei o que é cama.
>
> Sirius: Desde que eu entrei no projeto, eu aprendi tantas coisas e comecei a fazer coisas na minha casa. Antes eu não fazia nada em casa e agora sei lavar, passar e fazer limpeza. É só eu parar de vir no projeto que eu fico fechada novamente e não consigo fazer mais nada. Agora eu sei fazer papel, colar e fazer objetos. E quando tem encomenda, eu quero fazer tudo. Eu gosto muito dos profissionais daqui e quando um está de férias eu sinto saudades.

Na fala de Antares, destacamos a importância de receber um salário, a valorização e a autonomia que esta possibilidade lhes traz.

No discurso de Mirfak, podemos observar o empoderamento que ela está conseguindo, pois a cada dia se supera. Ela que se reconhecia como tímida, acabou pedindo para participar desta pesquisa e contar sua história.

Aldebarã pontua que deveria receber apenas pela união que tem com os outros participantes, mas estes em reunião decidiram que deve contar a dedicação ao trabalho de cada integrante para decidir o pagamento. Este colaborador ficou e ainda fica descontente com a decisão da maioria, mas continua a participar do projeto com seu direito de falar de suas desconfianças como qualquer outro cidadão. No modelo da psiquiatria clássica, ele não teria o direito de expor a sua opinião, porque o louco é um ser sem razão. Mas, na perspectiva de uma Clínica Ampliada, que vê a pessoa e não a doença, seu direito de falar é respeitado e entra em cena a comunicação e poder de convencimento entre os sujeitos.

No discurso de Sirius, fica evidente a dimensão que o projeto ocupa em sua vida, mostrando o quanto a ajudou a ter autonomia em algumas das atividades cotidianas que não tinha.

Saraceno (1999) ressalta que a cooperativa é uma possibilidade de inclusão pelo trabalho, pois apresenta um dinamismo afetivo e relacional oposto à lógica dos serviços psiquiátricos de entretenimento ou de disciplina e da lógica do mercado capitalista que não considera a especificidade de cada pessoa, visando apenas ao lucro. A cooperativa propõe que todos os

participantes se responsabilizem pelas escolhas e riscos que irão tomar, trabalhando a cidadania e respeitando a especificidade de cada sujeito.

Atualmente, no Brasil a Lei Federal nº 9.867 estabelece o funcionamento de cooperativas, definindo suas atividades e funções, visando à inclusão pelo trabalho das pessoas que apresentam desvantagens no mercado econômico, como as pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 1999).

Em 2004, a Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde estabeleceu parceria com a Secretária Nacional de Economia Solidária visando a luta conjunta contra a exclusão social (Brasil, 2006).

> A economia solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade (Brasil, 2006).

Estes princípios são compartilhados pela Reforma Psiquiátrica que também faz uma opção ética, política e ideológica para que as pessoas em sofrimento psíquico tenham o direito à reinserção social e econômica.

No trecho a seguir, Delgado (2006) sintetiza a junção das opções éticas, políticas e ideológicas entre a Reforma Psiquiátrica e a economia solidária:

> Creio que, até por esta visão que a economia solidária traz de travar este debate [...] com essas condições adversas do mercado, que é um mercado que não inclui, mas exclui, entre a economia solidária e a reforma psiquiátrica há uma vocação cooperativa inevitável. [...] O fundamental é que ambos nascem de uma matriz comum [...] nessa vontade de mudar a sociedade, de modo que ela possa ser uma sociedade mais generosa, mais inclusiva, mais solidária etc. Essa é a matriz que nos interessa. Na verdade, a reforma psiquiátrica não é uma tecnologia de montar serviços de saúde mental, mas um movimento social de transformação profunda e de fato das concepções sobre a loucura e sobre a diferença (Delgado, 2006, p.11).

A Reforma Psiquiátrica e a economia solidária visam à inclusão social, criando estratégias que possibilitem o empoderamento das pessoas para que estas se tornem sujeitos de sua própria história, exercendo, assim, os seus direitos.

A busca pela inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico nos leva, como profissionais de saúde, a vários desafios. Um deles seria: como podemos ajudar às pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares a se organizarem para a fundamentação de uma cooperativa?

As oficinas de geração de renda podem ser um caminho, pois possibilitam a geração de renda por meio do aprendizado de uma atividade específica que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário que pode ser de culinária, bijuterias, artesanato em geral, fabricação de velas, de cerâmica, produtos feitos com papel reciclado, e outros (Brasil, 2004a).

A oficina de geração de renda visa a autonomia do sujeito, mas também é um espaço terapêutico.

O Projeto no qual foi realizada esta pesquisa caracteriza-se como oficinas de geração de renda, mas é cadastrado como um CAPS II, porém não funciona com as características de um CAPS.

Esta relação entre o espaço terapêutico que cuida e respeita a especificidade de cada um e o trabalho que tem as suas exigências, fica evidente nas falas:

> Alfa Cenaturi: Eu gosto muito daqui, pois aqui tem tratamento, um conversa com outro e tem terapia ocupacional. É bom! É muito bom quando eu vejo o que fiz. É um estímulo para a gente, mostra que a gente está viva e sabe fazer e sabe lutar ainda.
>
> Vega: Tenho uma aposentadoria e trabalho aqui. Aqui me trato e trabalho. O tratamento na psiquiatria não é apenas a injeção ou trancar. Aqui a nossa família fica mais tranqüila, pois as pessoas que trabalham aqui se preocupam conosco. Eu estou aqui, mais por causa do tratamento do que pelo dinheiro.

> Aldebarã: Estou no projeto a quase um ano, em fevereiro, faz um ano e quando faço aquelas peças eu me sinto revigorado. Precisa ter paciência para fazer as peças. Eu trabalho bem legal, tenho muita sabedoria por achar que este trabalho é bom para mim. E eu não posso abandonar este emprego que é um tratamento. Aqui, é um lugar que cuida das pessoas, tem uma bolsa, salário e depois tem o lado da firma, no qual as pessoas querem que você faça tudo direito e isto me deixa tonto. Não posso fazer do meu jeito. Então, se eu fizer de qualquer jeito está errado.

A relação entre o espaço terapêutico e trabalho nos remete a outro desafio: como passar do trabalho protegido para o autônomo? Da tutela para a cidadania?

Nicácio (2006) acentua que é fundamental superar esta lógica do trabalho protegido que é a lógica do trabalho assistido, mas reconhece que não é simples superar esta lógica, pois há diferentes compreensões do trabalho protegido.

Acreditamos que as oficinas de geração de renda para algumas pessoas seja uma passagem e este percurso dependerá do sujeito, dos profissionais, dos recursos materiais, econômicos e políticos. O profissional de saúde mental precisa conhecer as suas possibilidades, mobilizando suas potencialidades (Silva, 1997), encontrando formas criativas para cada caso.

Retomamos o pensamento pós-moderno que propõe uma ruptura dos grandes modelos epistemológicos, com suas pretensões de verdade, objetividade e universalidade, ou seja, desconstrói concepções de uma única possibilidade e de um único caminho. Portanto, ao falar de trabalho, mesmo na sociedade capitalista, precisamos compreender que o trabalho é uma das possibilidades para estar no mundo, de ser valorizado e de ser incluído, existindo outras possibilidades de estar no mundo.

Por isso, não acreditamos em um único caminho, pois cada sujeito é singular e é esta diversidade que nos iguala como humanidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, discutimos o processo de inclusão-exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade e verificamos a complexidade da temática, pois a exclusão social não está apenas na segregação física das pessoas mas sim em uma lógica de segregação, que ultrapassa os manicômios.

Concordamos com Amarante (2003) que há risco da política nacional de saúde mental de nosso País reduzir-se a uma reorganização administrativa e tecnocrática de serviços que restringe, apenas, a implantação de CAPS sem mudar a lógica manicomial.

Por isso, é fundamental a compreensão do processo inclusão-exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico em suas dimensões políticas, relacionais, materiais e subjetivas para que possamos desconstruir os "manicômios mentais".

A lógica manicomial enfatiza as incapacidades, a doença, a tutela, a segregação em nome do "cuidado", desencadeando o sofrimento que advém da situação de exclusão social que é a dor de ser tratado, como inferior, e subalterno e sem valor (Sawaia, 2004).

O estigma e o preconceito são barreiras para a inclusão social, atuando no empobrecimento das trocas sociais porque reforça o isolamento que já faz parte dos sintomas negativos do sofrimento psíquico. Devemos também considerar que o estigma e o preconceito são obstáculos para a obtenção do emprego.

Reconhecemos que a conjuntura econômica atual dificulta o fortalecimento dos movimentos sociais, promovendo a exclusão social de grande parcela da população, incluindo os doentes mentais (Barros, Silva e Oliveira, 2000).

Por isso, precisamos construir estratégias de enfrentamento do processo de exclusão social, sendo necessária a superação de alguns desafios: Como trabalhar com a aceitação da diferença? Como desconstruir o estigma e o preconceito? Como possibilitar a inclusão social dessas pessoas?

A inclusão de pessoas em sofrimento psíquico passa pelo exercício da cidadania que se expressa na ação política, mas também está presente no desejo, nas paixões e nas necessidades dos sujeitos. É no princípio do direito de viver a própria vida que se constrói possibilidades concretas para melhorar a vida e enfrentar as hegemonias de interesse corporativistas que desvirtuaram a ética (Sawaia, 2004).

Esta cidadania é "uma conquista social diária em busca de processos emancipatórios que admitem a pluralidade dos sujeitos com as suas diversidades e diferenças colocados, entretanto, no mesmo patamar de sociabilidade" (Oliveira, 2000, p.163)

Ressaltamos a importância dos princípios da pós-modernidade para a inclusão social que rompe com os grandes modelos epistemológicos e com as suas pretensões de verdade, objetividade e universalidade (Maffesoli, 2004). Ensinando-nos a conviver com as diversas possibilidades de inclusão (trabalho, arte, redes sociais, etc) sem excluir nenhuma delas, porque a complexidade da

vida não pode ser capturada por uma única forma de ver a situação. Ressalta também a importância da subjetividade em todo o tipo de relação social, pois reconhece que o conhecimento objetivo é influenciado pela subjetividade (Maffesoli, 2004).

Desta forma, acreditamos que toda atuação que promova o empoderamento, a cidadania, a autonomia, a criação de possibilidades, a produção de sociabilidades e de subjetividades e a produção de sentido de vida são intervenções de inclusão social.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, consideramos que a assistência também é uma intervenção de inclusão social, pois visa ao empoderamento e à reconstrução do poder contratual das pessoas em sofrimento psíquico.

A Clínica Ampliada permite a construção de projetos terapêuticos singulares, colocando o usuário no lugar de sujeito e não como doente, ou seja, ele é visto como uma pessoa capaz de decidir sobre sua vida e seu cuidado, permitindo assim, a construção de sua cidadania e, conseqüentemente, sua inclusão social.

Acreditamos que as narrativas sobre as histórias de vida podem ser usadas como estratégias de cuidado na Clínica Ampliada porque podem possibilitar: o conhecimento sobre a vida da pessoa, priorizando a história e não a doença; sensibilizar o profissional de saúde sobre a realidade desse sujeito, desconstruindo o estigma e o preconceito; identificar os potenciais de desgaste e de fortalecimento do processo saúde doença, facilitando a construção

conjunta do projeto terapêutico; conhecer a rede social e o significado desta rede para o sujeito e a produção de sentido de vida, pois ao falar sua história a pessoa pode elaborar e compreender situações que antes estavam obscuras.

As narrativas permitiram dar voz às pessoas que foram silenciadas e que foram, historicamente, excluídas.

Estas histórias nos possibilitaram mergulhar nas vidas de Vega, Capella, Alfa Centauri, Aldebarã, Sirius, Mirfak e Antares, possibilitando nossa afetação, pois "ninguém sai ileso de um encontro com outra pessoa" (Feldman, Miranda, 2002, p.45).

Este encontro deu-se pela compreensão das trajetórias de vida dos colaboradores que são constituídas de subjetividades que possuem afetos, desafetos, alegrias, angústia, crenças, valores, aspirações e significados.

Podemos perceber Vega como uma lutadora que, apesar de várias dificuldades, consegue encontrar sentido para sua vida e tem vários sonhos e projetos: quer estudar, trabalhar, comprar suas coisas e ajudar o outro. É uma mulher de fé. Ela pontua: "[...] Ainda tenho vida [...]". É esta vida que precisamos potencializar, que precisamos atuar como profissionais e cidadãos.

Capella nos mostra a importância das intervenções sobre as potências de cada pessoa; apesar das várias angústias sobre os seus relacionamentos, as desilusões de seus ideais e as dúvidas sobre seu processo saúde–doença, mostra-nos caminhos de superação, pois fala de sua paixão pela arte nos dando dicas do que produz sentido para ela.

Alfa Centauri pontua a dificuldade de mudar e nos faz refletir como é difícil perder alguém que amamos, mas ressalta que há 8 meses vive com um novo companheiro que conheceu no projeto, mostrando-nos a ampliação das trocas afetivas e sociais que este serviço possibilitou.

Na vida de Aldebarã, podemos perceber o quanto o exército foi importante para ele, pois foi um "lugar" que lhe possibilitou trocas, reconhecimento e sentimento de pertencimento. Um lugar que, por um tempo determinado aceitou-o com sua diferença.

Sirius mostra o quanto precisava falar sobre sua indignação de não ter se despedido de quem ama e ao contar sua história tranqüiliza-se. Pontua também a importância que o Projeto Tear tem em sua vida, sendo um dispositivo que amplia suas trocas sociais e que a motiva a sair de casa.

Mirfak pontua sua superação que embora se veja como uma pessoa muito tímida, procurou a pesquisadora enfrentando seus medos e suas inseguranças para contar a sua vida.

Antares relata a importância de narrar sua história e a repercussão que este fato teve em sua vida, como podemos observar em sua fala:

> "Esta foi a minha vida. Se eu mostrar para o meu filho, ele vai chorar. Ninguém imagina o que a gente passa na vida".... : "Eu ainda não mostrei para ninguém a minha história, mas quando eu fico sozinha, eu fico lendo, só vou mostrar para o meu filho quando eu

> fizer a capa. Muita gente conhece a minha depressão, mas só você sabe a minha vida".

Nesta fala, podemos perceber a importância que Antares atribui ao narrar sua história, pois fez questão de colocar um título "A sofredora que venceu," apesar de todas as dificuldades que enfrentou em sua vida, ela pôde se colocar em uma posição de vitória. Esta vitória foi possível pelas mudanças paradigmáticas da assistência em saúde mental, pelo compromisso dos profissionais de saúde, pela potência de Antares e pela existência desse projeto de geração de renda.

O cuidado da Clínica Ampliada propõe um convite à vida, mesmo que seja uma vida sofrida; um convite à transformação das relações, potencializando a capacidade do sujeito de enfrentar as situações e, assim, estará efetivamente incluindo as pessoas em sofrimento psíquico.

O Projeto Tear visa a ampliar a rede social das pessoas em sofrimento psíquico, respeitando as singularidades de cada colaborador. Estas redes sociais são ampliadas no momento que a pessoa sai de casa para ir ao projeto, porque encontra pessoas na rua, no trem, no metrô e no próprio projeto. Trabalha com a auto-estima e a produção de sentido, pois ao produzir objetos eles percebem que são capazes, possibilitando, também, sua valorização pelos seus familiares porque descobrem potências em que só viam impossibilidades.

Por isso, acreditamos que tivemos conquistas significativas nas dimensões políticas, assistenciais, socioculturais e epistemiológicas com a Reforma Psiquiátrica, mas acreditamos que ainda estamos no começo dessa mudança paradigmática e novas tecnologias de cuidado devem continuar a surgir para assegurar a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, ampliando, assim, o empoderamento e a cidadania dessas pessoas.

Percebemos a necessidade de novas pesquisas que pontuem as experiências que estão mudando a lógica manicomial; experiências que possibilitem e estimulem a realização de trocas sociais, a produção de sentido de vida e o resgate da cidadania para, assim, consolidarmos as mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica.

8 REFERÊNCIAS

Alverga AR, Dimenstein M. A Loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: Amarante P. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p.45-66.

Amarante P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. Saúde em Debate. 1994 (45):43-6.

Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro:SDE/ENSP;1995.

Amarante P, coordenador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003. A clínica e a reforma psiquiátrica; p. 45-65.

Arendt H. Da revolução. São Paulo: Ática – UNB; 1990.

Barboza D. Cooperativismo, cidadania e a dialética da exclusão/inclusão. Psicologia & Sociedade. 2000 (1/2): 54-64.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa:edições 70; [2008?].

Barreto AP. Terapia Comunitária: Passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008. Pensamento Sistêmico; p. 178-219.

Barros D. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP; 1994; p.94.

Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Barros S, Aranha e Silva AI, Oliveira MAF. Inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico severos e persistentes: um desafio pedagógico. Cad IPUB. 2000;6 (19):171-80.

Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Bock AMB et. al. “Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia. 13ªed. São Paulo:Saraiva, 1999. A Psicologia Social. p. 135-47.

Brasil. Lei n.9867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 10 novembro. 1999.

Brasil. Lei n.10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 6 abril. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Comunicação e Educação em saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil.Ministério da Saúde.Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização Clínica Ampliadada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.Informações de Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def [acesso em 18 de set. 2008].

Brêda MZ. A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Bretas ACP. A abordagem da história oral. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. p.97-75.

Carreteiro TC. A doença como projeto – uma contribuição da análise de formas de filiações e desfiliações sociais. IN: Sawaia organizadora. As artimanhas da exclusão**:** Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.p.87-96.

Castel R. As armadilhas da exclusão. In Bógus L, Yazbek MC, Belfiore-Wanderley M, organizadores. Desigualdade e a questão social. 2ª ed. São Paulo: EDUC; 2004. p. 17-50.

Ciampa AC. A estória do Severino e a história de Severina: um ensaio da psicologia social. 4ªed.São Paulo: Brasiliense; 1994.

Ciampa AC.Identidade. In: Psicologia Social: O homem em movimento. 13ªed. São Paulo: Brasiliense; 1999. p.58-78

Colvero LA. Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4[2 supl]:15-25.

Cunha AG. Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa. 2ªed. Rio de Janeiro:Nova Fronteira; 1998.

Dalmolin BM. Trajetórias da saúde Mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo.O Mundo da saúde. 2000;24(1):51-58.

Dejours C. Uma nova visão do sofrimento nas organizações. In: Davel EPB, Vasconcelos JGM. "Recursos" humanos e subjetividade**.** Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

Delgado P. Saúde Mental e Economia Solidária. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.p11-13.

Delory-Momberger C. Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. Educ Pesq. 2006;32(2):359-71

Demo P. Charme da Exclusão Social. 2ªed. Campinas: Autores Associados; 2002.

Demo P. Inclusão marginal. 2006. Disponível em: http://pedrodemo.sites.uol.com.br/textos/inclmarginal.html [acesso em 20 de outubro].

Espinosa B. Ética, 3ªed. São Paulo: Atena; 1957.

Farr RM. As raízes da psicologia social moderna. Petrópolis: Vozes; 1996.

Feldman C, Miranda ML. Construindo a Relação de ajuda. 13ªed. Belo Horizonte: Crescer; 2002.

Foucault M. Doença mental e psicologia. 4ª ed.Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.

Gatti BA. Pesquisa, educação e pós-modernidade: confrontos e dilemas. Cad Pesq. 2005,35 (126):595-608.

Giordano S. A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.

Guareschi P. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. IN: Sawaia B, organizadora. As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5ª ed. São Paulo: editora Vozes; 2004. p.141-156.

Heller A. Teoria de los sentimentos. 3ª Ed. Madrid: Editorial Fontamara; 1979.

Jodelet D. Os processos psicossociais da exclusão. In: Sawaia B, organizadora. As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p.53-66.

Kinker FS. Trabalho com produção de vida. Rev Ter Ocup. 1997;8(1):42-8.

Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec;1996. p.55-59.

Koga M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Leão A. As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Machado, AL. Espaços de representações da loucura: religião e psiquiatria. Campinas:Papirus; 2001.

Machado AL, Colvero LA. O cuidado de enfermagem: O sujeito do cuidado como o sujeito da relação. Rev Baiana de Enferm 2003; 18(1/2):51-55.

Maffesoli M. Notas sobre a pós-modernidade: o lugar faz o elo. Rio de Janeiro: Atlântica; 2004

Manzini-Covre ML. Sofrimento em organismos sociais e cidadania em constituição. In: Vaisberg TA, Ambrosio FF. Trajetos do sofrimento: rupturas e criações de sentido. São Paulo: Instituto de psicologia da USP, 2003. p.77-101.

Martins JS. Exclusão social e a nova desigualdade. São Paulo: Paulus;1997.

Matheus MCC. Os fundamentos da pesquisa qualitativa. In:Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. p.17-22.

Meihy JCSB. Manual de história Oral. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.

Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alivio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE; Amaral H. (Orgs.) A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo, Hucitec, 2007. p.55-66

Merighi MAB, Praça NS. Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas: A Vivência da Mulher no Período Reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004a.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004b.

Morin E. A noção de sujeito. In: Schnitman (org.) DF. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.p.45-58.

Nicácio F. Reforma psiquiátrica, direito ao trabalho e emancipação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.p.75-8.

Ohl RIB. A utilização da abordagem qualitativa na pesquisa em enfermagem. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. p. 23-28.

Oliveira AGB. Conceitos de “saúde” e “doença” mental: perspectiva histórica. Cogitare Enferm. 1997; 2(2):71-74.

Oliveira MAF. Do canto (lugar) maldito ao porto (lugar) seguro: representações do manicômio. São Paulo: Selecta; 2000.

Oliver FC, Nicácio F. Da instituição asilar ao território: caminhos para produção de sentido nas intervenções em saúde. Rev. Ter. Ocup. 1999; 10(2/3):60-8.

Paugam S. O Enfraquecimento e a Ruptura dos Vínculos Sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. IN: Sawaia B, organizadora. As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5ª ed. São Paulo: editora Vozes; 2004. p.67-86.

Peduzzi M**.** Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

Pita-Hoisel AM. Sobre uma política de saúde mental [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina,Universidade de São Paulo; 1984.

Prandoni RFS, Padilha MICS. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: eupreciso destas palavras. Texto Contexto Enferm. 2004;13(4):633-40

Reis JRT. Família, emoção e ideologia. In:Lane STM, Codo W (orgs). Psicologia Social: o homem em movimento.São Paulo: Brasiliense, 2001.p. 99-123.

Rotelli F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio MF. Desinstitucionalização.São Paulo: Hucitec; 1990.

Safra G. Desenraizamento e exclusão no mundo contemporâneo. In: Vaisberg TA, Ambrosio FF. Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão. São Paulo: Instituto de psicologia da USP, 2002. p.34-40.

Santos BS. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez; 2006.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p.13-8.

Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de Saúde Mental. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá; 1999.

Sawaia BB. Cidadania, diversidade e comunidade: uma reflexão psicossocial. In: Spink MJP (org). A Cidadania em construção: uma reflexão transdiciplinar; São Paulo: Cortez, 1994. p.147-156,

Sawaia B, organizadora. As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

Serrano AI. O que é psiquiatria alternativa. São Paulo: Brasiliense; 1988.

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/ inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(1):4-9.

Silva ALA. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [Dissertação]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Teixeira RR. Humanização a Atenção Primária à Saúde. Ciência&Saúde Coletiva 2006; 10(3): 585-597.

Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.Ciência & saúde coletiva 2001; 6(1):73-85.

Valentini Junir WAH, Vicente CM. A reabilitação Psicossocial em Campinas. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p.48-54.

Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

Vianna PC de M, Barros S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. Rev Min Enf. 2004; 8(1):223-28.

Wanderley MB. Refletindo sobre a noção da exclusão. In: Sawaia B, organizadora. As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p.16-25.

8 ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 23 de agosto de 2007.

Ilm.ª Sr.ª
Rosangela Katia de Carvalho

Ref.: Processo nº 670/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **"O processo de exclusão-inclusão na vida das pessoas com transtorno mental na pós-modernidade"**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Guarulhos, 17 de janeiro de 2008.

À
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Após análise do conteúdo e contato com os responsáveis envolvidos, manifestamo-nos favoráveis ao desenvolvimento do trabalho de pesquisa e iniciação científica para elaboração da dissertação de mestrado, intitulada "O Processo de Exclusão-Inclusão na Vida das Pessoas com Transtorno Mental na Pós-modernidade" na Oficina de Trabalho, Terapia e Arte - Projeto Tear de Guarulhos, pela pesquisadora Rosângela Kátia de Carvalho, portadora dos documentos R.G. 27.561.239-9 e CPF 276.405.878-08, sob orientação da Profa. Dra. Ana Lúcia Machado do Curso de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, portadora do COREN nº 344.448, R.G. nº M-1.619.359, sendo que a coleta de dados será realizada no período de janeiro a julho de 2008.

Salientamos que, para autorização do início da pesquisa citada, será necessário o retorno a esta Secretaria para apresentação de Parecer com aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

MARCO ANTONIO ARROYO VALDEBENITO
Secretário de Saúde Interino

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

I – Dados de identificação do sujeito da pesquisa:

Nome do entrevistado_____

II – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: O processo de exclusão-inclusão na vida das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade

Pesquisadora:
Rosangela Katia de Carvalho(COREN SP 92.302)
Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Fone: (11)76568397/ 30617602 e-mail: rosangelakatia@yahoo.com.br
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3061-7548

III – Registro das explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa:

O presente estudo busca descrever e analisar o processo exclusão-inclusão social na trajetória de vida das pessoas com diagnóstico de transtorno psíquico. Para isto solicitamos que você responda algumas questões. Você é livre para expressar suas idéias. Você poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre a sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado(a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará nos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo. Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro.

IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga prejuízo. Não haverá custos para você.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

"Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa".

São Paulo, _____de_____de 2008.

_____ _____

Assinatura do sujeito da pesquisa
Assinatura do pesquisador

ANEXO D

Carta de cessão

São Paulo,___de _____ de 2008

Eu, _____, declaro para os devidos fins que autorizo a utilização na íntegra da minha entrevista transcrita para a pesquisa intitulada “O processo de exclusão-inclusão na vida das pessoas em sofrimento psíquico na pós-modernidade” e sua publicação realizada pela pesquisadora Rosangela Katia de Carvalho, sendo que o meu nome jamais será revelado.

_____

Assinatura do sujeito da pesquisa

ANEXO E

Roteiro de entrevista

Iniciais do Nome:_____
Idade:_____
Estado civil:_____
Número de filhos:_____
Com quem mora atualmente:_____
Escolaridade:_____
Religião: _____
Diagnóstico relatado:_____

Questão norteadora:

Conte-me como foi a sua história de vida até os dias de hoje?