

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

“Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS- Araraquara – SP.”

Anna Maria Corbi Caldas dos Santos

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof. Dra. Eva Alterman Blay

São Paulo

2008

Ao meu irmão Antônio Augusto.

Agradecimentos

Quero expressar meu agradecimento a todos os entrevistados que, com boa vontade, me falaram de tristezas, angústias, incertezas, esperanças e sonhos. Pela generosidade com que desvendaram suas vidas.

A meu pai, Manoel José Caldas dos Santos que compartilhou comigo cada momento deste trabalho e pelo incentivo nas horas difíceis.

A minha mãe, Maria Isabel Corbi Caldas dos Santos pelo cuidado comigo e pelo afeto incondicional.

A minha tia, Maria do Carmo Caldas dos Santos pela generosidade e estímulo.

A minha sempre querida tia avó, Wanda Van Dick pelo carinho de uma vida toda.

A Eva Alterman Blay, pela orientação, pelo processo de crescimento e a coragem de enfrentar desafios.

A Arlene Martinez Ricoldi, amiga desde os tempos de graduação, pelas discussões enriquecedoras, pela revisão

deste trabalho, pelo enorme apoio que me proporcionou e pela cumplicidade construída no decorrer desses anos.

A Wilza Vieira Villela, pelas sugestões e participação na banca de qualificação.

A Jordi Roca i Girona, pelas sugestões valiosas e pelas nossas conversas sobre o tema.

A Mariana Zanata Thibes pela amizade e pela solidariedade.

A Roberto Schiavon, pelo afeto nesses anos que permitiu que eu não esmorecesse nessa tarefa.

As colegas do NEMGE (Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero), Silmara Aparecida Conchão, Marcela Maria Gomes Giorgi, Marilda de Oliveira Lemos e Ana Luisa Campanha Nakamoto pelas discussões e pelo apoio.

A todos os profissionais do CAPS, pela gentileza com que me receberam nessa instituição.

A Carina Angelini, psicóloga do CAPS, pelas sugestões e pelo auxílio na localização dos prontuários dos pacientes.

A Ângela Ferraro de Souza, da Secretária de Pós-Graduação do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas pela simpatia e presteza com que sempre me atendeu.

As demais amigas que compartilharam comigo esta tarefa: Dayane Cristina Pal, Luisa Helena Oliveira Marques, Marina Stefani de Almeida e Simone Cristina Silva.

Sumário

Capítulo 1 – Investigando a saúde mental na sociedade brasileira contemporânea.....	9
O despertar da pesquisa e sua problemática.....	9
O paradigma da internação: o hospital psiquiátrico.....	13
O CAPS: sua inovação no campo de Saúde Mental no Brasil.....	16
A sociologia e o sofrimento psíquico.....	19
A Psiquiatria no Brasil.....	29
Os estudos de gênero.....	33
Capítulo 2 – A vivência da doença entre os pacientes do Caps de Araraquara-SP.....	44
A pesquisa.....	44
O segmento investigado.....	45
Metodologia da pesquisa.....	46
O Comitê de Ética.....	46
Acesso aos pacientes.....	47
As recusas masculinas.....	47
As entrevistas.....	47
Características etárias da população entrevistada.....	48
Histórico dos entrevistados.....	49
Critérios de seleção.....	49
Os temas destacados.....	49
A análise das entrevistas.....	51
Quadro dos entrevistados.....	52
As histórias e os entrevistados.....	54
Capítulo 3 – Sofrer por algo ou sofrer por alguém: o adoecimento psíquico feminino e masculino.....	63

Casamento e violência doméstica – a experiência das divorciadas: Débora, Iolanda e Vera.....	63
Vida amorosa e sexual e vida profissional – solteiras jovens: Carolina, Gisele, Flávia.....	74
Vida amorosa e sexual e vida profissional – solteiras mais velhas: Bárbara e Maria.....	94
Adoecimento psíquico feminino: violência contra as mulheres e repressão sexual.....	104
Vida amorosa e sexual e vida profissional - solteiros jovens: Cristian, Carlos, Silvio e Tand.....	109
Vida amorosa e sexual e vida profissional – solteiros mais velhos: Marcos, Donizete, Rafael.....	134
A experiência do separado: Henrique.....	137
Quem cuida de quem?.....	148
Considerações finais.....	151
Anexos.....	156
Termo de Consentimento Pré-Informado.....	156
Fichas dos entrevistados.....	158
Referências Bibliográficas.....	174

RESUMO

Analisa-se a experiência do sofrimento psíquico a partir de relatos de homens e mulheres usuários de um serviço público de saúde do município de Araraquara-SP. Considera-se a construção social do sofrimento psíquico e, portanto a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, expressa regularidades que são conformadas por uma dada configuração social. Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas com usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) homens e mulheres, analisadas na perspectiva das relações sociais de gênero e sob o contexto das mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro a partir da Luta Antimanicomial. Conclui-se que o desafio a ser enfrentado pela sociedade brasileira contemporânea na construção de políticas públicas na área de saúde mental deve levar em consideração as questões postas pela perspectiva das relações sociais de gênero.

Palavras-chave: sofrimento psíquico; relações sociais de gênero; sociedade brasileira contemporânea; saúde mental; Luta Antimanicomial.

ABSTRACT

This research analyses the experience of the psychological suffering based on the testimonies of men and women users of a public health service of the municipality of Araraquara – SP. It is considered the social construction of the psychological suffering and, therefore, the arrangement of values and norms of a certain society and historical epoch. In other terms, what seems to be something extremely individual, that is to say, the experience of a whole of illnesses in the subjective scope, expresses regularities that are conformed by a certain social configuration. It was used semi-structured interviews with users of the Center of Psychosocial Attention (CAPES) men and women, analyzed through the perspective of the social gender relations and under the context of the changes of the Brazilian psychiatric system starting from the Anti Asylum Fight. The conclusion is that the challenge to be faced by the contemporary brazilian society in the construction of public policies in the field of mental health must take into account the questions raised by the perspective of the social gender relations.

Key words: psychological suffering; social gender relations; contemporary brazilian society, mental health; Anti Asylum Fight.

O despertar da pesquisa e sua problemática

O sofrimento de diversas pessoas que pertenceram e pertencem a meu círculo de relações sociais provocou minha curiosidade sobre os aspectos sociais do sofrimento psíquico. Sendo assim, pude conhecer de perto o cotidiano de pacientes envolvidos com o problema da saúde mental. Foram homens e mulheres com distintas trajetórias de vida, portanto, que inspiraram o desenvolvimento do problema que esta pesquisa investigou.

O despertar dessa pesquisa ocorreu no ano de 2003, quando, por uma fatalidade, entrei em contato com algumas pessoas de minhas relações que foram diagnosticadas com transtornos mentais severos. Enfim, pessoas tidas como “loucas” por nossa sociedade. Assim, pude experimentar o que significa estar cerca da daquilo que é rejeitado por nossa sociedade, que venera a racionalidade e valoriza determinados padrões de comportamento.

Naquele ano, realizei visitas a familiares e amigos tratados em instituições psiquiátricas do estado de São Paulo. Em particular, estive na Santa Casa de Misericórdia da Vila Mariana localizada na cidade de São Paulo e no Instituto Bairral situado na cidade de Itapira-SP. Muitas vidas se aproximaram de mim e fizeram despertar meu interesse sobre o tema. A visita a um familiar ou amigo não impede que outras pessoas se aproximem e sintam a necessidade de partilhar suas histórias e contar suas dores.

As diferenças nas vivências do sofrimento psíquico exerceram sobre mim um enorme interesse, motivando um aprofundamento da literatura sociológica a respeito do tema. Por fim esse processo resultou da elaboração do projeto da presente pesquisa, em que se

considerava a vivência de identidades femininas e masculinas na sociedade contemporânea brasileira, sob a perspectiva das relações sociais de gênero e do contexto das transformações nas instituições psiquiátricas advindas da Luta Antimanicomial.

Foi após um longo debate, travado nas últimas décadas na sociedade brasileira por trabalhadores em Saúde Mental e por outros segmentos sociais, principalmente os egressos de hospitais psiquiátricos e seus familiares, que levou esses segmentos da sociedade a organizarem, em 1987, o Movimento de Luta Antimanicomial. Em torno do lema "*Por uma Sociedade Sem Manicômios*", estes atores sociais entenderam o termo manicomial como sinônimo de desigualdade e de violência.

Dessa forma, a Luta Antimanicomial ou a Reforma Psiquiátrica tem como objetivo não apenas a humanização das relações entre os sujeitos, a sociedade e as instituições, mas sim criar outro lugar social para a loucura que não seja "*... o da doença, anormalidade, periculosidade, irresponsabilidade, insensatez, incapacidade, defeito, erro, enfim, ausência de obra...*" (AMARANTE, 1999: 49). O manicômio seria, ainda para Amarante "*... sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar...*" (1999: 49).

O presente trabalho procura abordar o tema da construção social e cultural do sofrimento psíquico, especialmente daqueles indivíduos acometidos por transtornos mentais severos. O foco da análise se concentrou sobre os processos sociais que dão forma às experiências de aflição, tentando descrever e problematizar a experiência destes indivíduos no processo de identificação, explicação e lida com o sofrimento psíquico.

A noção de sofrimento psíquico que se adotou foi a de Sampaio (1993: 407), que o define como um *"conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade de significados, oriundos do antagonismo subjetividade/objetividade, caracteriza-se por dificuldades de operar planos e por definir o sentido da vida, aliado ao sentimento de impotência e de vazio, o eu experimentado como coisa alheia."*

Desta forma, levantaram-se as seguintes questões:

- I) Homens e mulheres vivenciam o sofrimento oriundo dos transtornos mentais severos na sociedade contemporânea brasileira de maneiras distintas?
- II) Que aspectos provocam variações significativas, entre indivíduos do mesmo sexo, na vivência do sofrimento psíquico? Em outras palavras, que impacto variáveis como escolaridade e idade, podem ter sobre a vivência do sofrimento psíquico, entre homens e mulheres, e entre os homens e entre as mulheres?

Ainda, existiria um percurso do adoecimento psíquico? Caso a resposta seja afirmativa, quais são as etapas que delinham estas experiências de vida? Quais são as regularidades e as diferenças apontadas pelos diversos atores sociais ao representarem suas vivências do sofrimento psíquico?

A fim de investigar tais questões, realizei esta pesquisa nos anos de 2006 e 2007, tentando compreender a experiência do sofrimento psíquico. Utilizei, para isso, em entrevistas semi-

estruturadas com mulheres e homens usuários do CAPS¹ (Centro de Atenção Psicossocial Dr. Nelson Fernandes) do município de Araraquara - São Paulo.

A unidade de saúde pública referida acima tem como atribuição atender adultos, idosos e adolescentes diagnosticados com transtornos mentais² severos, tais como, esquizofrenia, psicoses, neuroses graves e transtornos de personalidade, entre outros. Possui em torno de 342 usuários inscritos, dos quais 206 estavam ativos, isto é, freqüentavam regularmente a instituição em abril de 2005, divididos em três modalidades de atendimento, a saber: intensiva (mais de 12 atendimentos ao mês), semi - intensiva (de 3 a 12 atendimentos ao mês) e não - intensiva (menos de 3 atendimentos ao mês).³

¹ De acordo com **Ministério da Saúde**, o CAPS é “*um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Os CAPS deverão obedecer a alguns princípios básicos: devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar um ambiente terapêutico acolhedor no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades propostas pela unidade. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem ainda trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela, e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço. Os projetos terapêuticos dos CAPS devem ser singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações. Os CAPS devem considerar o cuidado intra, inter, e trans-subjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psico-social.*” Ver site do Ministério da Saúde: http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154

² Conforme o **Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2001**, “*Os Transtornos Mentais e de Comportamento são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Correlatos de Saúde (CID-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas...*”

³ Essas informações foram obtidas junto à psicóloga e coordenadora técnica Dra. Carina Angelini.

O paradigma da internação: o hospital psiquiátrico.

O paradigma da internação era fundado na estratégia da ordem e tinha como objetivo ordenar o que estava fora de lugar, excluir aquele que não podia conviver em sociedade, ou seja, deveria ser isolado, recluso. Determinou-se que recolher o doente mental seria a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura. Segundo esse princípio, o paradigma da internação dominou a psiquiatria desde os seus primórdios.

Nesse modelo da psiquiatria organicista são valorizadas as questões do corpo e as alterações dos neurotransmissores em detrimento das vias para a desinstitucionalização, para a assistência a domicílio e para a confiança no valor terapêutico dos vínculos familiares e comunitários dos pacientes.

Assim, a assistência era centrada no hospital e nos tratamentos como eletroconvulsoterapia e prescrição de psicotrópicos, uma vez que se acreditava na necessidade da retirada do doente mental de seu núcleo social e familiar com a valorização do ambiente hospitalar com premissa básica do tratamento.

Nesse sentido, conforme aponta Melman, o isolamento foi e ainda acaba sendo prática usual nos hospitais psiquiátricos, portanto "*... no que diz respeito às relações entre a família e o doente mental, a psiquiatria moralizante insistia na necessidade de separar o paciente do ambiente familiar, impondo barreiras, propondo o mínimo contato possível com os integrantes de seu grupo parental...*" (2006: 48).

De outro lado, a luta antimanicomial defende as práticas inovadoras de assistência extra-hospitalar que visam a inclusão do sujeito doente mental no cenário da sociedade. A luta antimanicomial tem como objetivo a extinção dos manicômios e hospitais psiquiátricos e a criação de uma rede substitutiva de atendimento extra-hospitalar ao repensar o conceito de doença mental e priorizar o sujeito e seu sofrimento psíquico. O paradigma da desinstitucionalização, base da Reforma Psiquiátrica, denuncia o manicômio como espaço de exclusão e violência.

Dessa forma, um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas tem lutado por uma transformação da compreensão cultural e da relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais severos e prezar pela manutenção de seus laços com seu meio familiar e comunitário. Pois no imaginário social ainda predomina *"... uma visão de medo e rechaço frente a qualquer experiência humana que se afaste dos padrões de racionalidade e normalidade hegemônicos..."* (MELMAN, 2006: 23). Em vez de ser considerada como uma experiência negativa, mas própria da experiência humana, a loucura é vista *"somente como negatividade: ilusão, alteração de comportamento, desvio moral, disfunção no funcionamento cerebral..."* (MELMAN, 2006: 24).

Nesse sentido, travou-se uma reflexão sobre os hospitais psiquiátricos no interior das ciências sociais. Conforme argumenta Souza, *"... o que procurava mostrar era que a loucura (tal qual concebida pela psiquiatria) e o manicômio surgiram um dia, também poderiam vir a ter um fim..."* (1999: 140). Defendia-se, portanto, a idéia de que a "loucura" pensada também como um

fenômeno social, continha as marcas da sociedade em que fora criada.

Dentro desse novo olhar sobre a saúde mental, *"... o tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade..."* (AMARANTE, 1995: 494).

Ainda nesse sentido, o doente que outrora era excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito do saber psiquiátrico, reconhecendo-se *"... o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica, não um cativo..."* (AMARANTE, 1995: 494).

Isso significa, no campo técnico-assistencial, transformar o conceito de *doença* para o da noção de *existência-sofrimento do sujeito*, em sua relação com o corpo social. O tratamento deve se dar por meio da criação de espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, deixando-se de se ocupar com a doença, para ocupar-se com os sujeitos. Assim, conforme Amarante *"... o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, do fazer alguma coisa, construir um projeto, uma atividade conjunta etc..."* (1999: 50).

Para Lobosque (2003: 17-18), isso somente será possível a partir do questionamento dos limites rígidos colocados entre loucura e razão, numa confrontação ao modelo de racionalidade em que se alicerça a sociedade contemporânea ocidental que silencia e exclui

os considerados loucos e romper e reformar o modelo assistencial brasileiro, que ainda é hospitalocêntrico e manicomial.

Portanto, busca-se a transformação da clínica e de suas relações com a loucura, assim em suas palavras "... *Trata-se, dentre outras frentes de ação retirar a clínica da Saúde Mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas...*" (LOBOSQUE, 2003: 20).

O CAPS: sua inovação no campo de Saúde Mental no Brasil.

A partir do conceito de desinstitucionalização, ou seja, com a substituição do modelo de atendimento psiquiátrico centrado no hospício, que se deu a criação do primeiro CAPS no país, o qual foi inaugurado na cidade de São Paulo no dia 12 de março de 1987, com a implantação do Centro de Atendimento Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira.

Assim, o discurso e prática do CAPS estão inseridos num outro modo de fazer psiquiatria e, sua singularidade com relação a outras práticas institucionais, nos dizeres de Costa (1994: 09) aponta para "... *Em primeiro lugar, passa-se ao largo da polêmica sobre o teor de 'verdade' dos saberes psiquiátricos. Nenhuma doutrina é privilegiada...*"

Ainda nesse sentido: "... *A obsoleta pergunta sobre 'o que é a verdadeira natureza da psicose' e qual 'a verdadeira maneira de curá-la' é posta entre parênteses...*" (COSTA, 1994:10).

A psiquiatria do CAPS seria pragmática, uma vez que *"... dispensa em sua prática questões doutrinárias sobre os fundamentos últimos da psicose ou da doença mental..."* (COSTA,1994:11).

E desta forma, sua experiência estaria pautada na reflexão e preocupação com o sujeito psiquiatrizado ou em vias de psiquiatrização. Portanto, a questão que é posta seria *"... O quê e como fazer diante de um sujeito que apresenta impasses que vão desde o desemprego até os conflitos típicos das ações intencionais, que o levam a ser diagnosticado como psicótico..."* (COSTA,1994:11). Portanto, trata-se de pensar acerca da integração laborativa, social ou familiar da pessoa em tratamento e decidir qual seria a indicação correta dos psicotrópicos.

Dentro dessa perspectiva, a prioridade terapêutica residiria na reinserção do sujeito em face do seu ambiente e buscar a restauração de sua normatividade momentaneamente perdida e assim *"... Bom, útil, acertado e 'verdadeiro'"* é o que permite ao indivíduo voltar a agir como um sujeito moral..." (COSTA, 1994: 11-12).

Interessaria, ao invés da psicose e sua eventual 'cura', a possibilidade de ajudar o indivíduo no restabelecimento do seu poder normativo acerca de suas condutas. Nesse sentido, a proposta do CAPS seria a de acompanhar o percurso de vida dessas pessoas dentro de uma moral da solidariedade e não da objetividade, ao refletir o que o paciente *"... ganha ou perde em autonomia, respeito por si próprio e pelo outro, quando exposto a certos procedimentos terapêuticos..."* (COSTA, 1994: 16).

Conforme Goldberg (1994: 113), no trabalho terapêutico previsto por esta instituição "... *Propunha-se um atendimento ao qual os pacientes pudessem acorrer diariamente e realizar atividades diferenciadas: uma 'casa' (e o imóvel reservado era de fato um antigo palacete), com seus locais personalizados e horários definidos, muito diferentes dos espaços de 'prestação de serviços', miseravelmente tecnocráticos, das instituições públicas que se conhece...*"

No que concerne ao atendimento psiquiátrico, haveria a possibilidade dos usuários de circularem livremente pelo estabelecimento, livres de quaisquer constrangimentos. Nesta experiência pioneira no Brasil na área de saúde mental, previa-se a criação "... *de instâncias de escuta, de expressão verbal e não-verbal dos pacientes, sempre orientadas para a presentificação de um cotidiano compartilhado nos limites da doença, com disponibilidade para absorver o que ela fosse capaz de expressar...*" (GOLDBERG, 1994:113). Portanto, eram realizadas oficinas de pintura, escultura, objetos, peças de teatro, jogos, escrita e verbalização, enfim garantir condições propícias à emergência da fala.

Um esforço terapêutico de individuação estaria presente na prescrição de medicamentos, os quais seriam ajustados às necessidades individuais de cada caso, buscando doses adequadas que não inviabilizassem os deslocamentos diários e a consecução de tarefas durante o tratamento. Também era previsto o acolhimento e tratamento da família

Ao longo dessa primeira experiência do CAPS, foi colocada a questão do processo emancipatório, ou seja, quando "... *parte significativa dos usuários começava a revelar aquisições na*

organização do pensamento, na estabilização de crises, na ruptura com o isolamento e valorização de cuidados pessoais..." (GOLDBERG, 1994:118). Portanto, tornou-se necessário se pensar em alternativas de continuidade do tratamento e responder aos anseios desses pacientes estabilizados no sentido de compartilhar um regime social de vida, ou seja, com o exercício de alguma atividade 'trabalho'.

Com isso houve uma importante aquisição no que se refere à compreensão da psicose, uma vez que ao verificar melhoras e quadros mais estáveis em pacientes sem a utilização de recursos clínicos tais como remédios, grupos e terapia ocupacional, e sim apenas com meios de acolhimento do indivíduo dentro do Centro o que "*... permitiu a todos ver que o que estava em jogo não era a abordagem 'do psicótico', mas da condição psicótica de alguém maior do que a doença, não redutível à categoria da doença e por isto infenso às estratégias tópicas do raciocínio sintomalógico...*" (GOLDBERG, 1994:126).

A sociologia e o sofrimento psíquico

Pretendeu-se aqui adotar um enfoque sociológico sobre a produção do sofrimento psíquico na sociedade contemporânea, portanto não nos interessaram os aspectos biológicos dos transtornos mentais, uma vez que estes são estudados pela psiquiatria e pela psicologia. Faz-se necessário lembrar a importância de se estabelecer uma discussão interdisciplinar sobre a doença mental e a sociedade, sendo de suma importância a contribuição sociológica sobre o tema.

Nesse sentido, de acordo com Amarante (1999:51), *"... Não se trata de negar a contribuição possível e real da farmacologia, da fisiologia cerebral e de toda a tecnologia da pesquisa moderna, mas de evitar o reducionismo derivado de suas aplicações práticas, que procuram comprovar que as emoções humanas são apenas trocas de neurotransmissores, são 'apenas' reações bioquímicas..."*.

Conforme nos lembra Whitaker (1992:181-182), o cuidado do indivíduo portador de transtorno mental cabe aos psicoterapeutas, *"... o papel do sociólogo seria muito mais o de tentar compreender as dificuldades que a suposta racionalidade do sistema sociocultural opõe à integração de alguns indivíduos e, situando essas dificuldades, fornecer propostas no sentido explicativo e preventivo, jamais terapêutico..."*.

Assim, a sociologia buscaria refletir acerca dos fatores sociais que podem estar articulados aos transtornos mentais e o sofrimento psíquico advindo deles, sem incorrer num "psicologismo", assim como propõe a referida autora ao discutir as relações entre cultura e doença mental: *"... Se por um lado a cultura interpreta, avalia e, portanto, busca controlar os comportamentos que ela considera impróprios, por outro lado ela própria produz muitas vezes comportamentos absolutamente irracionais..."*. (WHITAKER, 1992:183)

Primeiramente, o estudo do tema da "loucura" foi tratado no âmbito das ciências sociais em duas grandes vertentes: o Interacionismo Simbólico de Goffman e o pensamento foucaultiano.

A primeira abordagem surgiu nos Estados Unidos na década de 60 no interior do Interacionismo Simbólico o qual toma a doença

como objeto de estudo e enfatiza a inserção da loucura e do hospital psiquiátrico em seu contexto social.

De acordo com esta visão, denominada "teoria da rotulação", o doente mental é compreendido como um sujeito que apresenta comportamentos desviantes, portanto, cujo desempenho rompe com os padrões vigentes de sociabilidade e desta forma, é rotulado como doente mental e passa a ocupar um papel desvalorizado socialmente.

Ainda para esta vertente, a psiquiatria exerce uma função de controle social em que o hospital psiquiátrico rotula o indivíduo como doente mental, de tal maneira que não há retorno à normalidade após o tratamento.

Goffman, como principal expoente da perspectiva interacionista, realizou em sua obra "*Manicômios, Prisões e Conventos*" um estudo sobre hospital psiquiátrico no qual descreve os processos sociais que se desenrolam em seu interior os quais buscam desacreditar e fazer fracassar as tentativas criadas pelo doente mental a fim de manter intacta a sua identidade.

A partir desta perspectiva, o surgimento de uma doença mental é tomado como uma circunstância em que os padrões rotineiros de interação se rompem e uma nova situação é posta ao indivíduo.

Gerhardt (1999:142. *apud* Souza) considera a doença como um desvio em relação a um padrão e o indivíduo torna-se doente através de um mecanismo de rotulação e categorização. Portanto, um comportamento desviante, desencadeado freqüentemente em

situações de crise, faz com que a sociedade atribua ao indivíduo um status e um papel de doente ao mesmo.

É através de um processo socialmente organizado, por intermédio do tratamento psiquiátrico que ocorre a aquisição do rótulo de doente e a conseqüente formação ou transformação de uma identidade ou auto-imagem. Portanto, a partir da intervenção psiquiátrica que há a transição do indivíduo para a categoria de cidadão de "segunda classe".

Dessa forma, o paciente não logra a sua "normalidade", pois o tratamento médico intervém no sentido de forçá-lo ou educá-lo para o papel de desviante crônico e, uma vez que o indivíduo tenha sido rotulado como doente, o controle social exercido pelas instituições psiquiátricas promovem a internalização permanente do papel de doente.

Ainda nesse sentido, de acordo com o Interacionismo Simbólico, a psiquiatria é vista como um empreendimento moral que visa encobrir e controlar comportamentos considerados indesejáveis.

Na visão de Goffman, a construção da identidade pessoal advém de um processo de atribuição tanto institucional quanto do meio social circundante à pessoa. Para este autor, existiria uma reciprocidade entre o self e sua sociedade significante, assim se esta submete o indivíduo a constantes esforços de diminuição ou destruição de sua identidade, isto acarretaria numa incapacidade de se manter o self original intacto.

Além do mais, Goffman ressalta que o tratamento em instituições psiquiátricas leva ao um afastamento do indivíduo de

seu mundo, ao destruir os canais de comunicação que possibilitariam a reinserção e integração do paciente em sua vida cotidiana após a alta hospitalar, portanto, a doença enquanto uma identidade negativa e socialmente estigmatizada não possibilita ao indivíduo seu retorno à vida normal.

A segunda abordagem do tema foi realizada por Foucault (1978) em sua obra intitulada "*A História da Loucura*" na qual o autor realiza uma análise histórica de práticas institucionais e discursivas relativas à loucura e procura desvendar quais foram as condições que possibilitaram o surgimento da psiquiatria na metade do século XIX.

Para Foucault (2006: 265), foi por volta do século XVIII que o "louco" passou a ser excluído espacialmente e confinado e, dessa forma, o tema da loucura ganhou visibilidade cultural. No entanto, até este momento não existia uma definição precisa do que seria a loucura e formava-se um grande grupo de pessoas indesejadas socialmente e composto por "idiotas", pobres, indigentes, devassos, bêbados, apaixonados e vagabundos de toda espécie, portanto "*... a sociedade industrial capitalista não podia tolerar a existência de grupos de vagabundos...*".

Assim, loucura era sinônimo de desrazão, de desordem, de excessos, não sendo, todavia, uma desordem médica, portanto a loucura se encontraria oposta a razão. Neste período, o enclausuramento do louco se dava em asilos e hospitais gerais que não visavam à finalidade terapêutica e nem se baseava em conhecimentos médicos.

A partir da segunda metade do século XVIII, devido a razões de ordem econômicas, políticas e sociais dentro do sistema

capitalista, houve a substituição do internamento geral pelo específico, separando o “louco” de outras categorias sociais. Assim, a pobreza não deveria ser mais encarcerada, uma vez que na ordem capitalista vigente, a pobreza era tida como força de trabalho. Já o “louco” era considerado incapaz para o trabalho e perigoso para a sociedade, portanto deveria permanecer isolado em asilo.

A exclusão dos loucos dos domínios das atividades humanas ocorreria no trabalho ou produção econômica, na sexualidade, na família, na linguagem, na fala e nas atividades lúdicas. São considerados indivíduos marginais que escapam às regras normalmente definidas nesses domínios e apresentam comportamentos diferentes dos outros, seja no trabalho, na família ou nos jogos. É assim que em nossas sociedades industrializadas a exclusão dos loucos se dá em primeiro lugar *“... no que concerne ao trabalho, mesmo nos dias de hoje, o primeiro critério para determinar a loucura em um indivíduo consiste em mostrar que é um homem inapto ao trabalho...”* (FOUCAULT, 2006: 261).

Já no que concerne à sexualidade e ao sistema familiar, algumas práticas sexuais, tais como a masturbação, a homossexualidade e a ninfomania, a partir do século XIX, foram referidas à psiquiatria e, portanto, *“... essas anomalias sexuais foram identificadas à loucura, e consideradas como distúrbios manifestados por um ser incapaz de se adaptar à família burguesa européia...”* (FOUCAULT, 2006: 262).

Nesse processo de “autonomização da loucura” e de emergência do conceito de doença mental, o louco não era mais preso a correntes, porém o tratamento nas instituições psiquiátricas significava impor disciplina ao corpo e ao espírito do indivíduo

considerado louco. Agora, teríamos a definição médica da loucura como doença mental e, esta deveria ser reclusa para fins terapêuticos.

No interior do asilo, a incipiente psiquiatria desenvolveu conhecimentos e métodos, através do isolamento e da observação de diferentes pessoas, estas foram sendo classificadas e controladas pelo saber médico que recomendava o trabalho como forma de tratamento, assim *"... se a inaptidão ao trabalho é o primeiro critério da loucura, basta que se aprenda a trabalhar no hospital para curar a loucura..."* (FOUCAULT, 2006: 266).

Ainda, neste mundo moderno das doenças mentais, de acordo com Foucault, o homem não se comunica mais com o louco. Devido à separação entre razão e não-razão, haveria o homem racional que encarrega o médico de lidar com a loucura, assim entre o homem de razão e o homem de loucura não existiria mais linguagem em comum. Portanto, o diálogo que outrora existiu entre eles se interrompeu, e se há um discurso da razão sobre a loucura, não existe o discurso da loucura sobre a razão. Dessa forma, foi a partir do silêncio que a Psiquiatria, enquanto monólogo da razão sobre a loucura, pode se estabelecer.

Conforme nos lembra Bruni (1989:201), *"... Foucault como que desce aos infernos: antes do Homem Racional e Moral, lá estão, silenciados e excluídos, os loucos e os criminosos..."*, num processo de sujeição e exclusão em que há estigmatização, discriminação, marginalização, patologização e confinamento dos considerados loucos pelo saber médico.

Este saber / poder opera no sentido de silenciar os sujeitados, uma vez que *"... silêncio que é o primeiro e mais forte componente*

da situação de exclusão, a marca mais forte da impossibilidade de se considerar sujeito àquele a quem a fala é de antemão desfigurada ou negada..." (BRUNI, 1989: 201).

Portanto a psiquiatria como representante de um saber científico, considerado socialmente legítimo para lidar com aqueles indivíduos acometidos por sofrimento psíquico, no pensamento foucaultiano, não foge aos mecanismos de poder. Assim, o saber psiquiátrico é político, uma vez que possui sua gênese em relações de poder.

Trata-se do poder disciplinar que ao agir sobre o corpo, é pólo anátomo-político do bio-poder – que se articula à bio-política enquanto reguladora dos processos biológicos, para possibilitar as formas de gestão da vida que caracterizam a sociedade contemporânea. (FOUCAULT, 1987).

Dessa forma ele busca normalizar e controlar o indivíduo através do internamento psiquiátrico e da normalização mental dos indivíduos, estas são sem dúvida, essenciais no funcionamento geral das engrenagens do poder. (FOUCAULT, 1981).

Ao oferecer meios para atingir os valores das normas sociais, a psiquiatria opera no sentido de rejeitar toda loucura como modo de verdade, dessa maneira ela *"... continua insistentemente a procurar a alteração cerebral que induziria certos homens aos erros do delírio; e a acreditar que encontrou sozinha, por meio de psicofármacos, o meio de devolvê-los à razão..."* (LOBOSQUE, 2003: 139-140).

Desta forma, a psiquiatria ao medicalizar a loucura, também encerra uma avaliação moral da racionalidade, uma vez que "...

avalia-se a aptidão para o trabalho, para a convivência, para o casamento, em suma, para o exercício dos direitos à liberdade e à vida coletiva..." (FRAYZE, 2006: 98). E não é por acaso que a Psiquiatria hoje esteja menos preocupada com as grandes anomalias e volta-se cada vez mais para a "saúde mental", no sentido de prevenir possíveis desvios.

Assim, a psiquiatrização das experiências busca detectar as doenças e, através de seu discurso, se preocupa com a "*... socialização saudável, sexualidade saudável, ocupações e relacionamentos saudáveis, constituem as novas preocupações de uma ciência da loucura que detecta embriões das 'perturbações mentais' em quase todas as instâncias da sociedade...*" (FRAYZE, 2006: 99).

E ao detectar possíveis 'desvios' de comportamento, haveria por parte da psiquiatria um processo de banalização do sofrimento ou da natureza humana, a partir de uma crescente patologização operada pela indústria farmacêutica. Teríamos, portanto, algumas categorias tais como: doença do pânico, fobia social, estresse, entre outras, as quais inscreveriam na ordem da patologia a cultura. Dentro dessa lógica, "*... Os problemas deixam de ser humanos, em seu sentido mais amplo, para tornarem-se orgânicos, numa distinção radical entre mente-corpo-socius. Nesse entendimento, qualquer investimento de cuidado 'terapêutico' torna-se tão somente farmacológico, nas enzimas ou sinapses, e não nos sujeitos da experiência...*". (AMARANTE, 1999: 51)

Assim, considero importante mencionar aqui a definição de saúde mental que foi apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em um relatório sobre saúde mental no ano de 1981, o qual estabelece que: "*Saúde mental é a capacidade do indivíduo,*

*do grupo, do meio ambiente, de interagir uns com os outros de modo a promover o bem-estar subjetivo, o desenvolvimento e o uso otimizados das capacidades mentais (cognitiva, afetiva e relacional), a conquista de metas individuais e coletivas consistentes com justiça e realização e preservação das condições de igualdade fundamental.”*⁴ (tradução minha).

Porém, os transtornos mentais e o conseqüente sofrimento psíquico como conjunto de mal-estares traduzidos na dificuldade de operar planos, em definir o sentido da vida e no sentimento de impotência e vazio, prejudicam o gozo das capacidades mentais plenas, incapacitando homens e mulheres a interagir na sociedade, e em casos extremos, levam esses indivíduos à perda de sua condição de cidadãos.

Essa perda de cidadania aparece quando “... *ser doente é ser privado não só da responsabilidade, mas também é ter a sua volição limitada ao grau extremo, perdendo quase totalmente o poder de fruição: tudo nele e o que é dele é vigiado...*” (HIRANO, 1992: 289).

Nunca é demais afirmar que o intuito aqui é propor uma discussão relativa aos fatores sociais que engendram os transtornos mentais, e por sua vez acarretam o sofrimento psíquico em mulheres e homens. Portanto, trata-se do emprego do enfoque “gênero e saúde” que no Brasil na década de 1980 recebeu grande interesse por parte das teóricas feministas, mas “perdeu visibilidade” na década seguinte. (CORRÊA, 2002: 375).

⁴ In **Women’s Mental Health: An Evidence Based Review**. World Health Organization. Geneva, 2000. p.11.

O uso da categoria gênero implica no desafio de romper com a hegemonia do discurso biomédico, o qual interpreta as diferenças entre homens e mulheres determinadas somente pela biologia. (CORRÊA, 2002: 378).

A experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, expressa regularidades que são conformadas por uma dada configuração social.

A Psiquiatria no Brasil.

Desde o século XIX, a psiquiatria se constitui como um saber médico que buscou compreender a experiência da loucura e do sofrimento psíquico, sem levar em consideração sua historicidade, considerando-os como algo constante e universal para o qual seria necessário encontrar uma explicação totalizante e final. (CUNHA, 1986: 110).

No Brasil, a criação e o desenvolvimento das primeiras instituições psiquiátricas, a partir do século XIX, ocorreram num contexto de “preservar” a ordem e a paz social, assim deveriam remover, excluir, abrigar, alimentar e vestir uma parcela da população considerada indesejada. O hospital psiquiátrico teria, portanto uma “função exclusivamente segregadora” em seus primeiros quarenta anos de existência. (RESENDE, 2000: 39).

Com o intuito de isolar os considerados "alienados", "... o asilo psiquiátrico tornou-se o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da Razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades..." (AMARANTE, 1995).

Em 1898, no estado de São Paulo foi construído o Hospício do Juquery pelo médico Franco da Rocha destinado a abrigar 800 pacientes e "*pretendia tratar o agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão 'útil'; esse retorno se faria diretamente ou pela via intermediária da adoção do ex-internado por famílias das redondezas...*" (RESENDE, 2000: 51).

Franco da Rocha concebeu um hospital psiquiátrico que buscava o 'bem-estar' dos considerados doentes mentais, um misto de hospício e de colônia-agrícola, através do emprego de terapias químicas e mecânicas da medicina mental, aliadas à laborterapia e ao tratamento moral do asilo clássico. (CUNHA, 1986: 68).

A análise das histórias de vida contidas nas anesnes dos prontuários dos pacientes internados no Juquery mostra a especificidade da desigualdade de gênero na sociedade brasileira com relação ao sofrimento mental. No interior do Hospício do Juquery haveria uma 'hierarquização social' entre os pacientes os quais eram classificados de acordo com sua classe social, raça, sexo, naturalidade e estado civil, desta forma uma dada condição social corresponderia a uma determinada 'loucura' e a um tratamento específico.

O sofrimento psíquico feminino foi interpretado pela psiquiatria do século XIX como sendo decorrente do organismo da mulher e de

sua sexualidade, desta forma a mulher estaria mais próxima da loucura do que o homem. (ENGEL, 2001: 333-334).

A histeria seria o exemplo da especificidade da construção da condição feminina diante da loucura, portanto, *"reconhecendo ou negando a existência do desejo e do prazer na mulher, os alienistas estabeleciam uma íntima associação entre as perturbações psíquicas e os distúrbios da sexualidade em quase todos os tipos de doença mental."* (ENGEL, 2001: 342).

As mulheres casadas eram internadas por seus maridos por não cumprirem seus "deveres de esposas e de mães", eram afastadas do lar por *"anesthesia sexual"*. (CUNHA, 1986: 146).

Com relação às mulheres solteiras, as razões alegadas pelos médicos alienistas, para justificar sua condição de loucura e a internação em hospícios, seriam a não-adequação aos papéis tradicionais atribuídos às mulheres, ou seja, de mães e esposas e, portanto, não exerciam sua "função social". As concepções médicas em torno da histeria durante o século XIX atribuem ao casamento a promoção da cura ou da melhora das histéricas, no entanto poderia contribuir para o agravamento da doença. (ENGEL, 2001: 356).

Ainda, as internações realizadas no Juquery demonstravam que *"A preocupação em identificar sexualidades desviadas é, evidentemente, uma constante. Desejo demais, desejo de menos, desejo pelo objeto errado têm, no entanto, parâmetros diferenciados para homens e mulheres. Homens que, adultos solteiros, jamais tivessem mantido relações sexuais são apontados como suspeitos e por isto observados pelo alienista. Mulheres que mantenham uma vida sexual livre – características atenuadas no caso de negras e pobres – são identificadas como anormais,*

sobretudo quando evidenciam qualquer 'manifestação precoce de instinto sexual', isto é, anterior ao casamento." (CUNHA, 1986: 155).

A sexualidade feminina abordada pela sexologia do século XIX estava inscrita dentro de um modelo biológico em que a diferença sexual aparece ancorada nos caracteres visíveis dos corpos. Para Bozon (2004: 37), *"o pudor, a possibilidade da continência sexual, a moderação, a ausência de desejo passaram a ser considerados qualidades naturais das mulheres, vinculados à perda da antiga função do prazer feminino. Inversamente, o desejo, a agressividade e a atividade foram definidos como próprios do indivíduo masculino."*

Garcia em *"Ovelhas na Névoa: Um estudo sobre as mulheres e a loucura"* trabalhou durante a década de 80 com a singularidade cultural da relação entre mulher e loucura e deu voz a uma parcela das internas do Hospital Psiquiátrico Pinel e da Clínica Maia, ambos situados no estado de São Paulo. Através de entrevistas com mulheres entre 16 e 67 anos, a respeito dos motivos de suas internações, a referida autora permitiu que essas mulheres pudessem contar a sua versão pessoal de sua própria condição em contraposição a um *"discurso psiquiátrico patriarcal"*. Assim, ela afirma que *"na medida em que a cultura ocidental justificou historicamente a subordinação da mulher ao homem por uma suposta debilidade fisiológica, a idéia de que o desajustamento psíquico da mulher também é devido à sua estrutura biológica ainda domina o meio psiquiátrico"* (GARCIA, 1995: 118).

Já no que tange aos homens, as histórias de vida dos internos do Juquery no período que compreende o final do século XIX ao início do século XX, contidas nos prontuários médicos, permitem

traçar um perfil desses indivíduos que em sua grande maioria, eram trabalhadores urbanos que sentiram o “sabor do fracasso” acarretado pelas dificuldades em se adaptar às mudanças ocorridas pelo processo de urbanização e no mundo do trabalho.

Assim, uma dimensão básica da loucura masculina, encerrada nos hospícios, seria a questão do trabalho e da produtividade individual. Conforme Cunha (1986: 142), *“Os alienistas, de certa forma, se deram conta desta dimensão do delírio e habituaram-se, desde o final do século XIX, a considerar aqueles indivíduos como verdadeiros ‘perdedores na luta pela vida’ que a civilização tendia a tornar mais difícil e competitiva”*.

Os estudos de gênero.

A construção social das identidades femininas ocorre em um contexto marcado por relações de poder, baseadas na desigualdade de gênero, em que a pergunta *“Quem eu quero ser”*, a questão da identidade para as mulheres, ainda encontra sérios impasses na sociedade atual. A *“pergunta que não tem nome”* levantada por Betty Friedan em *“A mística feminina”* na década de 60 torna-se mais urgente, podendo gerar sofrimento psíquico caso não encontre opções abertas e democráticas na sociedade contemporânea.

Segundo Scott (1994), o conceito de gênero é utilizado na perspectiva de relações e representa uma elaboração cultural sobre sexo, ou seja, é criação inteiramente social de idéias a respeito dos papéis adequados aos homens e às mulheres, enquanto o termo sexo reporta-se a um significado biológico. Sem negar, no entanto, que gênero se constitui em corpos sexuais, mas enfatizando o caráter de sua construção social, pode-se afirmar que *“gênero é*

uma forma primeira de significar as relações de poder, ou melhor, é um campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado”.

Bruschini (1992: 290), por sua vez, define gênero da seguinte maneira: *"O gênero, como categoria analítica, é um modo de se referir à organização social das relações entre os sexos. Numa rejeição total ao determinismo biológico, que busca as explicações para a sujeição da mulher em sua capacidade procriativa ou na força física masculina, o gênero enfatiza as qualidades fundamentalmente sociais das distinções baseadas no sexo. É uma categoria relacional, que define homens e mulheres uns em relação aos outros. Rejeita-se, ao utilizar este conceito, a idéia de esferas separadas para um e outro sexo. O estudo da condição feminina, do papel da mulher na história e na sociedade passa a partir de então a ser substituído pelo estudo das relações entre homens e mulheres.”.*

A fim de abordar o tema da experiência do sofrimento psíquico de homens e mulheres na sociedade contemporânea brasileira, faz-se necessário retomar as construções dominantes e vigentes de feminilidades e masculinidades. Dessa forma, devem ser levadas em conta as prescrições de gênero que permeiam as representações elaboradas pelos atores sociais.

Conforme argumenta Costa (1998: 187), considera-se que gênero não se refere somente unicamente a homens e mulheres e, portanto, não são óbvias as associações mulher-feminino e homem-masculino. Desta forma, deve-se pensar a masculinidade como sendo constituída nas relações entre homens e mulheres, entre homens e homens e também, entre mulheres e mulheres. Portanto, ao adotar uma perspectiva relacional de gênero e não identitária

deve-se "... dar ênfase à pluralidade de mulheres e de homens, recortados pelas diferenças de raça, classe social, idade, orientação sexual, nacionalidade, etnia, religião, etc...".

Costa, baseada em Butler, considera gênero como relacional, situacional, passional, assim, oposto a mecanismos de fixação, cristalização e essencialização contidos em abordagens de caráter identitário. (1998: 189-190).

Mesmo com os avanços obtidos em direção à igualdade de gênero e, portanto, com criação de novos papéis sociais para as mulheres, ainda vigora a dominação masculina nas relações entre os sexos.

Assim, apesar de que as prescrições de gênero tenham sofrido mudanças, há a primazia do masculino em relação ao feminino nos comportamentos sociais brasileiros. Isso se faz mediante o processo de socialização dos sexos no interior da família e no aprendizado escolar que obedece aos papéis tradicionais de gênero. Estes estabelecem a naturalização das diferenças sexuais em que o masculino seja portador do universal.

A desigualdade das relações de gênero estabelece uma assimetria nas maneiras de conhecer e aprender o real e na forma como homens e mulheres se constroem, se representam e estabelecem suas relações no interior da sociedade. Conseqüentemente, as subjetividades seriam resultantes da posição estrutural distinta entre homens e mulheres.

Segundo Almeida (1996: 162), baseado em Cornwall e Lindisfarne, deve-se pensar masculinidade e feminilidade como metáforas de poder e de capacidade de ação as quais seriam

acessíveis a homens e mulheres. Desta forma, haveria várias masculinidades e feminilidades suscetíveis à variabilidade individual das identidades masculinas e femininas e passíveis de alterações num só indivíduo ao longo do ciclo de vida ou de conforme situações de interação. Dentre as várias masculinidades existentes, haveria as masculinidades subordinadas e a masculinidade hegemônica, esta seria um consenso vivido e as outras existiriam como efeitos perversos desta.

Assim, "... a masculinidade hegemônica é um modelo cultural ideal que, não sendo atingível - na prática e de forma consistente e inalterada- por nenhum homem, exerce sobre todos os homens e sobre todas as mulheres um efeito controlador. Implica um discurso sobre a dominação e a ascendência social, atribuindo aos homens (categoria social construída a partir de uma metonímia do dimorfismo sexual) este privilégio potencial..." (ALMEIDA, 1996: 163).

Ainda, no interior da própria masculinidade haveria assimetrias (heterossexual/homossexual) e também hierarquias que iriam do mais ao menos "masculino" e o seu processo social de sua constituição seria demarcado por controles e disputas. Tal assimetria se dá numa ordem de gênero patriarcal na qual a masculinidade hegemônica exerceria um papel de definir a inferioridade do feminino e também das masculinidades tidas como subordinadas. (ALMEIDA, 1996: 163).

Masculinidades e feminilidades enquanto experiências de homens e mulheres adviriam de um diálogo complexo entre atributos individuais no interior do psiquismo e padrões sociais orientadores. Este "diálogo", no qual o gênero é apreendido em

meio às práticas sociais, ocorreria no plano da vida cotidiana e no interior das interações sociais. (ALMEIDA, 1996: 164).

Ressalta-se neste momento, a necessidade de se pensar a identidade de gênero atrelada a uma teoria do sujeito. No pensamento pós-estruturalista o sujeito é resultado de discursos e práticas discursivas as quais fornecem posições de sujeito, onde os sujeitos podem assumir uma gama variada de posições dentro de diversos discursos. Desta forma, no conceito de sujeito pós-estruturalista, este é pensado como um conjunto de subjetividades múltiplas e contraditórias. (MOORE, 2000: 22-23).

Nesse sentido, as culturas não possuem um modelo único de gênero ou um sistema único de gênero, mas ao contrário, apresentam uma multiplicidade de discursos de gênero que são freqüentemente contraditórios e conflitantes. Portanto, os indivíduos enquanto sujeitos marcados no gênero *"... serão levados a representar uma variedade dessas posições e terão, portanto, que se construir a si mesmos e suas práticas sociais em termos de um conjunto concorrente de discursos sobre o que é ser uma mulher ou um homem..."* E a experiência de gênero deve ser pensada de forma articulada com todos os principais eixos da diferença, tais como: raça, classe, etnicidade, religião e sexualidade. (MOORE, 2000: 26).

Segundo Connel (apud Moore, 2000: 29), haveria uma pluralidade de feminilidades e masculinidades dentro do mesmo contexto social. Ele ressalta a extraordinária variedade de práticas sociais, discursos e instituições que oferecem e trabalham essas múltiplas feminilidades e masculinidades.

A interpenetração dos vários discursos da diferença que se dá no âmbito dos sujeitos faz com que Moore (2000: 36) levante a seguinte questão: como ocorre que as pessoas assumam uma posição em um discurso e não outra? Para a referida autora, *"... Se tornar uma pessoa marcada por gênero não é uma simples questão de concordar ou identificar-se com uma única feminilidade ou masculinidade, então o que é que faz que pessoas assumam uma posição particular de sujeito e não outras?..."*. (MOORE, 2000:36)

Tal pergunta é respondida por Moore (2000: 38), a partir da discussão feita por Holloway, que entende que as pessoas ao assumirem certas posições de sujeito desenvolvem uma noção de "investimento", a qual inclui um compromisso emocional e um interesse. Este investimento estaria relacionado às motivações emocionais e subconscientes de assumir várias posições de sujeito. Assim, Moore lembrando Holloway ressalta que *"... Nesse contexto a fantasia, no sentido de idéias sobre o tipo de pessoa que se gostaria de que os outros acreditassem que se é, tem claramente um papel a desempenhar..."*

Este processo pode gerar frustração quando há uma incapacidade de manter ou assumir de forma apropriada uma posição de sujeito marcada por gênero, instala-se, portanto, uma crise real ou imaginária de auto-representação e/ou avaliação social. Ainda, *"... frustração também pode ser o resultado de contradições que surgem entre o assumir múltiplas posições de sujeito, e a pressão de expectativas múltiplas sobre a auto-identidade ou a apresentação social..."* Portanto, a frustração pode advir de uma incapacidade de receber as satisfações ou retribuições esperadas ao assumir um determinada posição de sujeito ou maneiras de subjetividades particulares marcadas por gênero. (MOORE, 2000: 39).

Ao refletir as vivências do adoecimento psíquico nos homens faz-se necessário ressaltar os papéis cruciais que o trabalho e o desempenho sexual desempenham nas prescrições sociais impostas as masculinidades.

De acordo com Nolasco (1993: 51), o trabalho *"... define a primeira marca de masculinidade, na medida em que, no plano social, viabiliza a saída da própria família..."* e confere aos homens um status de independência que não se limita somente ao âmbito financeiro e a não-inserção dos homens no mundo do trabalho, gerariam nestes um profundo sentimento de mal-estar, fracasso e desorientação.

Assim, *"... se entre maternidade e mulher o que vigorou foi uma fusão – de modo que o destino de ser mãe seria a única possibilidade de realização-, esta mesma articulação acontece entre homem e trabalho: sem ele, um homem não pode se considerar como tal..."* (NOLASCO, 1993: 53-54).

Ao trabalharem, os homens têm do que falar. O cotidiano dos homens seria marcado pelo trabalho e este, através de experiências e projetos, seria responsável por suas vivências e representações sociais. (NOLASCO, 1993: 57).

A relevância do trabalho para as identidades masculinas faz com que *"... o status de desempregado gera nos homens um sentimento de abandono, de falta de referência..."* e, dessa forma, a condição de desempregado corresponderia para os homens como a não existência como pessoas. (NOLASCO, 1993: 65).

O exercício da sexualidade pelos homens, conforme argumenta Nolasco, tem uma importância crucial na afirmação das identidades masculinas: *"... Assim como é um marco para os rapazes a entrada no mundo do trabalho, na medida em que se tornam homens pela aquisição do dinheiro, da independência em relação à família e do acesso ao poder, a primeira relação sexual tem a função de fazê-los viris e complementar o modelo de homem valorizado socialmente..."* (NOLASCO, 1993: 67).

Na esfera sexual valoriza-se nos homens a liberdade de ação, o espírito aventureiro e o número de conquistas que estes logram no decorrer de suas vidas. Estes são socializados, segundo normas sociais que prescrevem à liberdade sexual e a estimulação contínua do desejo sexual. Portanto, *"... A passividade, a quietude e a submissão são qualidades opostas àquelas pelas quais serão socializados os meninos. Contudo, essas qualidades serão desejadas nas mulheres..."* (NOLASCO, 1993: 68).

Ainda neste sentido, a sexualidade é vivenciada diferentemente por homens e mulheres nas culturas latinas e latino-americanas e no caso das mulheres o controle social almeja retardar tanto quanto for possível a entrada das mulheres no exercício das práticas sexuais, com o intuito de preservar sua virgindade até o casamento, portanto *"... as formas de entrada das mulheres na sexualidade revelam certos aspectos fundamentais da construção tradicional da feminilidade, a qual implica fertilidade, pertença da mulher a um único homem (mesmo que um homem possa ter várias mulheres) e ausência de iniciativa em matéria sexual..."* (BOZON, 2004: 28).

Nesta dupla moral sexual, mulheres que têm vários parceiros são mulheres "fáceis", aquelas que não possuem são consideradas

"incompletas", já os homens são valorizados justamente pela experiência sexual e seu valor atrelado ao número de conquistas sexuais. (BOZON, 2004: 95).

Assim, a identidade de gênero para as mulheres "... esteve, e talvez ainda esteja estreitamente relacionada ao exercício da maternidade..." e isso acarretou na possibilidade de conter os desejos sexuais. Por outro lado, "... o mesmo não teria ocorrido com homens, para quem a identidade estaria mais marcada pela não contenção ou mesmo exacerbação, entendida como sinal de poder..." (VILLELA, 2005).

A formulação da pergunta "*Quem eu quero ser*" remete ao conflito existente entre a abertura de novos papéis sociais e a manutenção de papéis sociais tradicionais na sociedade contemporânea, na dificuldade vivenciada pelas mulheres de conciliar as atribuições que cada um desses papéis demanda. Associam à mulher os papéis de mãe e esposa, ao mesmo tempo em que se espera o desenvolvimento de uma carreira profissional sem que ela se descuide desses dois papéis tradicionais, por outro lado, espera-se também que ela conserve sua beleza e juventude e mantenha uma vida sexual ativa.

Após ilustrar, de maneira sucinta, alguns aspectos das relações sociais de gênero na contemporaneidade, a compreensão da singularidade da experiência do sofrimento psíquico feminino não pode se furtar de uma reflexão que articule os problemas decorrentes de relações sociais desiguais de poder entre mulheres e homens que traçam o pano de fundo em que as identidades femininas são construídas. Ainda, a pergunta "*Quem eu quero ser*" não remete somente às dificuldades acima apontadas, mas, sobretudo, esbarra no caso das mulheres, em questões de fundo

tais como a violência de gênero e a pobreza. Esta pode ser entendida "... como um estado em que não se dispõe dos meios suficientes, podendo incluir-se nisto a falta de recursos sociais ou educacionais..."⁵ à qual estão associadas algumas condições "... como é o caso do desemprego, do baixo nível de instrução, da privação e do desabrigo...".⁶

A violência de gênero deve ser entendida aqui como: "... uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. Ele demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas. Ou seja, não é a natureza responsável pelos padrões e limites sociais que determinam comportamentos agressivos aos homens e dóceis e submissos às mulheres. Os costumes, a educação e os meios de comunicação tratam de criar e preservar estereótipos que reforçam a idéia que o sexo masculino tem o poder de controlar os desejos, as opiniões e a liberdade de ir e vir das mulheres...". (TELLES, 2003)

Conforme definição apresentada na Declaração e Plataforma para ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher ocorrida em Beijing no ano de 1995, a violência contra as mulheres se expressa em todos os âmbitos da vida social, desde a esfera privada à esfera pública, ela ocorre no interior da família, no âmbito do trabalho, em instituições educacionais e na comunidade, e assume diferentes formas tais como: violência física, sexual e psicológica. Algumas

⁵ In **Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo**, 2001 - Organização Panamericana da Saúde - Organização Mundial de Saúde – ONU, editado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sob o título: Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança.

⁶ Ibid.

formas de violência contra as mulheres são elencadas nesse relatório: abuso sexual de meninas, estupro marital, agressões físicas, homicídios, assédio sexual no trabalho, estupros, tráfico de mulheres, prostituição forçada, mutilações genitais, esterilização forçada, coerção ou força no uso de anticoncepcionais, infanticídio feminino e seleção sexual pré-natal.⁷

O panorama global da saúde mental aponta diferenças significativas com base nas relações sociais de gênero. Dessa forma, as mulheres acusam uma maior incidência nos casos de depressão nas estatísticas mundiais, porém os homens lideram os casos de suicídios.

No contexto brasileiro, há uma maior prevalência de internações psiquiátricas entre homens do que entre as mulheres. Esse fenômeno foi explicado por Berquó e Cunha (2000: 180) por meio da seguinte hipótese *"... o homem é mais vulnerável a doenças mentais dado o contexto socioeconômico e das relações de gênero existentes. Sua frustração pela baixa qualidade de vida leva-o à bebida, como forma de fuga, o que potencializa os transtornos mentais, ao passo que a mulher se apega às relações afetivas, o que lhe traz efeito protetor..."*.

A relação social de gênero confere também sua especificidade no "adoecer masculino", pois esse recebe o "cuidado feminino", *"... O homem é levado ao hospital pela mulher que cuida dele – mãe, irmã ou filha..."* sendo que as mulheres são abandonadas por seus parentes masculinos e chegam ao hospital psiquiátrico menos freqüentemente. (BERQUÓ & CUNHA, 2000: 181).

⁷ In **Women's Mental Health: An Evidence Based Review**. World Health Organization. Geneva, 2000.p.67-68.

A pesquisa

O trabalho de campo baseou-se em entrevistas qualitativas com homens e mulheres, usuários do Centro de Atenção Psicossocial do município de Araraquara – SP e diagnosticados com transtornos mentais severos, acerca da problemática investigada nesse estudo.

Foi adotado método qualitativo de pesquisa, uma vez que se mostra mais adequado ao objetivo pretendido, que era focar as vivências dos indivíduos ante a experiência do sofrimento psíquico e, mais especificamente, investigar como as prescrições de gênero e as transformações advindas da Luta Antimanicomial jogam um papel crucial nessas vivências.

Pretendeu-se, a partir de entrevistas semi-estruturadas com pacientes diagnosticados com transtornos mentais severos, verificar em que medida as expectativas sociais geradas pela desigualdade de gênero presentes na sociedade contemporânea implicam numa vivência diferenciada do adoecimento psíquico por identidades femininas e masculinas e comparar as suas distintas representações sociais. Desta forma, a desigualdade de gênero foi tomada aqui como um meio para realizar uma reflexão acerca da especificidade do sofrimento psíquico na sociedade contemporânea brasileira.

Faz-se necessário, reconhecer as dificuldades de trabalhar no campo das subjetividades, porém toma-se como pressuposto a existência de um substrato social comum, norteador das expressões individuais do sofrimento psíquico. Trata-se aqui das vivências formuladas por pacientes de um serviço público de saúde, em torno

do adoecimento psíquico, do seu surgimento e desenvolvimento da doença, através do relato de suas experiências.

O segmento investigado

O segmento estudado pertence às camadas baixas e médias urbanas e partilha da experiência do adoecimento psíquico e do tratamento psiquiátrico ambulatorial. Os contornos socioculturais do grupo obedecem a critérios materiais como acesso à educação e profissão exercida antes da doença.

Desde já, reconhecem-se as dificuldades de trabalhar com um grupo heterogêneo, constituído por homens e mulheres de diferentes faixas etárias, estados civis e diagnósticos psiquiátricos.

Sobretudo, em função do próprio curso do adoecimento psíquico, admite-se que em alguns casos há empobrecimento da linguagem, mas isso não compromete a importância das falas dos informantes. Nesse sentido, conforme nos lembra Lobosque (2001, p.39), *"... há desagregação do pensamento? alucinações auditivas? alterações da consciência do eu? Estes aspectos não deixam de interessar-nos; todavia, subordinamos sua investigação ao princípio de que a palavra, por desarranjada que esteja em sua tessitura, resguarda ao menos virtualmente a possibilidade de interlocução: mesmo quando fala sozinho, é a um Outro que o sujeito se dirige - um Outro que por sua vez fala com ele, ainda que alucinadamente..."*.

Não interessa aqui questionar a veracidade dos relatos e distinguir entre realidade e delírio, mas somente observar, pelos

relatos, as vivências e o imaginário singular de cada pessoa, no intuito de desvendar os nexos sociais mais abrangentes.

Metodologia da pesquisa

Foram feitas entrevistas semi-estruturadas a respeito da experiência do adoecimento psíquico dos informantes com perguntas semi-abertas orientadas para a discussão das hipóteses. A escolha dessa técnica pareceu adequada aos propósitos da investigação, pois permitiu desvendar, por meio das falas dos informantes, a vivência do adoecimento psíquico e a reconstrução da nova identidade num quadro de angústias e incertezas.

A técnica da entrevista semi-estruturada permite elucidar outras áreas de pesquisa relacionadas à nossa problemática maior, que apenas tangencialmente a tocam. Como se trata de um objeto de estudo bastante amplo que possui interfaces com os campos da psicologia social e da psiquiatria.

O Comitê de Ética

Para ter acesso aos depoentes, foi solicitada autorização da Secretaria de Saúde de Araraquara e da Coordenadora do CAPS. Também a pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de ética e foi aprovada.

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com as orientações do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), foram feitas ao

todo 16 entrevistas nos meses de abril e maio de 2007, com oito mulheres e oito homens.

Acesso aos pacientes

Foram consultados os prontuários dos usuários do CAPS, a fim de verificar a disponibilidade do paciente em participar de tal estudo. Também se utilizou a técnica de rede para ter acesso aos pacientes. Partiu-se de um elenco de informantes convidados pela pesquisadora por telefone e que foi sendo ampliado através de conversas informais numa área de convivência do CAPS e de espera dos pacientes.

As recusas masculinas

Quanto à disponibilidade dos entrevistados para falar de sua trajetória até ao CAPS, ocorreu um fato importante. Durante o processo de convite para a pesquisa, houve muita resistência por parte dos homens com idade acima de cinquenta anos e todos os convites foram recusados.

As entrevistas

Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala cedida do próprio Centro de Atendimento Psicossocial.

Como foi citado, usou-se um roteiro de perguntas semi-estruturado, em que os entrevistados, em sua maioria, ao serem

inquiridos acerca de sua trajetória até ao CAPS, obedeceram a um sentido cronológico em seus depoimentos, iniciando seus relatos na infância e chegando até nossos dias.

Os depoimentos transcorreram num clima de empatia entre entrevistada (o) e pesquisadora, sendo de uma hora a duração média das entrevistas e agendada para hora escolhida pelos entrevistados. Cada um dos entrevistados era avisado sobre o tema da entrevista e a forma em que ela se desenvolveria e o seu teor sigiloso. Os informantes escolheram pseudônimos para preservar suas identidades, porém os outros dados foram mantidos, tais como idade, local de nascimento e diagnóstico.

Os entrevistados receberam bem a proposta e se dispuseram a falar sobre sua vida privada, seu processo de adoecimento, e muitas vezes, relataram experiências carregadas de muita dor e sofrimento. No entanto, a possibilidade de criação de um diálogo aberto fez emergir momentos inusitados e de expressão de si, como o de uma entrevistada que começou seu relato através de canções.

Características etárias da população entrevistada

De modo que a idade máxima de entrevistado homem foi de 44 anos e a idade máxima do grupo feminino foi de 53 anos. O grupo feminino é composto por mulheres de 24, 29, 31, 36, 43, 47, 47 e 53 anos. Já o grupo masculino é formado por homens de 24, 26, 30, 31, 35, 38, 41 e 44 anos.

Histórico dos entrevistados

Todos os entrevistados foram diagnosticados com transtornos mentais severos e são usuários do Centro de Atendimento Psicossocial do município de Araraquara. Suas idades situam-se no intervalo entre 24 e 53 anos. Em todos os casos, quando sua origem é registrada como sendo de outro Estado, os entrevistados residem em Araraquara-SP. O universo dos entrevistados é composto por estudantes, aposentados por invalidez e profissionais assalariados inativos, contando com ex-trabalhadores urbanos e rurais.

Crítérios de seleção

A seleção foi feita levando-se em conta os seguintes critérios: a) indivíduos que estejam em tratamento no referido serviço público de saúde; b) de ambos os sexos; c) de gerações diferentes, entre aqueles nascidos entre 1953 até 1983; d) pacientes que já foram internados em Instituições Psiquiátricas e os que nunca foram internados; e) pacientes com diferentes estados civis; f) pacientes sem filhos e com filhos; g) indivíduos com diferentes acessos à educação, ou seja, do Ensino Fundamental até o Superior Completo.

Os temas destacados

O conteúdo das entrevistas mostrou um painel muito rico, do qual sobressaem não só a experiência do adoecimento psíquico dos entrevistados, como também suas experiências afetivas, familiares, de trabalho, de estudo e sociais.

As mulheres adentraram com maior facilidade no campo da afetividade, assim se dispuseram a falar mais de sua vida afetiva, de campo da afetividade, envolvimento amorosos e sexuais.

Os homens, em sua maioria, relataram aspectos de sua vida familiar, de suas trajetórias no mercado de trabalho e nos estudos. Isso talvez possa ser explicado, pelo fato de que apenas um dos entrevistados homens havia sido casado e entre os solteiros há poucos relatos de experiência amorosa e sexual. Já no grupo feminino, três entrevistadas foram casadas e quatro tiveram filhos. Entre as solteiras, todas relatam experiências amorosas.

Os pacientes homens demonstraram em suas narrativas uma maior dificuldade de que as mulheres de iniciarem experiências amorosas ou conjugais o que vem ao encontro da literatura psiquiátrica que sugere que a sintomatologia psíquica seja mais severa e/ ou tenha um início mais precoce entre os homens. Estudos epidemiológicos sobre esquizofrenia apontam o desenvolvimento mais precoce dessa psicose em homens do que em mulheres.

E no caso dos pacientes homens, o início da enfermidade costuma ocorrer no princípio da segunda década de vida, uma vez que no caso das mulheres o processo de adoecimento se dá mais tarde, aproximadamente cinco anos depois. Dessa forma de acordo com Silva, Coutinho e Amarante (1999), "*... um início mais precoce entre os homens poderia dificultar o casamento, sobretudo se considerarmos que, na maioria das vezes, o homem é visto como o responsável pela manutenção econômica do lar...*".

A análise das entrevistas

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Surgiram, no decorrer da pesquisa e a partir do material obtido, alguns temas que foram comuns a todos os entrevistados, a saber:

I) A vivência da doença: Início, Crise, Internação, Medicação e Caps.

II) A escolaridade, o trabalho, o cotidiano e o futuro.

Contabilizou-se cerca de 20 horas de entrevistas com cerca de 150 páginas de transcrição.

No intuito de preservar a privacidade dos informantes, estes escolheram no final de cada entrevista seu próprio pseudônimo. Os depoimentos foram mantidos *ipsis literis*. Todas as entrevistas foram recortadas segundo os temas constantes do roteiro de perguntas.

Quadro dos Entrevistados

Informantes	Idade	Sexo	Estado Civil	Trabalho	Filhos	Escolaridade	Ocupação principal	Internações
Carolina	24	F	Solteira	Não	Não	Superior Completo	Preparação para concurso público. Trabalho doméstico.	1 vez
Gisele	29	F	Solteira	Não	Não	Superior Completo	Preparação para habilitação em escola.	1 vez
Vera	31	F	Separada	Aposentada por invalidez	Sim	Ensino Fundamental	Trabalho doméstico.	Mais de 2 vezes
Flávia	36	F	Solteira	Professora desempregada.	Não	Superior Completo	Preparação para concurso público. Trabalho doméstico.	2 vezes
Bárbara	43	F	Solteira	Operária aposentada por invalidez.	Não	Ensino Fundamental	Trabalho Doméstico.	Mais de 2 vezes
Débora	47	F	Divorciada	Empregada Doméstica	Sim	Ensino Fundamental	Trabalho doméstico	1 vez
Iolanda	47	F	Divorciada	Auxiliar de limpeza afastada por doença.	Sim	Ensino Fundamental	Trabalho Doméstico.	1 vez
Maria	53	F	Solteira	Professora aposentada por invalidez.	Sim (falecido)	Superior Completo	Trabalho Doméstico.	Mais de 2 vezes

Cristian	24	M	Solteiro	Não	Não	Superior Incompleto	Leituras diversas.	Nenhuma
Silvio	26	M	Solteiro	Servente de obras afastado por doença.	Não	Ensino Médio	Trabalho doméstico?	Mais de 2 vezes
Tand	30	M	Solteiro	Servente de pedreiro.	Não	Ensino Médio	Servente de pedreiro.	Nenhuma
Carlos	31	M	Solteiro	Não.	Não	Ensino Médio	Leituras diversas.	Nenhuma
Henrique	35	M	Separado	Auxiliar de cargas desempregado.	Sim	Ensino Médio	?	Nenhuma
Marcos	38	M	Solteiro	Trabalhador rural aposentado por invalidez.	Não	Ensino Fundamental	Trabalho doméstico.	Mais de 2 vezes
Donizete	41	M	Solteiro	Trabalhador rural aposentado por invalidez.	Não	Ensino Fundamental	Trabalho doméstico. Estudos / Ensino Fundamental.	Mais de 2 vezes
Rafael	44	M	Solteiro	Ex-varredor de rua afastado por doença.	Não	Ensino Fundamental	Estudos / Ensino Fundamental.	Nenhuma

As histórias e os entrevistados

A fim de contextualizar os relatos acerca do sofrimento psíquico dos informantes, optou-se por realizar, a seguir, um breve panorama de quem são eles e de suas experiências na vivência da doença.

Mulheres...

- **Carolina**, 24 anos, solteira, superior completo em Pedagogia, é natural de Araraquara-SP. Teve sua primeira crise durante a Faculdade. Começou a ter depressão. Pensou ter abusado sexualmente de sua prima, mas na realidade estava se masturbando ao seu lado. Em sua infância, relatou ter sofrido abuso sexual pelo seu avô. Durante sua adolescência, pensava que não ia ser aceita por ninguém que não iria ter namorado. Falou de depressão amorosa e baixa-estima.

- **Gisele**, 29 anos, solteira, superior completo em Pedagogia, nasceu em Araraquara-SP. Relatou que durante sua adolescência foi diagnosticada com Toc (Transtorno Obsessivo-compulsivo) e que teve depressão por se sentir muito sozinha. Disse que desejava nessa época ter um namorado e se sentia inferior pelo fato de não o ter. Em sua primeira crise que ocorreu durante a faculdade, sentia que havia se tornado outra pessoa que parecia que estava perdendo sua beleza e que não possuía mais alma.

- **Vera**, 31 anos, divorciada, ensino fundamental, aposentada, natural de Mairi-Bahia. Durante sua infância foi internada por sua mãe diversas vezes. Casou-se ainda jovem e contou ter sofrido agressão física do ex-marido o qual era macumbeiro. Em sua opinião, ficou doente de tanto ser espancada por ele.

- **Flávia**, 36 anos, solteira, superior completo em Química, professora desempregada, nasceu em Matão-SP. Relatou que o início de sua doença ocorreu enquanto cursava a Faculdade de Química. Para ela foi como um black-out, como se sua vida tivesse parado. Contou que somente pensava em morrer e que ficou doente devido a muito assédio espiritual. Os obsessores a perturbavam e queriam levá-la ao suicídio. Disse ter sofrido com um amor platônico e que não teve namorado por ser tímida. O ataque obsessivo dos espíritos e seu amor platônico fizeram com que fosse internada. Por fim, disse que se sente muito pressionada por sua família para que trabalhe.

- **Bárbara**, 43 anos, solteira, ensino fundamental, operária aposentada por invalidez, natural de Araraquara-SP. Contou que sofre de transtorno bipolar e que quando trabalhava perdeu a audição com o barulho da fábrica. Disse que sua vida ficou completamente diferente e que perdeu a noção da realidade. Relata ter tido um amor impossível e que gostaria de voltar com o ex-namorado. Durante sua crise conta que sentia vontade de se matar e que andava com o cabelo despenteado pela rua. Quando foi internada, disse que sofreu abuso sexual.

- **Débora**, 47 anos, divorciada, ensino fundamental, empregada doméstica desempregada, nascida em Araraquara-SP. Descreveu como foram seus dois casamentos e relatou ter sofrido constantemente violência doméstica pelo segundo

marido. Contou que manteve um relacionamento amoroso com um homem mais jovem do que ela e que seu filho não o aceitava. Disse que seu filho tirou a única pessoa que lhe dava atenção de verdade e deste modo, ela tentou o suicídio, cortando os pulsos e tomando remédio. Este último companheiro morreu de cirrose.

- **Iolanda**, 47 anos, divorciada, ensino fundamental, auxiliar de limpeza afastada por doença, natural de Araraquara-SP. Relatou ter sofrido violência na infância e que sua mãe era agredida por seu pai. Disse que sofria violência doméstica no seu primeiro casamento. Contou que sua filha lhe trouxe ao CAPS porque sentia depressão e tinha medo de ficar sozinha em casa após a morte de sua mãe e de seu segundo marido. Disse que quando estava trabalhando não tinha nada, se sentia bem e o fato de ter ficado em casa a deixou doente. Ela se internou sozinha porque sentia que estava com depressão e tinha medo de agredir os outros. Deseja ter um companheiro para ficar do seu lado e parar de sofrer. Disse que não quer sofrer por homem nenhum.

- **Maria**, 53 anos, solteira, superior completo em História, Geografia e Ciências Sociais, professora aposentada por invalidez, nascida em Araraquara-SP. Foi mãe solteira quando jovem e estava cursando a Faculdade de Ciências Sociais da UNESP de Araraquara. Disse que sofria por causa dos valores daquela época e que foi um escândalo ter tido um filho sozinha. Para ela, ser mãe solteira era uma desgraça em família de japônês. Contou que sofreu de bulimia e anorexia quando jovem que não comia a fim de emagrecer. Perdeu seu único filho num acidente de carro e passou a receber tratamento psiquiátrico. Para ela, a maior razão para ficar em crise era

porque não tomava o remédio prescrito pelo médico. Durante seus períodos de crise, disse que tinha mania de andar pelas ruas. Relatou que durante suas internações sofreu castigo. O ambiente do hospital era muito sujo e havia controle. Sua irmã lhe quis interditar recentemente. Disse que sofre com a falta do filho falecido.

Homens...

- **Cristian**, 24 anos, solteiro, superior incompleto em Psicologia, nascido em Araraquara-SP. Relatou que teve “um problema” enquanto cursava a Faculdade de Psicologia. Disse que passou por um sofrimento tremendo, depressão e isolamento e que estava questionando algumas coisas em sua vida. Contou que suas professoras disseram que ele estaria muito rebelde. Também, disse que temia ir mal nas provas e ser reprovado. Com isso, trancou a faculdade por se sentir muito confuso e iniciou tratamento no CAPS. Durante uma crise, tentou se enforcar com uma toalha e queria se matar. Disse se sentir muito deprimido por viver nesse “mundo de plástico” em que tudo seria programado e questiona a imposição do trabalho. Sente-se pressionado pelas pessoas a trabalhar e gostaria de retomar seus estudos no momento que considerasse adequado por ele mesmo. Nunca foi internado.

- **Silvio**, 26 anos, solteiro, ensino médio, servente de obras da Prefeitura de Araraquara afastado, natural de Guarapiranga-Ribeirão Bonito-SP. Disse que já nasceu mentalmente louco e que sua insanidade mental foi muito grande durante sua infância. Disse que quando criança fazia suas necessidades

fisiológicas no quintal de sua casa e que se masturbava. O início da crise se deu aos 17 anos. Esquartejou o colchão de sua casa. Queria ser internado, ser preso na Febem porque disse ter um problema familiar muito grave. Sua primeira internação foi solicitada por uma promotora da Vara da Infância e da Juventude porque tinha problema dentro de casa. Contou que tomou veneno de rato com a intenção de se matar, pois tinha problema familiar e problema com uma menina chamada Ariana L. Foi internado por quatro vezes. Relatou como estavam dispostos os pacientes dentro do Hospital Psiquiátrico e disse que na Ala 1 ficavam os mais pacatos e em outra Ala, ficavam aqueles internos que tinham intenção de arrumar encrenca. Foi buscar ajuda na Igreja Universal. Disse ter obsessão por uma tal de Ariana L. e sentir vontade de matá-la, mas sabia que se o fizesse, seria morto na Febem. Contou sofrer rejeição pelo tipo mentalmente que é e pelo tipo de pessoa que é. Acredita ter nascido amaldiçoado e precisa dar um jeito de quebrar essa maldição indo à Igreja, procurando a ajuda de Deus. Gostaria de ter melhores habilidades para prática de direção veicular e operação de microcomputador. Deseja ter "capacidade mental" para aprender bastante coisa, conversar e trabalhar normalmente.

- **Tand**, 30 anos, solteiro, ensino médio, ajudante de pedreiro, nascido em Araraquara-SP. Teve bronquite durante sua infância. Depois disso, relatou que durante sua puberdade passou por alguns problemas e teve que ir para a psiquiatria. Disse que por decorrência da situação brônquica passou para outra que é a psiquiátrica. Contou que ficou doente aos 14 anos, porque não agüentava a pressão que sentia em sua vida, por não ter amigos e agüentar "zoeira" na escola. Além disso, contou que seu padrasto ficou doente e com isso sentiu pressão

dentro de sua casa. Contou que algumas vezes, brigou com o médico, mas foi obrigado a aceitar o tratamento, porque acredita que a opinião médica é a que vale. Nunca foi internado. Relatou que sofre de estigma das pessoas, pois estas o colocariam em outro nível por não ser igual à maioria. Acredita que as mulheres não se aproximam dele por causa do problema psiquiátrico. Disse que antes da doença não tinha essa “visão turva” da vida e hoje se sente limitado pela psiquiatria. Esta lhe conferiu uma rotina e modificou completamente sua vida. Gostaria de ter a cura da psiquiatria e se “registrar” mais na vida.

- **Carlos**, 31 anos, solteiro, ensino médio, natural de Araraquara-SP. Contou que frequentou diversos cursos pra escolher Faculdade, mas acabou não escolhendo nada. Seu pai gostaria que ele o ajudasse numa construção. Relatou que teve um excesso de raiva ao se sentir forçado pelo seu pai a fazer o que não queria. Fez um altar de Igreja dentro de seu quarto e escreveu algumas coisas na parede, despertando preocupação em sua família. Disse que estava com uma depressão muito forte. Carlos dá o exemplo do empresário Antonio Ermírio que a seu ver ficará doente devido ao excesso de trabalho. Para ele, quando alguém fica doente a culpa é da própria pessoa porque ela deixa a família ou o convívio com as outras pessoas “atacá-la”. Dessa forma, sente que a pessoa não tem o controle dela própria e acaba obedecendo ao que os outros esperam. Também acredita que as pessoas que tomam remédio obedecem muito ao que os outros falam e não se obedecem. Com isso a pessoa entra numa depressão muito forte e fica com esses problemas para sempre e seria um caminho sem volta. Contou que nunca viu ninguém dizer que arrumou namorada depois de começar tratamento no CAPS. A seu ver,

seria impossível arrumar uma namorada, uma vez que esta ficaria sabendo de sua doença e acabaria por se afastar. Disse que consegue reconhecer quem toma remédio através do visual do rosto e a doença estaria relacionada com o DNA da pessoa. Porém, a tomografia não conseguiu identificar seu problema. Quando perguntado a respeito de seu diagnóstico acredita que possa ser Esquizofrenia e esta teria diversos graus e tipos. No entanto, acredita ter sido apenas uma depressão desencadeada por se sentir sem um objetivo na vida durante a construção de seu pai. Disse que as pessoas que freqüentam o CAPS conseguem fazer quase tudo que os outros fazem, porém seria mais difícil arrumar amigo, namorada e trabalho. Contou que finge ser "normal". Por fim, não deseja ter filhos, pois acredita na hereditariedade da doença. Nunca foi internado.

- **Henrique**, 35 anos, separado, ensino médio, auxiliar de cargas desempregado, natural de Araraquara-SP. Relatou ter tido uma infância ruim, pois havia problema de alcoolismo em sua casa. Seu pai e seu irmão bebiam e havia muita briga. Disse que sua mãe sofria com essa situação. Segundo Henrique, o início de sua doença foi com a morte de sua mãe. A partir disso, foi se isolando dentro de um quarto, entrando em depressão e passou a ter problemas com sua esposa devido a crises de ciúmes. Contou que havia colocado na cabeça que sua ex-esposa o teria traído e caso a visse com outro a mataria. Foi despedido de seu trabalho. Tentou o suicídio com faca e remédios. Buscou ajuda psiquiátrica, porém não aceitou ser internado porque acreditava que apesar de tudo teria a cabeça muito forte e uma internação não iria lhe fazer bem. Disse que "se segura" no CAPS e que não quer ser tratado como coitado. Antes de ficar doente, falava que era doença de vagabundo. Disse sentir vergonha de si mesmo e não se sente homem

hoje, por não ter vontade de enfrentar a vida e de encarar um trabalho. Para ele ser homem é ter uma família, cuidar bem dela e cumprir com seus deveres. Relatou que escuta uma voz de mulher que lhe fala que é um fraco que não serve pra nada. Também disse que fala sozinho e que acaba saindo como "louco" porque ninguém entende o que se passa com ele.

- **Marcos**, 38 anos, solteiro, ensino fundamental, trabalhador rural aposentado por invalidez, nascido em Araraquara-SP. Contou que depois de trabalhar teve um problema de sistema nervoso em sua casa e foi internado quando tinha 15 anos. Disse que havia algum inimigo mau por cima dele e por isso queria se matar ao jogar sua cabeça debaixo d'água. Foi internado por cinco vezes. Em uma de suas internações recebeu choque elétrico, lhe deram um "sossega leão" e lhe puseram num quarto escuro. Disse que era muito nervoso que andava a casa inteira de madrugada e ficava com raiva e nervoso. Quando em crise solicitava a sua mãe que lhe internasse para ver se havia melhora em seu quadro.

- **Donizete**, 41 anos, solteiro, ensino fundamental, trabalhador rural aposentado por invalidez, natural de Abatiá - Paraná. Irá completar 10 anos que está aposentado porque começou a sentir tontura e teve um "piripaque" durante o serviço. Antes da doença disse que trabalhava normal. Contou que foi internado umas quatro vezes devido ao "problema" que lhe deu. Quando indagado a respeito das internações disse que era bom porque era um lugar que faz tratamento e cuida bem da pessoa. Nunca perguntou à médica psiquiátrica responsável pelo CAPS de Araraquara-SP qual é o seu diagnóstico. Disse que faz o tratamento e a doutora lhe passa os remédios direitinho. Para ele, o que lhe faz sofrer é devido aos remédios

e ao problema que tem, no entanto acredita que o remédio pode acabar com esse problema. Este seria uma doença que já vem de quando nasce.

- **Rafael**, 44 anos, solteiro, ensino fundamental, ex - varredor de rua, nascido em Araraquara – SP. Relatou que em sua infância seu pai bebia muito e batia em sua mãe. Aos 17 anos começou a trabalhar, mas disse que não conseguiu acompanhar e abandonou um serviço na Prefeitura de Araraquara-SP. Contou que um médico psiquiatra lhe disse que não teria condições de trabalhar porque seria muito esquecido e, portanto, deveria ser aposentado. Disse que se afastava das pessoas e tinha medo delas. Não saía de casa e ficava muito preso na televisão, e segundo ele, vivia num mundo de imaginação e isolamento. Contou que sua vida mudou bastante depois que começou tratamento no CAPS, pois, se tornou mais independente e aprendeu a ter mais responsabilidade. Ressaltou a importância do CAPS na criação de uma rede de sociabilidade ao considerar que possui uma “família” composta por novos amigos e não se sente mais sozinho. Aconselha a “turma” a se tratar e a tomar remédio e refuta a idéia de que o CAPS seria de louco pelo contrário, para ele se trata de um local onde se faz um tratamento para você conhecer as pessoas que têm o mesmo problema que você. Quando indagado a respeito de internação, contou que nunca foi internado, pois, nunca teria quebrado nada em sua casa. Em tom de brincadeira, considera seu grande defeito é gostar do Palmeiras.

De um modo geral, estabeleço como dois eixos de análise dos depoimentos uma divisão entre “sofrer por alguém” e “sofrer por algo”.

O primeiro se refere ao sofrimento psíquico presente nas narrativas dos informantes que atribuem às relações interpessoais, especificamente, às relações afetivas sejam elas de caráter amoroso ou não (relações de parentesco e de amizade) um papel crucial na explicação de suas vivências psíquicas.

Já “sofrer por algo” se refere ao sofrimento oriundo de uma inadequação às expectativas sociais, tais como exercer um trabalho ou atividade intelectual e a decorrente dificuldade de pertencer a um lugar social, seja na esfera pública ou na esfera privada.

O Adoecimento Psíquico Feminino

Casamento e violência doméstica – a experiência das divorciadas

Todos os relatos femininos mostraram o “sofrer por alguém”, ou seja, a importância da dimensão afetiva, através da perda de um familiar ou de um parceiro amoroso e do sentimento de solidão e isolamento. Também aparecem casos de violência doméstica e abuso sexual.

Débora, Iolanda e Vera foram casadas, tiveram filhos e se separaram. Nesses depoimentos se destaca a presença de

violência doméstica. Débora e Vera explicam as agressões sofridas por seus ex-maridos, devido ao fato de “não obedecê-los”. Iolanda relata ter sofrido violência física durante seu primeiro casamento e conta que sua mãe também sofria de seu pai.

Débora, Iolanda e Vera pertencem a camadas sociais populares e apresentam baixa escolaridade, pois estudaram até o ensino fundamental.

Todas as entrevistadas disseram ter trabalhado antes do adoecimento psíquico e por conta deste tiveram que parar. Débora trabalhava como empregada doméstica, Vera contou ter sido garçoneiro e balconista em loja e Iolanda como faxineira numa clínica ortopédica.

Débora, Iolanda e Vera se casaram quando ainda eram bem jovens e tiveram filhos. Débora e Iolanda puderam criar seus filhos que hoje já estão casados. Elas ficaram doentes quando estes já estavam crescidos.

Vera, por sua vez, ficou doente quando seus filhos ainda eram crianças. Assim, não pode se encarregar da educação destes, os quais passaram a viver com seu irmão. Em seu caso, o adoecimento psíquico lhe causou uma grande “ruptura” em sua trajetória de vida. Hoje a informante não mantém contato com seus familiares e recebe cuidados de uma vizinha que é sua amiga.

O cotidiano das três entrevistadas é marcado pela realização de tarefas domésticas. Sendo que Iolanda cuida de seu filho adolescente e Débora cuida de seus netos.

A história de Débora

O depoimento de Débora é marcado por suas experiências amorosas, ela relata minuciosamente seus dois casamentos e disse ter sofrido com agressões físicas durante 15 anos:

Eu fiquei 15 anos com essa "cria"! Aí, eu tive mais dois filhos com ele. Mas, eu vivi 15 anos de inferno na minha vida! Nossa! Esse aí, além de me infernar, não queria me largar. Nossa senhora! Ainda mais que ele gostava de uma droga que eu descobri depois! Era drogado, eu descobri maconha e cocaína dentro de casa! Aí, todo dia aquele inferno, aquela briga, aquele inferno (...) Coisa, que eu não admitia isso dentro de casa. Porque eu não admito isso. E a vida dele era querer bater. Do dia que eu mudei com ele, aquele dia eu já vi, porque no primeiro dia ele já veio falar grosso.

Em outro trecho da entrevista:

Por que ele te agredia?

Ele agredia porque ele queria fazer as coisas do jeito dele. Era assim, tipo assim: Eu tava com o almoço pronto, ele chegava com uma mistura: "*Você faz?*" "*Já tá pronto! Deixa que eu faço à tarde ou amanhã.*" "*Não! Tem que fazer agora!*" Eu não sou de receber ordem! Eu nunca fui! Eu já não tive pai, pra não ter quem me dê ordem. Sempre falei pra ele: "*Eu já não tenho pai, nunca me interessei que ele me registrasse...*" E ele queria mandar, eu nunca aceitei a não ser pelo meu patrão do serviço. Agora em casa! "*Sua roupa tá lavada! Passada! Comida tá feita! Criança tá cuidada! Casa tá limpa! Por que tem que mandar em mim? Coisas sem sentindo!*" Aí, foi indo, foi indo (...) Quinze anos de briga. Ele vinha (...) Polícia era

direto em casa! Ele vinha: "*Porque eu vou te bater!*" Eu falei: "*Bate! Bate mesmo!*" Uma vez ele pegou eu desprevenida e me rachou inteirinha! Ele batia, eu falava: "*Seu filho da puta!*" Quando ele cansou, ele falou assim: "*Ah, eu vou parar porque senão eu te mato se você não calar a boca!*" Eu falei: "*Pode parar de bater, mas que você é um filha da puta, você é! E tem mais! Vai ter troco, hein!*" Ele vinha dormindo, ele encontrava faca debaixo do travesseiro. "*Se você mexer comigo, você é um homem morto!*" Até chegou um dia, que eu esfaqueie ele mesmo. Fiz pouco!

Após ter sido casada duas vezes, Débora se relaciona com um rapaz mais jovem do que ela o qual não era aceito por seu filho. Este último companheiro veio a falecer sendo para ela fonte de sofrimento:

Sufrimento é uma doença que nem eu vi o Fernando morrer sem poder fazer nada! Você fica ali (...) Você se sente inútil! Esse é um sofrimento do caramba! Você vê a pessoa que você ama, que te ama indo embora! Só Deus!

O "sofrer por alguém" levou Débora a ser internada num Hospital Psiquiátrico, após ter tentado o suicídio:

Quem te internou no Caibar?

Uma amiga minha chegou em casa, eu tava cortando os pulsos, tinha tomado um monte de remédio (...) Antes, eu tinha uns remédios em casa, porque eu tratava com a neurologista, então eu tomei o remédio da neurologista.

Qual era tua idéia?

Era acabar com tudo! Eu queria morrer! Meu filho (...) Eu tinha meu filho, mas meu filho nunca deu atenção pra mim! E depois, me tirou a única pessoa que me dava atenção de verdade! O Fernando me dava uma atenção! Olha, "fora de

brincadeira"! Aquele cara lá! Eu era tudo pra ele! Tudo, tudo, tudo! Ele falava: "*Eu te amo mais do que minha mãe! Eu te amo mais do que meus filhos!*" Cada vez que eu brigava com ele, ele ajoelha nos meus pés! "*Não me deixa porque eu morro!*" Com a morte dele, eu me sinto culpada! Faz um ano hoje (...) Eu fui lá no cemitério hoje. **(Ela começa a chorar.)** Morreu me chamando!

Débora em seu cotidiano se ocupa de cuidar de suas netas e fala a respeito do futuro com resignação:

Meu cotidiano é cuidar das "minhas neta", eu levo pra escola, dou banho, cuidar de tarefa (...) De vez em quando, eu faço almoço porque minha filha pede. Mas eu enrolo pra não fazer! (rs) Eu levanto, quando dá vontade eu limpo a casa!

Pra não falar que é muito, o futuro que eu tenho é ficar dentro de casa, olhar "aquelas criança", meu futuro se resolveu a isso. Eu não penso em mais nada, uma pessoa que pensa em casar de novo, em trabalhar num serviço bom, levar a vida pra frente. Eu não sei.

A história de Iolanda

Iolanda trabalhava numa clínica ortopédica, era faxineira. Teve 3 (três) filhos com seu ex-marido. Depois disso passou a viver por 11 (anos) com outro homem que veio a falecer:

Agora eu sou viúva. Depois que ele faleceu, minha mãe faleceu também. Quem cuidava dela era eu. Cuidava da minha mãe. Dava banho, trocava fralda que ela usava "fraldão". E deu muito trabalho mesmo! Cuidar de adulto, criar (sic) de uma mulher que ficou com juízo de criança. Deu Mal de Alzheimer na

minha mãe. Meu marido viu o sofrimento que eu sofria pra cuidar dela. Aí quando foi dia 25 de abril ela faleceu, aí eu fiquei sem meu marido e sem minha mãe. Eu fiquei sem ninguém.

No relato de Iolanda, aparece a solidão que sente após a morte de sua mãe e do Rubens, seu último marido e o fato de não estar trabalhando. Ela diz se sentir como um “caldeirão vazio”:

Eu me sinto um “caldeirão vazio”. Eu me sinto assim. Quando eu tô sozinha eu começo a querer chorar, me dá um mal estar, aí eu vou pra lá e pra cá. Eu sentia depressão, eu sentia assim, eu tinha medo da casa. Eu tinha medo de ficar sozinha na casa. Agora quando minha mãe morreu, ficou eu no lugar. Aí, eu fiquei doente também. Meu deu depressão, eu chorava, não gostava de ficar sozinha em casa. Eu trabalhava, eu ia trabalhar, eu não ficava tanto tempo sozinha. Quando eu tava trabalhando, eu não tinha nada, eu tava bem. Eu trabalhava tudo normal. Foi só eu ficar em casa, eu fiquei ruim. Aí, me deu um branco na cabeça, eu tinha medo da casa, dos quarto. Eu ainda tenho medo.

Quando indagada sobre seu primeiro casamento, relata ter sofrido agressões físicas por seu primeiro e ex-marido que era alcoólatra e infiel:

Ah! Foi péssimo! Ele bebia muita pinga e me traia com as outras mulher... Ele batia muito em mim, começou a me espancar. Ai, meu pai e eu fomo atrás de um advogado pra arrumar a separação. Eu me desquitei e me divorciei dele, ele era muito ruim pra mim. Aí,

depois eu juntei com o Rubens, ficamos 11 anos junto. Ele era uma boa pessoa, não faltava nada, tudo que eu tinha na geladeira era ele que comprava. Ele cuidou da Lílian e do Lucas. Quando ele pegou o Lucas, ele era de colo. Foi o Rubens que criou.

Quando questionada acerca de seu futuro, Iolanda disse que gostaria de encontrar um companheiro para não se sentir sozinha. No entanto, não deseja sofrer como aconteceu em seu primeiro casamento:

Eu quero ter um companheiro pra ficar do meu lado, pra me ajudar, pra bater um papo, conversar, pra discutir assunto da família. Eu preciso de um homem assim pra me ajudar. E até hoje eu não encontrei. Parar de sofrer, não quero sofrer por homem nenhum.

Em suas recordações de infância consta ter sofrido com a violência do pai que também agredia seus irmãos e sua mãe:

A minha infância foi assim: eu apanhava muito do meu pai. Eu fui a que apanhou mais da casa. Eu sou a filha mais velha da minha mãe. Nós somos em cinco, duas mulher e três homem. O Dario é o caçula, o Miguel é o do meio, o Tião é depois de mim, depois a Iolanda.

Por que você apanhou do teu pai?

Porque ele não gostava que eu passasse batom, nem eu e nem minha irmã. Não podia passar batom de jeito nenhum que ele batia em nós de cinta. Chamaram a polícia pra ele uma vez, ele foi preso. Porque ele batia na minha mãe e em nós. Ele batia muito nela.

Iolanda fala, ainda, de ter sido internada por estar com depressão, e fica patente em seu depoimento o “sofrer por alguém”, motivado por uma perda emocional, decorrente da morte de sua mãe:

Você já foi internada?

Já. Antes de o meu marido morrer. Eu me internei sozinha no Caibar Schutel. Eu tava com depressão. Tinha medo de machucar as pessoa na rua, tinha medo de bater nos outros na rua, de ofender os outro na rua. Isso não tá acontecendo mais. Eu queria minha mãe perto de mim, aí ela morreu, eu fiquei isolada. Eu me internei sem ordem dele. O Rubens me tirou de lá do Hospital.

A entrevistada conta que trabalhava numa clínica ortopédica e por conta do seu adoecimento está afastada do emprego. Hoje ela realiza tarefas domésticas em seu cotidiano:

Ah! Eu gosto de fazer comida, de fazer tudo na casa! Limpar casa, lavar! Tudo o que uma mulher faz, eu gosto de fazer! Lavar roupa, passar roupa, arrumar cozinha, fazer almoço, janta! Faço tudo! Meu dia-a-dia é meio agitado. Eu levanto de manhã, eu lavo roupa. Ponho no varal, eu recolho e vou passar. Depois eu vou assistir uma novela, vou ver uma amiga que nem a Bel. Eu converso com ela todo dia. Mas hoje, eu não conversei com ela nenhuma vez. Tem uma outra vizinha a Margareth, irmã da Igreja que eu converso todo dia. Nova Canaã. Presbiteriana de Araraquara. Eu não sou presbiteriana, mas eu frequento a Igreja. Se eu tô boa eu vou na Igreja, senão eu oro em casa.

Iolanda quando fala sobre seu futuro, demonstra preocupação em ter sua própria casa:

Eu quero coisa boa pro futuro! Assim, ter o meu filho do meu lado, as minhas filhas do meu lado, me dando apoio que nem tãõ me dando. Ter uma casa boa pra eu morar.

A história de Vera

Por sua vez, Vera conta também ter sofrido violência durante seu casamento com um homem que diz ser “macumbeiro”. Segundo a entrevistada, ele a agredia por estar possuído por espíritos malignos:

Ele batia em mim! A troco de nada! Eu aprontei bem a cara dele com as minhas unhas que nessa época ele morava na casa do meu pai! Dei um ponta pé grande no traseiro dele e ele foi embora! A macumba, a coisa ruim que tava dominando a cabeça dele! Você tá entendendo? Coisa ruim, o Maligno tomava conta do corpo dele possuía ele, pra ele me bater!

É o seguinte, ele me batia e eu via que eram coisa malignas que possuía o corpo dele, pra ele me bater! Tanto é que eu tava grávida de dois meses e perdi a criança de tanto apanhar dele! Eu sangrando na rua, e ele pegando cana e me tacando na minha testa e o sangue descendo por debaixo.

As agressões que sofria do ex-marido a levaram a ter um aborto:

A segunda eu perdi de dois meses, ainda era feto, não era criança, mas eu perdi na pancada! Ele me batia porque eu não obedecia ele! Obedecer no quê?

Vera atribui sua “perturbação” ao fato de ter sido espancada por seu ex-marido:

Por que você ficou doente? O que aconteceu?

Porque eu separei, eu precisei me separar do pai dos meus filhos! Depois eu fiquei doente de tanto ser espancada, de tanto... Você tá entendendo? Tanta coisa na minha cabeça que eu fiquei perturbada! Eu era novinha, eu era menina nova quando eu fiquei doente!

Vera explica seu sofrimento psíquico através de um discurso religioso. Para ela sua “perturbação” seria oriunda do “Mal” e do “Maligno”:

Você ficou doente?

Perturbação. Tinha um lado bom que falava em Deus, tinha um lado ruim que falava do Maligno. Um lado bom que falava em Deus, um lado ruim que falava do Maligno! Eu cheguei ao ponto de desacatar o Maligno! Desacatar! Xingar ele! Desacatar, falar que eu não tinha medo dele! Aí, as coisas foram piorando, piorando e eu chamando por Deus! E aquela perturbação na minha memória!

A religião aparece também como uma forma de buscar alívio e conforto e, em certa medida, o controle do sofrimento psíquico:

Que missão?

Ah! A minha missão, bem, é vencer o Mal! Vencer atribulações que aparecem na minha vida! Vencer tudo! Ser vitoriosa! Que Deus dá o espírito pra gente, pra ajudar a gente! Se a gente não fortalecer o espírito vai pra “cucunha”! Entendeu?

Hoje vivendo sozinha e longe de seus filhos que moram com seu irmão, contou que gostaria de se casar de novo e ter segurança material para sua velhice:

Você tem algum sonho?

Casar de novo! Viver sozinha pro resto da vida... Viver sozinha não é ruim de tudo, mas viver com um companheiro melhor ainda né! A gente tem o apoio, a compreensão, o carinho, uma cabeça a mais pra dividir os problemas! Eu não tô velha assim pra não casar de novo, né?

Como é que será meu futuro? Será que vai ser só o caixão? Morrer pra vida eterna! Será que isso meu futuro? Será que eu não vou ter um futuro brilhante antes de morrer pra vida eterna? Ah! Ter sossego, tranqüilidade, paz e harmonia! Ter o suficiente pra comer, pra vestir, pra calçar! Ter sossego, ter alegria! Guardar dinheiro na poupança pra minha velhice! Mas, eu ainda não consegui pôr mais dinheiro na poupança... Ser feliz, bem! Nem que seja pra ser sozinha! Ter tranqüilidade, ter sossego, ter alegria. Ter o que comer, vestir e beber. Não precisa ser milionária pra viver feliz!

Vera assim como Iolanda se ocupa em seu cotidiano dos afazeres domésticos, de suas "obrigações":

Chega de noite, eu ligo minha televisão, assisto as minhas novelas, escovo meu dente, tomo banho e blá, blá pra cama! Chega de dia, durmo um pouco de dia quando não tem lugar pra ir ou faço minhas obrigações, limpo a casa, faço comida...

Ainda, a entrevistada revela ser sua amiga Cleuza a responsável por seu cuidado:

Quem te trouxe aqui no Caps?

A Cleuza! Foi ela que insistiu pra aqui vim no CAPS! Mas a minha melhor amiga é a Cleuza! Porque ela me ajuda em tudo, me traz no médico, me faz eu tomar remédio, vai comigo receber a aposentadoria... Ela cuida de mim. De vez em quando eu passeio com a minha colega, vou em baile! (rs) Tem uma coisa, eu gosto muito de beber! Mas a Cleuza não deixa! (rs)

Que medicação você toma?

Você sabe que eu não sei nem os nomes da medicação? Porque é a Cleuza que dá! Eu sei que eu tomo um remédio amargo que nem fel! Nossa! Eu tomo até com leite. A minha vida já é amarga e mais amarga fica com esse remédio! Eu tomo injeção Haldol.

Vida amorosa e sexual e vida profissional – solteiras jovens

Carolina, Gisele, Flávia têm em comum o fato de não terem se casado. Isso não quer dizer que não tenham vivenciado algumas experiências amorosas no decorrer de suas trajetórias de vida.

Todas as três entrevistadas possuem ensino superior completo e pertencem às camadas médias urbanas.

É possível constatar em suas falas a importância atribuída à esfera profissional como meio de realização pessoal. As três entrevistadas desejam passar num concurso público e lecionar.

Este fato pode ser explicado a partir das mudanças nos papéis de gênero em nossa sociedade brasileira contemporânea

por segmentos da classe média escolarizada que são decorrentes, nos últimos trinta anos, da ideologia do igualitarismo e da conquista do espaço público.

A crise ou “surto psicótico” fez com que as três entrevistadas parassem, por um tempo, de estudar e fossem internadas em instituições psiquiátricas.

Todavia, é interessante ressaltar que Carolina, Gisele e Flávia, mesmo com o adoecimento psíquico em curso, lograram terminar o ensino superior e demonstram preocupação com suas carreiras profissionais.

No entanto, vale lembrar que as mudanças nos papéis de gênero são sempre acompanhadas por permanências. Neste processo ambivalente de mudanças e permanências, os papéis tradicionais de gênero tiveram um “efeito protetor”, uma vez que a condição de “filha” dentro do espaço doméstico é tolerada pelos pais e pelo entorno social. Ser filha e estar doente dentro da esfera privada não resulta numa condição de total incapacidade. Dentro do convívio familiar, estas se encarregam da consecução de algumas tarefas domésticas, sendo “tolerada” a incapacidade momentânea para os estudos ou atividade profissional.

Desta forma, verifica-se que, ao contrário, dos homens deste mesmo segmento social, no caso das mulheres não há uma cronificação imediata da identidade de doente e, portanto, se estabelece a possibilidade destas de seguir seus projetos pessoais após os momentos de crise.

Em seus relatos, Gisele e Flávia buscaram no discurso religioso uma explicação alternativa e até mesmo “desafiadora” ao discurso psiquiátrico.

Gisele conta que ficou doente porque “estava sem alma” e foi através da ajuda de Deus que obteve uma melhora em seu quadro clínico. Ela relatou os impasses que teve com sua médica psiquiátrica que não aceitava sua própria explicação para seu adoecimento psíquico.

Flávia, por sua vez, encontrou na doutrina espírita uma explicação convincente para seu adoecimento. Atribui ao “assédio espiritual” a razão que a levou a parar de estudar e ser internada e, desta forma, refuta o diagnóstico que lhe foi atribuído de esquizofrenia.

Carolina explica a trajetória de seu adoecimento psíquico a partir do histórico de sua sexualidade. Em sua infância contou ter sofrido abuso sexual por parte de seu padrasto. Contou haver se masturbado junto com uma prima, que pensou na época ter abusado sexualmente desta. Já durante a adolescência, relatou outro episódio de abuso sexual durante um baile com um homem mais velho. Em outro momento, quando iniciou sua vida sexual com um familiar do sexo masculino, relatou ter sentido muita culpa e vergonha nessa experiência a qual teria antecedido sua internação psiquiátrica.

A história de Carolina

O relato de Carolina traz à baila a questão do abuso sexual vivenciado na infância:

Eu tenho passado meu... Quando eu tinha 7 anos de idade, o padrasto meu passou a mão em mim...

Quando se refere à adolescência, Carolina conta as implicações do abuso sexual na trajetória de sua sexualidade, a partir de um episódio em que se masturba diante de sua prima e o enorme sentimento de culpa gerado por este fato:

Na minha cabeça eu tinha abusado dela... Eu não tava fazendo absolutamente nada com ela. Por que o que tava fazendo na hora? Eu não sei por que eu tenho vergonha de falar... Não? Eu estava me masturbando... Sabe, quando se masturba? Cruza as pernas... Aí, ela tava brincando, foi isso que aconteceu... Não? **(Não precisa ter vergonha)** Eu estava me masturbando... Sabe, quando se masturba? Cruza as pernas... Aí, ela tava brincando, foi isso que aconteceu...

Carolina relata outro episódio de abuso sexual, agora já na adolescência. Ela conta que foi num baile e dançou com um “senhor bem aparentado” o qual a teria abusado sexualmente:

Aí teve um dia que eu tinha de ir num baile, minha tia me convidou pra ir que teve no Melusa. Eu fui, até que minha mãe insistiu pra eu não ir nesse baile, porque ela achava que era muito perigoso pra mim ir no baile, mas eu quis ir mesmo assim. Aí, minha mãe falou tira o colete, eu fui sem o colete **(colete ortopédico para corrigir um problema de coluna.)** Aí, um senhor tirou eu pra dançar, aí ele começou a subir meu macacão e começou a passar a mão. Só que daí ele queria continuar, eu sai de perto, parei de dançar com ele e

fiquei naquela de eu conto ou não conto. Eu até pensei de contar pra psicóloga na época. Só que aí eu tive vergonha e não contei (...) Eu não contei pra ninguém, ninguém sabe dessas coisas, só a minha irmã (...) Era um "senhor bem aparentado", começou a passar a mão em baixo...

Carolina relata que durante sua adolescência foi apaixonada por um primo. Para a depoente, o fato de não ter sido correspondida por ele teria sido responsável por um quadro de depressão:

O problema de saúde levou à baixa auto-estima e ocorreu o fato também que comecei a achar que eu não ia ser aceita por ninguém, que eu não ia ter namorado. Eu até gostava de um primo e eu tinha medo de chegar perto dele. Ele até me desprezava, no fim eu queria mesmo era ter mais uma amizade com ele. Então, eu acho que eu comecei a ficar triste, com depressão, por causa disso. Eu não conseguia me relacionar com amigos e nem com a própria família, começou a acarretar em baixa auto-estima.

A confusão, o temor e a culpa, tudo gira em torno da questão da sexualidade na entrevista de Carolina. O sentimento de culpa que aparece a cada momento em que teve contato de caráter sexual com homens. Ela associa o episódio do baile como uma tentativa de "culpar alguém", "descontar pra alguma pessoa" e neste caso seria seu primo:

Descontar pra quem?

Pro meu primo que eu gostava muito dele, né. Só que depois eu comecei a me sentir suja porque eu tinha feito aquilo porque eu deixei fazer aquilo, né. (...) Eu gostei muito tempo dele desde os 10 até os 15 anos de idade. Ele tentou ficar comigo só que na época eu era muito inocente, eu não sabia o

que era ficar e disse que eu não queria (...) Queria mesmo estar na festa de aniversário dele, tudo isso foi um dia antes de eu ser internada. Depois deu o piripaque em mim (...).

Este teria sido o momento que antecedeu sua crise que a levou ser internada. Seu primo aparece em suas alucinações:

Nesse dia, eu comecei a ter alucinação, pesadelo, pensei que o mundo tivesse acabado, fantasiava umas coisas, né? Aí, eu via meu primo numa academia cheia de pombo (...)

Antes de ser internada por sua mãe após uma crise, Carolina disse ter se "sentido suja" por ter tido contato sexual com um parente em uma festa. Nota-se a importância da dimensão afetiva sempre associada à culpa e a repressão de sua sexualidade:

Já com uns 17 anos, eu tava naquela fase de não saber o que eu queria fazer, tinha baixa auto-estima, o pessoal tirava sarro de mim. E aí a gente foi numa festa de família, e aí apareceu um sobrinho da minha tia por parte de mãe (...) Ele pegou, me tirou pra dançar, só que ele começou a fazer gesto comigo, a se esfregar, eu achei estranho (...) Aí, ele me pegou e apertou eu contra ele (...) Aí, eu comecei a sentir o "órgão" dele, sabe? (...) Eu comecei a falar, aí! Depois, ele parou (...).

A preocupação com preservação de sua virgindade aparece quando a entrevistada precisou ir ao médico ginecologista em virtude desse contato sexual:

No outro dia, eu fui na academia e comecei a sentir muita dor na parte genital.

Por quê?

Ele me empurrou, assim perto dele, chegou a entrar um pouco, depois parou pelo que eu lembro. Começou, mas terminou na hora, sabe? Acho que é por causa daquele movimento, eu comecei a sentir dor. Só, que eu senti que eu tenho a virgindade no corpo ainda e tal, né? Começou a dar muita coceira, eu achei que tava com piolho. Tanto é que eu taquei *dermacid* em cima. Só que ficou doendo muito, eu lembro que na hora que ocorreu isso, eu estava meio com sono, sonolenta, né? Aí, eu fui na ginástica, começou a arder na hora de ir pro aparelho de bicicleta, depois começou a vir um corrimento com coceira e minha mãe me levou a um ginecologista. Ele perguntou se eu tive contato sexual, eu falei que não, eu tinha vergonha de falar que ocorreu essa coisa comigo... Ele falou que era fungo e me passou *dermacid*. Hoje eu estou fazendo tratamento pra candidíase (...)

No final de sua entrevista, Carolina nos conta que teve um namorado no CAPS, mas fez questão de deixar evidente a ausência de relação sexual:

(...) Eu namorei com uma pessoa aqui do Caps, né? Dois meses com ele, mas eu nunca transei não, namorar, beijar, sair (...)

Carolina revela que se ocupa de afazeres domésticos em seu cotidiano, todavia é interessante ressaltar que quando indagada acerca de seu futuro, há a centralidade de suas ambições profissionais em detrimento do desejo de constituir uma família. Dessa forma, verificam-se as transformações nas prescrições sociais de gênero nesse segmento etário:

Eu acordo de manhã, faço minha oração, o Evangelho, sou espírita. E caminho no parque todos os dias de manhã, faço ioga em casa todos os dias, arrumo casa porque meus dois

pais trabalham, arrumo a cozinha, de vez em quando eu faço alguma mistura, às vezes eu faço o café, estudo. Agora eu estou estudando porque sempre quando tem um concurso eu presto e minha meta é arranjar um emprego... O meu objetivo profissional? É passar num concurso, arrumar um emprego pra fazer especialização em psico-pedagogia e depois fazer um mestrado. Ah, eu quero nada mais nada menos ser uma pessoa normal, né? Eu quero que eu conquiste meu futuro profissional, né? Como pessoa, né? É consiga dinheiro, se eu me casar legal, mas se eu não me casar, não vou me sentir sozinha e tal... Talvez ter filhos...

A história de Gisele

Gisele, por sua vez, nos conta que até os 16 anos, quando foi diagnosticada com TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo) levava uma "vida normal", o que para ela significava ter uma vida social e se relacionar amorosamente com rapazes de sua idade:

Eu tinha uma vida normal, ficava com os meninos! Aí, com 15 anos eu tive um namorado. E eu fiquei com ele uns três meses. Ele tava meio estranho, diferente comigo... Eu falei algumas coisas pra ele, aí ele ficou chateado. Ele não gostou do que eu falei. Eu não pensava que eu podia ir atrás dele, pra gente entrar num acordo. Eu fiquei meio deprimida porque eu gostava muito dele! Daí, eu esqueci um pouco dele. Com 16 anos, eu comecei com TOC (Transtorno Obsessivo - Compulsivo).

Assim como Carolina, Gisele atribui ao fato de não ter um namorado uma conotação de descumprimento de uma expectativa social e certo fracasso pessoal:

Eu tava bem, mas eu sempre tinha os meus conflitos!

Que tipo de conflitos?

(silêncio) De não sair inferior aos outros! Por eu ser muito tímida! E sempre achava que eu tava errada! E tinha muito nessa época, aquele negócio de ter namorado! Eu sentia que as pessoas me rebaixavam por eu não ter namorado! E tinha uma moça que ficava falando do marido dela! "*Aí, meu marido! Aí, meu marido!*" Eu sentia que ela era melhor do que eu, eu não sou tão bonita como ela. Eu me sentia inferior.

A fala de Gisele permite verificar a dimensão que o desempenho da vida amorosa assume no caso das mulheres em que a necessidade de se sentir aceita, de alguma forma, se reflete na importância de se ter um namorado durante a adolescência.

Todavia, em seu relato aparece também uma inadequação as expectativas sociais de estudar e trabalhar, assim a não realização de um novo papel de gênero atribuído às mulheres, a saber, a do exercício de uma profissão:

Eu larguei a Faculdade! Meu pai falou que eu precisava trabalhar! Eu não sei... Começou um sentimento diferente comigo... Parecia que eu tava me conhecendo mais. Aí, do lado da minha casa tava construindo. Eu sentei no meio da areia com o meu cachorrinho. (rs) Um monte de gente ligou pro meu pai: "Que a sua filha tá fazendo lá?!" Eu tava adorando, né?! (rs) Começou a passar um monte de carro! As pessoas condenam as coisas diferentes que a gente faz! Entendeu? Eu tava adorando! Eu tava fazendo mal pra alguém? Eu não tava fazendo nada de errado! "Sua filha tá louca?" Coitado do meu pai! Ele foi me procurar, me colocou dentro do carro. Ele me

trouxe pra casa. Eu comecei a me sentir diferente assim... Eu tava me sentindo mais livre! Sabe? Sentindo prazer nas coisas que eu fazia! Diferente da normalidade! Porque na sociedade todo mundo é normal, faz o que os outros mandam! Eu percebi que eu tinha que fazer o que me deixa feliz e não o que os outros mandam!

Ainda no trecho acima, verifica-se o sentido de transgressão que a loucura confere aqueles que fogem dos padrões tidos como normais pela sociedade.

Em vários trechos de sua entrevista, Gisele aborda a questão da "perda da identidade". Para a depoente o seu sofrimento psíquico a levou a não mais se reconhecer como a mesma pessoa, traduzido como "perda da identidade". É interessante notar a correlação que ela estabelece entre perda da identidade e perda da alma:

Eu não me vejo mais com **Gisele**. Nem como uma outra pessoa! Eu não sinto prazer em nada, eu não tô achado graça... Eu tô vivendo sem significado! Porque se você pensar um pouco, se você não tem um mínimo de prazer em viver, se a vida se torna um peso, a vida é sofrimento, não é mais vida! Porque a vida que Deus dá, é uma vida com prazer! Eu cheguei à conclusão que tô sem alma! Eu falei pro médico que eu tava sem alma! Aí, ele me deu outro remédio. Não tava adiantando nada. Eu entrei numa vida horrível, uma vida de tortura! O prazer acabou! Eu falei pra minha mãe: "*Mãe! Eu tô assim, tô assado...*" Mas ela falou: "*Eu nunca vi isso!*"

Dessa forma, o relato de Gisele aborda também a explicação religiosa como um contraponto ao discurso médico para explicar o seu adoecimento psíquico e a possibilidade de

uma cura. Para a informante, o adoecimento psíquico implicaria na perda da alma que somente voltaria com a ajuda de Deus:

Eu pensava que eu podia tomar todos os remédios do mundo que minha alma não ia voltar! Eu me sentia como se eu fosse uma vida orgânica, a vida da carne, só o meu coração batia, eu não tinha alma. Uma pessoa não pode estar viva sem alma! As pessoas não entendem que uma pessoa pode estar viva e sem alma. A Igreja não entende! Nunca ninguém aceitou que eu tava viva sem alma! As pessoas falavam: "É claro que você tem alma, senão você estaria morta! Mas, era uma força sobre humana pra eu achar alguma coisa dentro de mim! Nem rezar eu rezava! Não tinha mais essa ligação! Aí, eu comecei a freqüentar os grupos do Caps, eu contava isso pras pessoas, ninguém acreditava. A psicóloga falava, todo mundo falava e nada melhorava!

Gisele, em outros momentos de sua fala, demonstra um conflito entre aceitar o tratamento psiquiátrico como responsável por sua melhora e a explicação religiosa para seu quadro:

Só que até hoje eu falo que não foi o remédio! Parece que aos poucos minha alma foi voltando, eu comecei a fazer minhas atividades, eu comecei a ir na casa da minha colega que eu conheci no Caps...

Aí, eu continuei mal, a Dra. Kátia fez várias trocas de remédio, né? Aí, ela falou de um remédio novo... Eu tava ainda mal, mas eu não sei... Eu tava mal sim! Eu falava: "Ah! Eu quero Eutanásia! Eu não mereço esse sofrimento!" Ela me deu outro remédio e eu pensava como uma coisa química podia me fazer melhorar! Um remédio vai me fazer melhorar?! Sendo que as pessoas só melhoram se tiver ligação com Deus! Se tiver

alma!"Mas mesmo assim, eu tomei o remédio! Devagarzinho eu comecei a me sentir aliviada! Eu queria a Eutanásia, eu sonhava que eu ia no postinho e que ali era o lugar da Eutanásia! Como eu ia viver uma vida sem prazer? Nada te satisfaz? Nada te motiva? Se eu morresse meu sofrimento ia acabar. Eu passei a tomar o remédio e eu me senti mais aliviada!

Que diagnóstico a Dra. Kátia deu?

Deixa eu pensar um pouco... Porque meu problema foi muito difícil pras as pessoas entenderem. Elas não concordavam com esse negócio de eu não ter alma. Ela achava que tinha pensamento repetitivo. Ela me deu remédio pra controlar meus pensamentos. Na verdade ela tava errada, né? Se eu for ver a verdade, o que eu a passei, eu tava sem alma!

Hoje eu levo uma vida tranqüila, com harmonia, eu não tenho mais conflitos. Depois que eu passei por isso, de não ter mais alma, eu passei a ver o valor da vida. Se você tem medo de algo, peça pra Deus!

Qual é a sua religião?

Católica. Quem me melhorou foi Deus!

Ainda, o relato de Gisele, reproduzido a seguir, traz à luz, a questão do estigma atribuído à internação psiquiátrica:

Eu ligava e pedia pra ir embora. "*Eu não agüento mais!*" O médico não queria que eu fosse embora! Meu pai chorou! Coitado! A filha dele num Hospital Psiquiátrico! Ele me deu de tudo! Falou com o médico. Aí, eu vim embora! Ah! Foi um alívio! Aí, eu me senti um pouco melhor.

Assim como Carolina, Gisele manifesta seu desejo em crescer profissionalmente e não se refere aos papéis

tradicionais de gênero (mãe e esposa) como objetivos a serem perseguidos para seu futuro:

Em 2006, eu terminei Pedagogia na Unip! Hoje eu faço habilitação pra dar aula! Agora eu gosto de estudar! Eu voltei a ter alma. Eu me reconheci de novo como Gisele.

O que você espera para o seu futuro?

Dar aula pra crianças de primeira até a quarta – série.

Você tem algum sonho?

Ah! Eu podia construir uma casa do jeito que eu quero!

A história de Flávia

Flávia relata o momento exato do início de seu adoecimento psíquico que ocorreu enquanto cursava a Faculdade de Química:

Em 94 foi quando eu tive minha primeira crise, né? Então, eu passei muito mal, eu tava no segundo ano de Química, eu tive que parar com a Faculdade.

Ela descreve sua primeira crise como se fosse um “Black out”, um momento de transformação radical de sua vida em que precisou trancar a Faculdade:

Eu tava num ritmo muito bom, eu acho que se eu tivesse continuado naquele ritmo, sem ter dado aquele *black-out* total, porque quando deu a crise, minha vida parou. Eu só pensava em morrer, quer dizer, foi uma coisa horrível na minha vida, né? Aí, depois e peguei, voltei no ano seguinte pra Faculdade, mas não era a mesma coisa, eu não tinha mais o mesmo pique pra estudar, tomando remédio, né?

Noutro trecho de sua entrevista, a informante revela que sofria com “assédio espiritual”, este responsável por seu adoecimento psíquico:

Que religião você é? Eu sou espírita, então eu tinha muito assédio espiritual. Hoje eu melhorei bastante, mas eu tenho ainda espíritos que me perseguem. Então, na época eles me solicitavam bastante, sabe? Eles queriam me prejudicar, foi duro pra mim porque aí, comecei um tratamento espiritual e melhorei.

O relato de Flávia traz à luz, a doutrina espírita como um discurso que se contrapõe ao discurso médico para explicar seu adoecimento. Ela contesta o diagnóstico dado a ela pela psiquiatria de esquizofrenia, ao afirmar que seu problema é de origem espiritual:

Olha, os doutores, eles acreditam que seja problema de esquizofrenia, né? Que é uma crise de esquizofrenia. Eu vou ser sincera com você, disse que todo esquizofrênico diz que não é, né? Mas, eu acredito que eu não sou não. É problema espiritual isso. Mas, eu não tenho como provar isso que é um problema espiritual, você entende? Aí, eu tenho que... Eu tomo remédio pra manter o equilíbrio dentro de casa, mas eu paro de tomar o remédio eu passo bem! (rs) É verdade!

Dessa forma ela questiona a necessidade de tomar a medicação prescrita pela psiquiatria, em suas palavras:

Olha, eu era assim muito perturbada, muito perturbada espiritualmente. Aí, eu acredito que nessa fase os espíritos me atacavam, mas muitos espíritos me derrubavam. Agora, eu não tomava remédio e eu passava bem pra “caramba”! Por

isso eu tô te falando, não precisa de remédio... A Dra. Kátia “taca” remédio, mas não precisa! Não conta pra ninguém não! Não, não! Não precisa de remédio! Agora eu tomo pela minha mãe que já é velhinha. Ela pediu pelo amor de Deus pra eu tomar o remédio, pra que eu não entre em crise novamente. Mas eu acredito que o meu problema é espiritual, viu? É espiritual mesmo! Não tem nada de orgânico! E tem muito gente por aí no mesmo caso do que eu que não tem nada de orgânico. É inimigo de outra vida que vinha atacar a gente que vem tirar o sossego da gente.

Contudo, ela conta que segue com a medicação, pois se sente pressionada por sua família a trabalhar. Assim, a informante admite seu problema de saúde para seus familiares, a fim de preservar sua “identidade de doente” e diminuir as expectativas sociais:

Agora, eu vou te confessar uma coisa porque eu luto pra mim não parar de tomar remédio. Uma, é que eu não vou conseguir nada, esse é o primeiro ponto. E o segundo ponto, porque tem meu irmão também, né? E meu irmão cobra muito de mim. Então, eu tomando remédio é uma desculpa que eu tenho um problema de saúde. Então, ele cobra menos. Se eu não tivesse esse problema, taxado de esquizofrenia, eles iam fazer com que eu me virasse, mas eu não sei o que eu faço, sabe quando você tá tonta? Não dá... Indústria também não dá. Única coisa é prestar concurso, né? Você sabe o que eu que daria certo pra mim? Mas, eu tenho vergonha de falar... (rs) Arrumar um tonto que casasse comigo e me sustentasse! (rs) Aí daria certo! (rs)

É interessante notar na fala de Flávia como a doutrina espírita consegue justificar certos comportamentos, como o de “falar sozinha” que consiste num dos sintomas da

esquizofrenia. Ela conta que costuma conversar com seu “protetor espiritual”:

Quando eu estou sem pessoas por perto? Ah! Eu fico conversando com meu protetor, eu fico dialogando horas e horas com ele. Mas, isto tem que ser escondido porque se a minha mãe vê, ela vai achar que eu tô em crise.

Ah, ele dá conselho... Ele falou pra mim que eu não vou ter uma vida muito longa aqui na terra, porque minha missão tá no fim já. Mas o pouco que eu viver eu tenho que viver com dignidade, com respeito pelo próximo, com respeito por mim mesma, com muita fé e com muita confiança, mas que a minha vida não vai ser muito longa não. Ele falou pra mim. Ela **(sua mãe)** entende que ele existe. Ela respeita o meu protetor. Eu conto as coisas dele pra ela, as coisas que ele me fala, mas minha mãe não pode me pegar falando sozinha. Porque um dos sintomas da esquizofrenia é falar sozinha. Eu posso falar em pensamento, mas não é gostoso, eu gosto de falar em voz alta, assim ele conversa comigo também! Então a gente conversa horas e horas... Nossa, mas é uma delícia conversar com ele! Ele é muito instruído!

Ainda na entrevista de Flávia, é interessante notar a associação que ela faz entre um amor platônico vivido por um homem casado, para a mesma, sinônimo de “sensualismo” e o assédio espiritual sofrido. Este seria o responsável por seu estado emocional:

Porque eu acredito que é assim, a gente dá abertura pra esses espíritos e eles então vêm pra perturbar a gente. A abertura são os defeitos da gente: ódio, inveja, ciúmes, entendeu? Sensualismo... Eu andava com umas coisas na cabeça que não era boa...

Ah, pensava em homem casado, só queria homem casado, se fosse solteiro eu não queria. Não interessava, podia ser velho o que fosse. (rs) E eu acredito que eu baixei meu nível. Aí, eles entraram de novo. Ah! Mas, é duro, viu? Tá louco!

Ah! Mas eu não falei uma coisa tão importante! (fala) Eu tive um amor platônico, por "um tal" de Edson! Oh Anna? Foi um amor arrebatador! Que não virou nada! Não passou da fase conspiratória! (rs) Mas eu não esqueci o cara... Agora eu esqueci. Eu pus na cabeça que eu ia casar com ele, que eu ia ter filho com ele, e ele não quis ter nada comigo. E eu amava ele, de paixão!

Mas, ele não quis nada comigo! Nada! Nada, nadinha! Amor Platônico... Aí, ele casou e assim mesmo eu continuei gostando dele. Sabe um amor doentio? Terrivelmente doentio? O cara não queria nada comigo, custava eu me tocar que ele não queria nada comigo. Eu achava que ele era o perfil do homem ideal! (rs)

Quando eu descobri que eu era mais uma eu fiquei super triste, mas mesmo assim eu continuei, entendeu? Eu queria casar, ter filhos...

Quando indagada sobre o que seria sofrimento, Flávia reafirma a relevância da dimensão afetivo-amorosa como fonte de explicação para sua vivência:

Sufrimento é uma dor que pode ser de duas causas, uma dor física e uma dor moral. E o sofrimento moral, na minha opinião, é que o destrói a gente mais rapidamente. Uma frustração amorosa... É muito difícil! Você vê o homem que você ama nos braços de outra? Com filhos nos braços?! Quem você acreditou que pudesse casar com você?! Então é difícil, né? Mas uns tempos atrás, eu sofria pelo Edson, com o ataque obsessivo dos espíritos...

Dessa forma, ela revela que tentou o suicídio devido ao "assédio espiritual" e ao "amor platônico" que sentia:

Suicídio. É uma coisa terrível, né? Porque os obsessores queriam levar eu pro suicídio. Loucura, alienação total e aí, você acredita que uma vez, eu me joguei em frente de um carro? Por causa do Edson. Foi assim, eu sempre tive esperança. Mas, aí eu liguei, ele foi super grosso comigo, me tratou super mal, me tratou como um lixo! Aí eu fiquei doente... Eu fiquei mesmo! (rs) Foi quando eu fui internada no Caibar e depois em Santa Rita eu melhorei. Foi por causa dele que eu fui internada, não foi por causa da esquizofrenia, foi por causa dele! Mas a minha mãe acha que o meu amor por ele é um sintoma de esquizofrenia. (...) Como se o mundo tivesse acabado pra mim...

Também, aparece no relato de Flávia a questão da timidez ao narrar sua adolescência e o período em que cursava a Faculdade de Química. Com ironia, ela conta que teve em toda sua vida apenas um namorado:

Aí, com 16 anos... Namorar... Chuta! Quantos você acha que eu tive até hoje? Chuta! **(Uns dois)** Um namorado só! (rs) Eu tava na Faculdade, eu tinha 27 anos. Eu sempre fui na minha e hoje em dia os homens são voltados pro eu deles, sabe? Eles são egoístas, egocêntricos, só que usar, abusar, largar e tchau! Eu não gosto disso, eu acho que tem que ter um relacionamento onde os dois se amem, se respeite, e isso, eu não encontrei nos homens que eu conheci. Então, nesse lado eu sou reservada...

É interessante ressaltar no relato de Flávia como ela descreve minuciosamente seu cotidiano após seu adoecimento. Este é marcado por atividades domésticas, estudos e trabalho

assistencial numa instituição de caridade espírita de Araraquara:

Então, eu acordo cedo, tomo meu café da manhã... Depois têm dias, não é todo dia... Eu faço caminhada com a minha mãe... Depois eu faço algum "servicinho" pra ela... Eu estudo um pouquinho... E agora eu tô estudando. Não sei se você ouvir falar? Porque eu prestei vestibular agora pra enfermagem na Federal, estudei! Fiz 6 meses de cursinho de "Intensivão", mas eu peguei... Tinha 600 vagas, mas eu peguei trezentas. Não consegui. Não sei se você ouvir falar do financiamento do Governo? O Pró-Una, já ouviu falar? Se a gente prestar o ENEM, aí eles dão um abatimento na nota. Então, eu tô estudando, estudando Física, Química, Matemática... Então, eu faço isso... Esse ano eu vou ficar com essas três matérias, mas ano que vem eu tentar Psicologia. Mas eu não tenho certeza ainda se vai dar certo... Aí depois se não der, eu vou pegar uns livros de Matemática, porque eu sou ruim de Matemática, embora eu tenha feito Química, eu sou ruim de Matemática. Segunda-feira, eu vou na Dona Leila no tratamento espiritual que eu tô fazendo. Na terça-feira, eu tô na Casa Ari, a Casa Ari é uma casa de criança... Reforço escolar pra criança carente. Eu conto estória e eu dou trabalho pra elas fazer. Isso é na terça-feira. Na quarta eu venho aqui. Na quinta... O que eu faço na quinta? Na quinta, eu não faço nada o dia inteiro, fico estudando, ajudando minha mãe, dia de limpar a casa. Depois na sexta à tarde, tem o cinema da Unip, aí eu vou... Então, eu sinto prazer em fazer uma panela de arroz quanto minha mãe pede, em abrir o portão quando meu pai chega de carro. Eu vejo prazer nisso, entendeu? Eu acho que a vida, ela não é apenas coisas vultosas, coisas maravilhosas, coisas grandiosas, são as pequenas coisas que a gente tem que valorizar. Porque nem todo mundo nasceu pra ser uma estrela, e é o meu caso, eu não nasci pra ser estrela. Então, eu tenho

que me contentar com as pequenas coisas que eu tenho. Por que já pensou se eu não tivesse as minhas duas mãos? Ou se eu tivesse “alocada” como eu tava naquele período? Eu não ia poder fazer uma panela de arroz pro meu quando ele chegar do serviço e comer, entendeu? Então, eu penso assim a gente tem que valorizar as pequenas coisas da vida da gente. Eu leio, estudo, faço um servicinho pra minha mãe...

Na entrevista de Flávia também fica evidente a importância da esfera profissional, quando relata seu desejo em passar num concurso. Todavia, a informante expressa seu desejo de morrer:

O meu sonho é passar num concurso, mas eu não sei se eu vou passar. É uma coisa incerta, entendeu? Não sei nem se eu vou passar, mas vou tentar. O que aparecer... Se desse pra entrar... A minha mãe fala até de servente de escola... (rs) Aí, eu não sirvo pra isso... Minha mãe teve uma época que ela queria que eu prestasse de servente de escola. (rs) Ah! Você sabe que o desemprego tá tão alarmante que até isso tá difícil!

O que você espera do futuro?

O futuro ele pode ser planejado, mas por mais planejado que ele seja, ele sempre vai ser uma incógnita porque ele não se efetivou ainda, né? Mas, o meu futuro, eu não sei como ele vai ser. Pode ser de várias maneiras, ou eu arranjar um curso, ou o que o protetor falou de eu ser chamada pra ir pra outra dimensão espiritual, um mundo talvez melhor. Ah, sei lá. Eu vou ser sincera. Eu gostaria mesmo de ir embora da Terra, ir pra outro mundo, mas não por suicídio que aí eu vou pra um lugar baixo. Eu queria ir pra um lugar bom, um lugar elevado, eu gostaria de ir sim.

Vida amorosa e sexual e vida profissional – solteiras mais velhas

Bárbara e Maria têm em comum o fato de nunca terem se casado e constituem o grupo de entrevistadas solteiras mais velhas. Na época da entrevista Bárbara tinha 43 anos e Maria 53 anos.

Ambas se aposentaram por invalidez em virtude do adoecimento psíquico. Dessa forma, o curso do adoecimento psíquico interrompeu a vida profissional anterior de Bárbara e de Maria. Porém, Maria relatou que se ocupa com a execução de trabalhos manuais e venda de produtos cosméticos.

No entanto, Bárbara pertence às camadas populares, estudou até o ensino fundamental e trabalhou como operária numa fábrica no município de Araraquara-SP. Ela situa o início do seu adoecimento psíquico enquanto estava trabalhando e desde a primeira crise não voltou mais ao trabalho. Não se casou e não teve filhos. Ela relata ter tido apenas um namorado durante sua vida e gostaria de “sara da doença mental” e voltar com o ex-namorado.

Já Maria pertence à classe média escolarizada, concluiu o ensino superior e trabalhou como professora do Estado. Para a entrevistada, o fato de ter sido mãe solteira na década de 70 numa família de origem japonesa e com valores tradicionais lhe causou grande sofrimento psíquico, desencadeando transtornos alimentares em sua juventude. Assim, Maria de alguma maneira sofreu as conseqüências de “contestar” os papéis tradicionais de gênero, quando se recusou a casar com o pai do

seu filho e buscar sua realização pessoal no âmbito da esfera profissional.

Porém, a perda de seu único filho num acidente de carro seria responsável pelo agravamento de sua saúde mental, quando iniciou sua trajetória de internações em instituições psiquiátricas.

Bárbara e Maria guardam más lembranças de suas internações psiquiátricas. Bárbara contou ter sofrido abuso sexual por parte de outros pacientes e Maria relatou as péssimas condições de higiene e os maus tratos sofridos dentro do Hospital Psiquiátrico Araraquarense. Assim, ambas as entrevistas ilustram as condições precárias e desumanas do sistema hospitalar psiquiátrico na cidade de Araraquara - SP.

Não apenas a vida profissional foi interrompida em virtude do adoecimento psíquico, mas também a vida amorosa e sexual de Bárbara e de Maria.

Bárbara demonstrou em seu relato a frustração que sente por não haver cumprido os papéis sociais tradicionais de gênero, a saber: o de mãe e o de esposa. Ela expressa seu desejo de "sara da doença mental" e voltar com seu ex-namorado.

As duas entrevistadas contaram que são cuidadas por seus familiares ao mesmo tempo em que se encarregam do cuidado destes. Bárbara é cuidada por sua irmã mais velha ao mesmo tempo em que cuida de seu irmão menor com Síndrome de Down. Maria, por sua vez, cuida e é cuidada por

sua mãe que já é idosa. Cotidianamente, ambas se dedicam aos afazeres domésticos.

A história de Bárbara

Bárbara em seu depoimento nos conta que ficou doente quando trabalhava na indústria de meias Lupo situada no município de Araraquara-SP. Segundo a informante, o barulho da fábrica e o cansaço a levaram a perder a audição e iniciou-se seu adoecimento psíquico. Chama atenção em sua fala a perda da identidade de trabalhadora o que para ela fez com que sua vida ficasse completamente diferente e “perdesse a noção da realidade”:

Eu trabalhava na indústria, mas antes da indústria eu trabalhava como babá, tomava conta de casa, trabalhei 10 anos sem registro (...) Depois eu trabalhava na indústria, eu era lá da Lupo, auxiliar de acabamento das meias (...)

Eu pensava em Faculdade, mas aí eu tive a crise e aí não deu mais (...) Eu tinha 15 anos, lá na fábrica (...) Muito complicado, é difícil de explicar, perdi a audição (...) Mudou tudo (...) Ficou completamente diferente a vida (...) Eu estudava e trabalhava (...) Eu trabalhava, fiquei cansada com o barulho na fábrica, excesso de volume (...)

Eu perdi a noção de tudo, não sabia mais nada (...) Perdi a noção de tudo, não sabia mais nada, perdi a noção da realidade (...) Não é como agora, era completamente diferente (...) Fiquei surda, perdi a audição (...) Era tudo esquisito, não

dava pra entender nada (...) Bloqueia não dá, não consigo (...) ⁸

Em outro trecho de seu depoimento, Bárbara disse que foi internada após entrar em crise e ter vontade de se matar:

Vai fazer 5 anos que eu fui internada (...) Minha irmã mais velha que me internou (...) Crise, doença, loucura (...) Andava com o cabelo despenteado, andava descalça, andava correndo, eu não tomava banho, não escova os dentes (...) Era uma loucura (...) Loucura, desespero (...) Era uma aflição (...) Eu não lembro, bloqueia de novo (...) Tem coisa que dá pra lembrar, tem coisa que não dá (...) Eu não pensava nada, não sabia nem o que eu estava fazendo (...) Suicídio (...) Eu tinha vontade de me matar (...) Eu não gosto nem de lembrar (...) Me cansa só de lembrar (...)

A informante descreveu o período em que ficou internada no Hospital Psiquiátrico Caibar Schutel do município de Araraquara-SP como sendo marcado por agressões físicas e por abuso sexual cometidos por outros pacientes:

Fiquei 8 meses no Caibar, 8 meses apanhando, eu ia morrer (...) Quando entrei apanhei de 40 pacientes, perdi os dentes (...) Soco, ponta-pé (...) Bater pra morrer, eu apanhava trancada (...) Não dava nem pra dormir (...) Perdi os dentes por causa das pancadas (...) Posso falar? A noite era uma bagunça (...) Os homens bagunçavam comigo (...) 50 em uma semana (...) Pode marcar (...) Abuso (...) Eu estava dormindo, aí eles entravam no quarto (...) Eu ouvi falar, será que é verdade? Será que eu vou ter coragem de contar? Agora eu contei (...) Pra abusar mesmo (...) A enfermeira chefe contou

⁸ O depoimento de Bárbara é marcado por inúmeras pausas. Para a informante, lembrar do seu adoecimento lhe causa um desconforto muito grande. Perguntei se ela gostaria de interromper a entrevista, mas consentiu em prosseguir.

e eu escutei (...) Eu estava dormindo, tentaram me enforcar (...) No outro dia eu sentia, muito peso no corpo (...) Acho que aconteceu com as outras também (...) Eram os pacientes mesmo (...) Era uma folia, uma pouca vergonha (...) O que ia fazer? Eu estava dormindo, não podia nem me mexer (...) Nunca fui de ter amiga paciente (...) Aqui⁹ estão os colegas. Lá não (...)

No relato de Bárbara também fica evidente a importância da dimensão afetiva como fonte de sofrimento, quando disse não haver esquecido um namorado com quem quase se casou:

Eu tinha um namorado (...) Eu não esqueço, está na cabeça (...) Minha irmã fala que é mentira (...) Adoro-o até hoje (...) Fica tudo na memória, ele não sai do pensamento (...) Amor impossível (...) Eu fiquei com ele 23 anos (...) Agora vai fazer 6 anos que eu larguei (...) Some daqui, não aparece mais aqui (...) Aí ele apareceu, eu o mandei embora, eu não quis mais (...) Ficava me iludindo (...) Futuro, uma casa, Uma filha (...) Fez-me de palhaça, me fez de tonta (...) Cada um segue o seu caminho, some, desaparece, não aparece mais (...) Ele era meu vizinho (...) Eu tinha 17 anos quando eu o conheci (...) Um sonho, nós dois juntos, casa, família, diploma (...) Eu não consegui ver ele na faculdade (...)

Ela contrapõe o tratamento recebido dentro do Hospital Psiquiátrico e o que recebe no CAPS de Araraquara-SP, aquele como um lugar desumano e esse como um espaço de sociabilidade e reinserção social:

Aqui é digno, é humano, o lugar é humano (...) Dignidade, humanidade e educação (...) Lá é uma falta de respeito (...) Uma vez, puseram folha no meu prato de comida (...) Por isso

⁹ Ela se refere ao CAPS.

é que eu não gosto de lembrar (...) Era verdade, era da realidade (...) Só comigo fizeram (...) Cada vez que sai de lá sai pior (...) Aqui eu faço aula de canto de terça-feira, teatro de quarta e oficina cultural. De sexta-feira eu vou lá na Unip, no cinema (...) Vai todo mundo junto, a gente se encontra aqui (...) Cada um vai pro seu lado na volta (...) O que eu mais gosto é de festa de aniversário (...) Eu gosto de dançar (rs)

O depoimento de Bárbara acerca de seu cotidiano destaca o papel de cuidadora atribuído socialmente às mulheres quando esta revela que é cuidada por sua irmã e cuida de seu irmão com Síndrome de Down:

Só casa, casa e Caps (...) Acordo às 07h00min horas (...) Remédio tomo sempre, arrumo o meu quarto, cuido da casa (...) A casa não, que é da minha irmã (...) Eu cuido do pedaço que é meu, do meu território (...) O fundo da casa é minha responsabilidade (...) Eu vejo o que está errado, arrumo a cama (...) Já faço um plano pro dia (...) O que eu quero fazer e o que eu não quero (...) Fumo o dia inteiro (...) Eu não minto, falo a verdade (...) Faço alguma coisa, fumo (...) Atendo telefone (...) Faço minha comida (...) Eu gosto de pilotar o fogão (...) À tarde, eu deito meia hora (...) Acordo vou arrumar a cozinha, vou pro tanque (...) A minha roupa quem cuida sou eu (...) Faço café pra mim e pra minha irmã (...) À tarde, eu fico com o meu "irmãozinho" caçula 38 anos, ele tem Síndrome de Down... Eu faço companhia pra ele e ele pra mim (...) Ele conversa pouco (...) Eu dou o banho da tarde nele, eu e minha irmã dividimos a responsabilidade de cuidar dele (...) Depois a gente fica na calçada, tomando um ar, fumando (...) Eu saio uma vez por mês, vou à cidade pegar o pagamento (...) Faz 15 anos que eu sou aposentada (...) Minha irmã cuida de mim e eu cuido do meu irmão (...) Eu dou o meu dinheiro pra ela (...)

Por fim, a informante deseja “sara da doença mental”, do transtorno bipolar grave e voltar com o “ex”:

Ficar livre do transtorno bipolar grave (...) Queria sara dessa doença mental, mas não tem cura (...) Continuar em frente (...) Sara da doença mental, ter uma casa pra mim e pra ele (...) Voltar com o ex (...).

A história de Maria

Maria conta em seu relato que em meados dos anos 70 ficou grávida enquanto cursava a Faculdade de Ciências Sociais e que não quis se casar com o pai de seu filho:

Minha mãe queria que eu casasse e eu não queria! O cara andava atrás... Eu fiquei meio perturbada.

Ela aponta que o fato de ser mãe solteira em família de ascendência japonesa consiste numa “desgraça” e que, portanto, sofreu discriminação:

Por isso quando acontece uma coisinha dessa, é uma desgraça muito grande em família de japonês! Minha família discriminava o povo da Faculdade e me discriminava também! Porque pra eles foi um choque também. Foi um baque! Porque até aquela época eu costurava... Pra eles foi um baque! Eu tinha 21 anos. Meninha! Mas, ele queria que tirasse! Mas, eu não queria tirar, né?!

Após isso, Maria conta que ficou doente e iniciou tratamento psiquiátrico para bulimia e anorexia:

Aí, eu fui arranjando aula no Estado, fui trabalhar... Antes do acidente, o Dr. Ubirajara me dava remédio, mas ele não acertava não! Ah! Eu vou te falar! Eu não comia e trabalhava e estudava... Acho que eu fiquei anoréxica! O Dr. Rafael escreveu assim num papel: bulimia e anorexia. Eu não comia!

É interessante observar como no relato de Maria, a importância da dimensão afetiva aparece na perda de seu filho que morreu num acidente de carro quando ainda era criança:

Aí, depois sete anos o menino morreu no acidente. Morreu ele e meu irmão. Os dois no mesmo dia na viagem, o carro capotou. Aí, foi a gota d'água. Aí, eu fiquei ruim mesmo.

Eu sofro porque eu acho falta do meu menino... Eu acho falta assim... A minha mãe já não é a mesma, ela tá mais velha... Assim, eu me sinto sozinha. Com tudo que eu tenho, que eu posso sair, comprar, gastar no supermercado, mas eu sinto falta do meu menino, ele era muito amigo. Até hoje, faz 30 anos, eu vou no portão a hora que ele chega, dou uma olhadinha, mecaniza, fica no subconsciente! Porque ele chegava do parquinho umas cinco e meia, seis horas... Mas, eu me sinto sozinha, sinto falta... Depois todo mundo casou, ficou só eu e minha mãe...

Desde a morte de seu filho, Maria ingressou numa "jornada" de internações em Hospitais Psiquiátricos de Araraquara-SP:

Ah! Bastantes vezes! Acho que umas quatro vezes! Eu teimava e não tomava remédio!

A minha mãe. Aí, ela me levava no Dr. Rafael, no Dr. Ubirajara e fazia internação. Eu acho que ela ia antes conversar com eles, né?

Ah! Eu queria falar com a Sonia, aquela escurinha. Você não chegou a conhecer, né? Ela era assistente social. Eu acho que ela tá pra aposentar. Eu queria falar com o médico no telefone, queria falar com o posto de saúde. Eu falava que eu tava boa! Igual os pacientes fazem! Eu falava que eu tava boa, que eu tinha laudo médico. Não tem nada a ver, né?! Mas, graças à Deus, depois que o Dr. Rafael entrou, ele acertou bem, tomar Neosine e Haldol! Aí, fui melhorando, melhorando... Até que eu parei de tomar. Eu teimava que eu tava boa e parava de tomar. Até que a última internação foi há cinco anos atrás, em 2002. Foi lá no Caibar.

A história de Maria, que pertence ao grupo mais velho de entrevistados, é bastante significativa, como exemplo das transformações que sofreram o sistema psiquiátrico brasileiro ao longo desses anos, a partir da Luta Antimanicomial. Ela compara as condições de dois Hospitais Psiquiátricos de Araraquara, o Hospital Araraquarense que foi interdito e desativado e o Hospital Espírita Caibar Schutel que continua ainda em funcionamento:

Ah! Muito organizado lá! Muito organizado! Elas não ficam castigando os pacientes que nem no Hospital Araraquarense! Tinha castigo, punha no quarto forte! Não deixava fumar, oito horas a enfermeira chefe não deixava mais acender cigarro! Antes das oito horas da manhã não podia acender cigarro. Ah! Que mais... Não tinha comida direito, não tinha assistência. Dava sopa, tudo engordurada! Não tinha lanche à tarde, não tinha lanche à noite. E barata! Tava cheio de barata lá! Aí, acho que teve interdição porque também não agüentou as

despesas, né? Aquela crise que teve no INSS uns tempos atrás?!

Maria, professora aposentada por invalidez, conta que em seu cotidiano exerce atividades domésticas e trabalha como vendedora de produtos cosméticos:

Eu faço compra, cozinho, limpo a casa... Eu gosto de passear! Tomar sol! (rs) Eu gosto de fazer compra! Minha irmã fala que eu sou consumista! Eu tô cheia de conta até o mês que vem! (rs) Então, mas eu gosto de trabalhar, vender Natura, vender Avon... E... As costuras, eu tô tentando mexer de novo, mas a vista já não ajuda muito, tá meio fraca. Eu gosto de comprar, costurar, tomar sol...

O trecho a seguir da entrevista de Maria permite vislumbrar a preocupação da informante com seu futuro no que tange ao plano material e, sobretudo ao cuidado quando ela revela ser sua mãe, uma senhora de idade, a sua cuidadora:

O que você espera do futuro?

Ah! Eu penso assim: comprar apartamento, comprar casa... Eu penso assim em investir pra velhice. Porque eu acho que eu já tô velha! Eu tenho 53! Eu penso no plano material, por causa que minha mãe não vai durar sempre! Meu irmão já falou pra mim: "Você fica enchendo todo mundo de presente, você não pensa no futuro! Você é sozinha! Se você não tiver filho quem vai cuidar de você?" Agora no plano social, vamos tocando!

Você sonha com algo?

Ah! Agora não sonho muito não! Meu sonho é regularizar assim, a minha situação financeira. Eu saio, paquero, mas grande sonho, de um amor grande, não! Agora é mais um acordo que um faz com outro.

Adoecimento psíquico feminino: violência contra as mulheres e repressão sexual

O que significaria, portanto uma abordagem de gênero em saúde mental? Os resultados dessa pesquisa demonstram que o adoecimento psíquico feminino mantém uma estreita correlação com o problema da violência contra as mulheres.

As entrevistas com as pacientes que foram casadas mostraram que todas sofreram agressões físicas e psicológicas de seus ex-cônjuges. Cabe indagar se estas mulheres não tivessem se submetido a tais agressões, elas teriam desenvolvido estes transtornos mentais severos?

Ou então, indaga-se se a inexistência de serviços públicos dirigidos às mulheres vítimas de violência contribuiu significativamente para que estas não tivessem acesso ao devido tratamento e suporte emocional e material e, portanto, se responsabilizaria o Estado pelo adoecimento psíquico destas?

Ainda, outra questão é posta: As atuais políticas públicas de saúde que lidam com a violência contra as mulheres estariam, realmente, articuladas com a política brasileira de saúde mental? Assim, de que maneira os CAPS enfrentam a questão da violência contra as mulheres?

Vale lembrar ainda, que o adoecimento psíquico feminino aponta também para a questão da repressão sexual, ou seja, da vigência de normas sociais que estabelecem uma dupla moral sexual a qual "freia" as sexualidades femininas.

As entrevistas com as mulheres solteiras demonstraram que o exercício das sexualidades femininas parece não encontrar em nossa sociedade contemporânea brasileira um espaço democrático. O depoimento de Carolina foi emblemático nesta questão.

Se por um lado, é possível verificar na entrevista de Carolina a existência de abuso sexual durante sua infância, também não se pode furtar de uma discussão acerca da repressão sexual em seu depoimento.

Normas sociais que estabelecem a continência do exercício da sexualidade no caso das mulheres contribuem para o agravamento deste quadro, e no limite, contribuem para o desenvolvimento do adoecimento psíquico.

Assim, questiona-se se Carolina não estivesse submersa a tais normas sexuais repressoras, seu histórico de abuso sexual não teria necessariamente levado ao desenvolvimento de um transtorno mental severo?

Antes de ser internada, Carolina conta ter “sonhado” com seu primo e com pombas. O desejo sexual reprimido por ele aparece num de seus relatos de delírio. Por que seu delírio tem conotações sexuais?

A problemática da repressão sexual aparece também nas entrevistas de Bárbara, Flávia e Maria.

Bárbara nos conta que foi abusada sexualmente quando esteve internada no Hospital Espírita Caibar Schutel, caso este acontecimento esteja no plano da fantasia ou do delírio,

verifica-se que a sexualidade para esta entrevistada não escapa de normas sociais repressoras. Delírio ou não, sua fala remete a este problema e é verossímil em suas conseqüências.

Também não se trataria de repressão sexual, o fato de sua irmã duvidar da existência de seu ex-namorado, aquele com o qual a informante expressa desejo de se casar e ter filhos? Por que ele não pode fazer parte de sua fantasia sexual? Por que tem que ser visto como sintoma de seu adoecimento psíquico?

Já Flávia em um trecho de sua entrevista faz um julgamento moral de sua própria sexualidade quando relata seu interesse por um homem casado. Os ataques obsessivos dos espíritos despertaram "sensualismo" para esta. A culpa e a repressão sexual antecederam sua internação psiquiátrica. Noutro trecho de sua entrevista, Flávia que conta que sua mãe considera o "seu amor" por este homem casado um sintoma de esquizofrenia. O que estaria em jogo aqui? Seria somente "obsessão" percebida por sua mãe ou desaprovação moral de seu comportamento na área da sexualidade?

Maria teria transgredido as normas sociais no que tange a sexualidade, quando ficou grávida fora do casamento no início década de 70, numa família tradicional de ascendência japonesa e numa cidade do interior do Estado de São Paulo. Caso a entrevistada não se submetesse à repressão sexual vigente nesta época teria desenvolvido transtornos alimentares?

O que as indagações acima apontadas nos indicariam? De alguma maneira, elas mostram reações, confrontos entre ações

e subordinações destas mulheres pertencentes às camadas médias e populares às normas sociais vigentes no que diz respeito ao exercício da sexualidade.

A desobediência às normas sociais vigentes patriarcais também aparece nos relatos das mulheres entrevistadas vítimas de violência doméstica durante seus casamentos.

Débora, Iolanda e Vera pertencem às camadas populares e foram vítimas de violência doméstica. Seus relatos sobre essas experiências indicam o preço a pagar pela “desobediência” aos maus-tratos recebidos por seus ex-cônjuges.

A insubordinação à violência doméstica fica patente no depoimento de Débora, que quando por mim indagada a respeito dos motivos alegados por seu ex-marido para justificar tais agressões, ela nos fala:

Por que ele te agredia?

Ele agredia porque ele queria fazer as coisas do jeito dele. Era assim, tipo assim: Eu tava com o almoço pronto, ele chegava com uma mistura: “*Você faz?*” “*Já tá pronto! Deixa que eu faço à tarde ou amanhã.*” “*Não! Tem que fazer agora!*” Eu não sou de receber ordem! Eu nunca fui! Eu já não tive pai, pra não ter quem me dê ordem. Sempre falei pra ele: “*Eu já não tenho pai, nunca me interessei que ele me registrasse...*” E ele queria mandar, eu nunca aceitei a não ser pelo meu patrão do serviço. Agora em casa! “*Sua roupa tá lavada! Passada! Comida tá feita! Criança tá cuidada! Casa tá limpa! Por que tem que mandar em mim? Coisas sem sentindo!*” Aí, foi indo, foi indo (...) Quinze anos de briga. Ele vinha (...) Polícia era direto em casa! Ele vinha: “*Porque eu vou te bater!*” Eu falei:

"Bate! Bate mesmo!" Uma vez ele pegou eu desprevenida e me rachou inteirinha! Ele batia, eu falava: *"Seu filho da puta!"* Quando ele cansou, ele falou assim: *"Ah, eu vou parar porque senão eu te mato se você não calar a boca!"* Eu falei: *"Pode parar de bater, mas que você é um filha da puta, você é! E tem mais! Vai ter troco, hein!"* Ele vinha dormindo, ele encontrava faca debaixo do travesseiro. *"Se você mexer comigo, você é um homem morto!"* Até chegou um dia, que eu esfaqueie ele mesmo. Fiz pouco!

Será que Débora não foi rotulada de "louca" por seu entorno social por não aceitar pacificamente as agressões recebidas? Caso se subordinasse em silêncio aos maus-tratos recebidos teria que pagar um preço tão caro pela "desobediência"?

Não se poderia aferir o mesmo questionamento a partir da entrevista de Vera que conta ter reagido às agressões do sofridas?

Por que ele te batia?

Ele batia em mim! A troco de nada! Eu aprontei bem a cara dele com as minhas unhas que nessa época ele morava na casa do meu pai! Dei um ponta pé grande no traseiro dele e ele foi embora! A macumba, a coisa ruim que tava dominando a cabeça dele! Você tá entendendo? Coisa ruim, o Maligno tomava conta do corpo dele possuía ele, pra ele me bater! Ele freqüentava centro de macumba, ele só não fazia macumba, nas freqüentava o centro de macumba! **(Ela fala num tom baixo, de confiança...)** Ah! Eu tenho outra música pra você gravar! Pêra aí! Deixa eu lembrar o ritmo primeiro!

Por fim, tudo indica que a “desobediência feminina” à violência, ainda em nossos dias, pode significar loucura e insanidade aos padrões sociais mais conservadores.

O Adoecimento Psíquico Masculino

Vida amorosa e sexual e vida profissional – solteiros jovens: Cristian, Carlos, Silvio e Tand.

O adoecimento psíquico masculino parece remeter ao problema da inadequação ao paradigma do trabalho e de sua ética na sociedade contemporânea brasileira capitalista.

Neste aspecto, os depoimentos de Cristian e de Carlos são dois exemplos significativos de homens pertencentes às camadas médias escolarizadas que adoeceram psiquicamente no final da adolescência e início da vida adulta.

Cristian teve sua primeira crise psicótica quando estava cursando a Faculdade de Psicologia e após o início de seu adoecimento psíquico a trancou. Contou nunca haver trabalhado em sua vida.

Por sua vez, Carlos adoeceu quando havia terminado o ensino médio e estava prestes a prestar vestibular para ingressar em alguma Faculdade, conforme as expectativas de sua própria família e da classe social em que pertence.

No entanto, após o início de seu adoecimento psíquico não conseguiu prosseguir em seus estudos e nem trabalhar como supervisor de uma construção de sua família. Assim como Cristian, nunca trabalhou.

É interessante verificar nesses dois relatos, o questionamento que ambos fazem a respeito das prescrições sociais que determinam à entrada de jovens do sexo masculino ao mundo do trabalho. Essas reflexões foram elaboradas pelos dois entrevistados quando indagados nessa pesquisa acerca dos motivos que os levaram a adoecer.

Ao contrário das experiências das mulheres pertencentes aos segmentos de classe média entrevistadas nessa pesquisa, para os homens do mesmo grupo, deixar a esfera pública resulta na quase impossibilidade de seu retorno. É o que atesta os relatos de Carlos e Cristian, os quais não lograram retomar seus estudos e nunca trabalharam.

Já Tand e Silvio pertencem a camadas populares, ambos concluíram o ensino médio e começaram a trabalhar ainda na adolescência. Tand trabalhou com seu padrasto como servente de pedreiro e Silvio como servente de obras na Prefeitura de Araraquara-SP. O adoecimento psíquico para estes informantes resultou na exclusão destes do mercado de trabalho e no ingresso na “carreira psiquiátrica”.

Nas entrevistas dos homens solteiros, verifica-se que o “sofrer por alguém” não assume um lugar central em suas trajetórias de vida, uma vez que as relações afetivas de um modo geral, mas especificamente as de ordem amorosa, não

são por estes relatadas. E tampouco suas relações familiares ou de amizade são abordadas com profundidade.

Aqui cabe questionar se a minha identidade de gênero contribuiu para esse “silêncio” dos informantes masculinos no que tange a esses aspectos de suas vidas. Porém, é importante ressaltar os condicionamentos da socialização masculina os quais, de maneira geral, não incentivam os homens a lidar com os seus sentimentos.

Todavia, a escassez de relatos masculinos acerca das suas vidas amorosas nesta pesquisa, decorre, muito provavelmente da não vivência destas, uma vez que o adoecimento psíquico no caso dos pacientes homens tem seu início mais cedo do que no caso das mulheres, conforme atesta a literatura psiquiátrica sobre o tema.

De um modo geral, ainda que houvesse poucos relatos sobre questões afetivas, os entrevistados homens manifestaram mais comumente o “sofrer por algo”, entendido como a dificuldade de conseguir um “lugar social”, seja na esfera pública quanto na esfera privada, decorrente da perda da identidade de trabalhador ou estudante e a “cristalização” crescente da identidade de doente.

Dessa forma, a não vivência de experiências amorosas que se observa nos relatos de Carlos, Tand e Silvio, pode ser atribuída ao fato de que não possuir um trabalho para as masculinidades corresponderia quase que a não existência como pessoas. Portanto, a perda da condição de trabalhador ou estudante e a configuração da “identidade de doente” significariam a privação destes homens ao exercício de suas

sexualidades e a incapacidade de cumprir com o papel social de gênero tradicional de provedor e chefe de família.

A cristalização crescente da “identidade de doente” para os homens pode ser explicada pelo fato de que uma vez que estes ficam doentes e, portanto, se afastam das atividades que exerciam anteriormente na esfera pública a partir da crise ou surto psicótico, encontram-se isolados na esfera privada e seus cotidianos são marcados por ociosidade.

Estar no âmbito doméstico e estar doente para os homens teria o significado de fracasso social para seus familiares e para o meio social em que estão inseridos.

A história de Cristian

Cristian inicia seu depoimento abordando as dificuldades de cumprir com as exigências da vida escolar, em seu caso, de levar a diante seu curso de Psicologia como fonte de seu sofrimento:

Entrei aqui porque eu tive uns problemas na Faculdade. Eu tava fazendo Psicologia. Acabei me sentindo muito mal. Porque eu não gostava de ver as coisas do jeito que era dado. Eu gostava de ir um pouco mais além. Só que aconteceu que eu era muito novo pra ir além do jeito que eu fui, né? Então veio um sofrimento tremendo, depressão, isolamento... Brigava com os professores... Tinha uns que não entendiam isso, né? Que eu estava vivendo outro momento, que eu estava questionando algumas coisas... Então isso me puxou muito pra baixo. Daí eu acabei me desencontrando, pra mim foi difícil

articular algumas coisas... Porque saiu um pouco do que era aprendido e tal, né? Daí eu sofri muito por causa disso. Tudo que eu pensava que eu sabia, eu não sabia. Foi muito difícil pra mim. Eu cursei três anos completos na Unip. Tentei voltar duas vezes, só que eu não consegui entrar no ritmo da Faculdade, eu tava muito confuso ainda. Não estava pronto pra estudar. Eu sempre fugia, porque... Era muita confusão que tava na minha cabeça. Era difícil de eu me concentrar na aula, ler os textos...

Cristian fala a respeito da existência de um "mundo de plástico", um mundo social artificial que lhe é estranho que parece encapsular e "sufocar" aqueles que não conseguem se adequar às normas sociais vigentes. Neste "mundo de plástico", a seu ver, as pessoas seriam escravas do trabalho. Por não aceitar a viver nesse "mundo de plástico", Cristian tentou o suicídio:

Você falou em suicídio?

Há um tempo atrás, eu tentei me enforcar com a toalha. Só que eu comecei a tossir, a engasgar, aí eu soltei. E... Teve uma vez... Ah! De faca, também já tentei. Ficava passando pra ver se dava coragem pra cortar de vez. Mas, quando eu me descontrolei, eu peguei a toalha e tentei me enforcar no meu quarto.

Por quê?

Ah! Sabe quando você não vê o mundo do mesmo jeito, você fica muito deprimido porque você não quer viver como todo mundo vive? Era isso que passava na minha cabeça: "*Eu não quero viver nesse mundo!*".

Que mundo é esse?

Ah! É um mundo assim que não é verdade! A gente vive numa ilusão! Nós não somos o que as pessoas falam que somos. Nós não fazemos o que a gente acha que é bom, mas o que fulano

ou cicrano faz pressão pra você fazer. Então, é um "mundo de plástico"! Até hoje eu acho isso! A gente não tem vida! É tudo programado! Tudo é programado pelos pequenos que detêm o poder! Tudo é programado! Faculdade é comércio! Eu acho que virou comércio. Diploma agora virou artigo já. Então, é complicado! Você vê umas coisas dessas, e aí você vai ficando confuso! Porque você vai ter que viver! Aí, vem a confusão. Você não quer, mas não tem jeito, você tem que entrar! Então, é isso, eu acho que o mundo é muito artificial! Puseram um mundo artificial pra gente viver, sem a gente escolher, sem a gente construir mesmo, um mundo que a gente acha ideal. Então, eu não consigo me identificar com as pessoas... Situação de trabalho, eu questiono muito! Eu acho que a gente é mais escravo que trabalho. E o dinheiro mascara a escravidão que nós temos! Então é complicado você viver num mundo desse jeito, segundo o que eu penso...

O relato de Cristian permite vislumbrar o questionamento das prescrições sociais de gênero que no caso dos homens relacionam suas identidades ao exercício do trabalho.

Assim, para Cristian seu sofrimento se deve ao não cumprimento de tal expectativa social e gostaria de ter tempo para retomar suas atividades escolares:

O que você entende por sofrimento?

O que me faz sofrer? Essa confusão que eu tenho... Dificuldade de aceitar compromisso... Isso me chateia muito! Porque eu acho que no momento eu devo ir com calma, né? Você sente pressão da mãe, de algumas pessoas, pra você retomar alguma coisa. Só que você pensa! A expectativa deles pra mim agora é alta! Que eu gostaria é ir de mansinho, do meu jeito... É difícil você atender expectativa! Isso me faz sofrer!

Minha mãe e meu pai, eles me apóiam. Só que sempre rola uma conversinha: *"Ah! Tal locadora tá precisando de gente!"* Aí, uma vez numa festa, a mãe de um amigo meu falou: *"Ah! Eu quero que você faça tal projeto!"* Eu vejo que isso pra mim no momento é difícil, porque primeiro eu quero voltar a estudar, ver como eu reajo, e se eu tiver bem, eu vou procurar outras coisas também! Mas eu quero fazer do meu jeito e no meu tempo! Eu sou novo também! Retomar aos pouquinhos...

Sobretudo, verifica-se na fala de Cristian, a respeito da questão do trabalho, a sensação de inaptidão para cumprir essas prescrições sociais e, o que poderá ser visto adiante, o seu desejo de "ser como qualquer um, ter dinheiro...".

Já quando indagado se já sofreu por alguém, Cristian conta que teve uma namorada, mas não quis adentrar nos motivos que levaram ao fim do relacionamento:

Você já sofreu por algo ou alguém?

Já! Uma namorada que eu tive. Deu um trabalho pra conquistar essa menina! Na hora que eu conquistei, tava indo legal, só que eu não sei o que aconteceu, a gente teve uma briga. E ela foi e falou tudo que ela sabia de mim... Das coisas... A gente conversava bastante, então, ela sabia de coisas mais íntimas. Pra mim foi uma facada! Aí, eu sofri muito porque eu gostava muito daquela menina. Pra mim foi difícil separar!

Porém, no fim de seu relato, ele expressou de forma vaga o seu desejo ter "alguém para morar junto". Assim é possível supor de sua fala que a vida sentimental - amorosa, especificamente no que tange à sexualidade, não possui expressividade em sua trajetória de:

Quais são seus desejos e planos?

Meus desejos e planos? Ah! Gostaria de ser como qualquer um! Ter meu próprio dinheirinho, estudar, arranjar alguém pra morar junto...

É possível inferir que a crítica de Cristian ao “mundo de plástico”, na verdade encobre sua sensação de incompetência, de exclusão das oportunidades oferecidas pela vida no que tange a sua própria realização profissional, em virtude do seu adoecimento psíquico.

Nesse momento, verifica-se nesta fala do entrevistado sobre seu cotidiano, a ausência de atividades que exija certo compromisso. Por outro lado, o entrevistado aponta sua dependência em relação ao CAPS:

Ah! Eu tento me ocupar com várias coisas! Gosto de ler, ouvir música, ver filmes... Gosto de passear no Shopping... Então, eu tento dividir um pouco. Venho aqui, faço TO (Terapia Ocupacional). Então, eu vou intercalando as coisas...

A história de Carlos

O depoimento de Carlos encontra paralelo no de Cristian, que também aponta a dificuldade de encontrar um lugar social para as masculinidades quando não há o estabelecimento e a consolidação de uma identidade de trabalhador:

Eu estudei até o colegial completo, freqüentei diversos cursos pra escolher Faculdade, mas acabei não escolhendo nada. (...)

Eu fiz o colegial, e aí eu vi que eu não era militar coisa nenhuma, nem tinha namorado ninguém! Eu queria ter sido astrônomo, mas pra mim ter sido astrônomo, eu precisava ter tido um pai que influenciasse bastante! E o problema é que meu pai sabia só trabalhar bastante, né?! Aí, normalmente quando a pessoa já tem 15 anos, já conhece posição numérica no telescópio, de mil estrelas, ela já sabe um monte de número, eu não sou bom de Matemática! Eu sou bom de teorias da Física! Aí, então não deu certo. Aí, eu comecei a ler livros de auto-ajuda na Biblioteca...

O sentimento de inadequação e crítica à ordem social vigente é o que sugere, de forma tão ilustrativa, o depoimento de Carlos.

Desta forma, é o que pode ser constatado no trecho abaixo em que ele atribui à causa de seu adoecimento a imposição paterna de trabalhar numa construção da família:

Eu acho que foi problema de uma construção que meu pai tava fazendo. Eu odiava construção! Ele queria que eu fosse lá ajudar, a observar o pedreiro, ver que hora chegava o caminhão de pedra... Eu não queria discutir com ele e ele sabia que eu não gostava. Eu sempre falava: "*Eu não quero ir lá!*" Aí de ter ido lá, eu acho que deu um excesso de raiva, eu me senti forçado a fazer o que eu não queria, eu fiquei parado. (...) O que eu precisava fazer era esperar um pedreiro, observar se o serviço tava direito, e eu poderia ter xingado meu pai, eu poderia ter abandonado, e aí, umas das coisas que eu fiz foi um curso de computação logo no começo.

Este criticou as cobranças paternas no sentido de sua inserção ao mundo do trabalho. Sentiu-se obrigado pelo seu pai

a trabalhar numa construção da família e, segundo o próprio entrevistado, como forma de reação a tal imposição resolveu fazer um altar dentro de casa:

Eu quis fazer... Sabe um altar de Igreja? Eu coloquei uns objetos, eu achei bonito o que eu tinha feito. Eu chamei meu pai pra ver. E aí, ele viu lá, umas cinco da manha. Eu acho que eu escrevi umas coisas na parede do quarto, ele achou ruim. Meu pai achou ruim, ficou com raiva. Eu acho que eu devo ter falado que eu tava com uma depressão muito forte. Aí, ele me levou no médico, eu cheguei a tomar o Ziprexa em seguida.

Quando indagado acerca dos fatores que levariam os homens a adoecerem psicicamente, Carlos faz uma crítica à conduta do empresário Antônio Ermírio de Moraes, que segundo ele ainda ficará doente de tanto trabalhar:

(...) Agora o homem, é em outra situação, é quando às vezes, não consegue o que quer, ou na profissão, ou um conjunto de coisas, ou com namorada, ou falta de amigos... É... O que eu já li em livro de auto-ajuda, ele desvia o caminho da vida, ao invés de tentar atingir o que a pessoa quer, ela atinge o que os outros esperam, ou ela desiste de ter alguma coisa e isso pode acontecer com qualquer um. E a pessoa acha que vai suportar fazer um serviço que não quer, alguma coisa assim... E acha: "*Não! Eu agüento!*" É como se fosse uma pessoa que come um alimento que tá meio ruim, ou um hambúrguer muito grande. E ela fala assim: "*Não! Eu não vou passar mal! Depois eu tomo um Engove!*" E depois chega umas três horas depois, começa a passar mal, sei lá, não sabe se toma banho pra melhorar, aí ela fala: "*Aí! Se eu soubesse!*" Só que sabia antes, mas não fez nada. Agora, chega numa situação que não tem volta, é um caminho sem volta. Aí a pessoa fala assim: "*Eu achei que eu era de aço! Eu não agüentei.*" Até um político, eu já imaginei

uma pessoa que talvez vai ter esse problema. Eu pensei no Antônio Ermírio de Moraes. Ele talvez vai ter o meu problema. É porque, eu não tô tentando adivinhar, nem esse negócio de cartomante, nada. Ele trabalha excessivamente, ele tem a *Votorantin* pra cuidar, tem outras empresas também. E uma vez, eu vi que ele tinha envolta do olho, tava cinza ou preto de tanto serviço, de dormir pouco. Ou qualquer pessoa que não larga da profissão nunca, e vai sem férias e vai trabalhando sem parar, chega uma hora que quebra, não agüenta. (...)

Como foi possível verificar nas entrevistas de Carlos e Cristian no que tange a questão do trabalho, é possível constatar que a não-inserção das masculinidades no mundo do trabalho, ou seja, condutas de inadequação e de desobediência às normas sociais vigentes nessa área, decorrentes das dificuldades postas pelo adoecimento psíquico, gerariam nestes homens um profundo sentimento de mal-estar, fracasso e desorientação.

Assim, quando indagado acerca de seu futuro, Carlos diz que planeja guardar dinheiro para ter uma “profissão mais complicada” o que pode ser entendido como o cumprimento das prescrições sociais de gênero em se tratando de masculinidades, através do exercício de uma profissão ou trabalho remunerado:

(...) Eu tô juntando dinheiro pra eu ter uma profissão. Eu tenho um dinheirinho que meu pai considera que é uma profissão. É um estacionamento. O lugar é do meu pai, mas cai na minha mão o dinheiro. Com esse dinheiro eu posso usar pra uma profissão mais complicada! Eu estando ocupado eu vou fazer pra mim mesmo Terapia Ocupacional! (...)

No que se refere à vida amorosa e sentimental e ao exercício da sexualidade, Carlos demonstra dificuldades quando aborda a questão, o faz de forma indireta, por meio de um discurso explicativo em terceira pessoa no qual aponta as dificuldades enfrentadas pelos usuários do CAPS (“pessoas que tomam remédios”), em estabelecer relacionamentos afetivo-amorosos devido ao estigma que os acompanha:

Agora, eu nunca vi ninguém dizendo que arrumou namorada depois de vir aqui, né? Mas, eu acho que é possível, é só comprar uma roupa bonita. É... Primeiro eu tenho que eliminar o pessimismo, né?

Mas o que eles falam?

A maioria acha que é difícil encontrar namorada depois que vem aqui. Depois de precisar desse tipo de tratamento, as moças recusam as pessoas que precisam tomar esse tipo de remédio. É medo de ter problemas! Diversos tipos de medo, a pessoa não conhece e ela fala assim: “*Se eu não conheço, é melhor eu evitar!*” Até 1992, um rapaz de 28 anos arrumava uma moça de 26, 25 anos... Agora é quase impossível! Um cara que tem 31 vai arrumar uma moça de 31. Se ele arrumar uma moça de 30 é meio difícil. Hoje, a moça tem opção de escolher com quem ela vai ficar. Então, alguns tomam remédio três, quatro vezes ao dia, então numa dessas horas ela vai descobrir o que você vai fazer. “*O que você vai fazer agora?*” “*Ah! Preciso ir num lugar!*” Ela vai falar assim: “*Mas o que é esse remédio?*” E no fim ela vai acabar sabendo que a pessoa toma remédio e vai acabar se afastando! Depois de conhecer, se afasta!

Porém essa dificuldade, a seu ver, possuiria uma agravante. Carlos demonstra lucidez ao discorrer sobre as transformações sociais no âmbito da sexualidade, avaliando fatos e riscos dos novos comportamentos. Para ele, elas

estariam expressas na exposição mediática do corpo da mulher, revelando mudanças no exercício da sexualidade pelas mulheres:

Por que 1998?

É... Aqui em Araraquara é também por causa efeito do pagode! A cultura mudou, né?! As propagandas de cerveja que põem mulher junto! É... A "Tiazinha" que popularizou mais outras danças... "É o Tchan!"... A Xuxa, por exemplo, começou a engravidar sem pai! A "Tiazinha" rebolava com umas roupas que marcou essa época... Os "Mamonas Assassinas" que falavam besteira! É... Foi uma censura mais aberta, né?! E o povo que tava começando a fazer 18 anos nesse período, eles começaram a ficar, virou moda ficar, ficar! E a Internet é o principal, né?! Influenciou mais porque você entra numa sala de bate papo que o Brasil é quase o maior do mundo em sala de bate papo! E a pessoa conhece outra pessoa, vê a foto, ou alguma coisa assim... Eu acho que é perigoso, porque pode ter algum crime, nesse modo de se encontrar... Por exemplo, agora em Araraquara, no centro da cidade, tem muita moça que usa calça de ginástica o dia inteiro, tem aula de hidroginástica, aula de piscina, de esporte, espalhada pela cidade inteira, em diversos bairros tem academia! Tem até algumas com professor particular, e as moças andam com essas calças agarradas no corpo, o dia inteiro! Então, se você vai conversar com uma moça, o homem vai ter que falar direto, e daí já pode ir pro motel! Se a moça aceitar, né?! Senão aí já é crime!

Portanto, as mudanças no comportamento sexual feminino em direção igualdade de gênero e o estigma em torno do adoecimento psíquico explicariam as suas próprias dificuldades nesse âmbito. Para Carlos, é possível reconhecer, através da fisionomia do rosto, quem apresentaria transtornos

mentais severos e de que maneira estes estariam inscritos biologicamente nas pessoas:

Então, ela olha pra gente, a maioria das pessoas que vêm aqui e toma remédio, engorda a barriga, então fica mais difícil de arrumar namorada! O visual do rosto eu acho que dá pra perceber, eu sei se toma ou não toma. Já nas mulheres é mais difícil! Inclusive, eu vim aqui em 2003, agora eu consigo perceber diversos rostos que tomam o mesmo remédio! Têm uns quatro que tomam o mesmo remédio e têm o mesmo rosto! Então, eu acho que seja uma coisa também física! Sei lá, alguma coisa com DNA!

O desejo de Carlos de conseguir uma namorada aparece, porém com certo pessimismo:

Quais são os seus sonhos?

Sonho? Uma caminhonete importada! (rs) Eu ainda gosto de vídeo game, talvez o play station 3, pular de pára- quedas, tomar todo tipo de sorvete, arrumar uma namorada que eu goste, mais que dois meses! Eu prefiro companhia, não precisa ser linda, e é podre por dentro. Deve ser uma mulher tranqüila que aceite os meus defeitos e eu os dela. Hoje isso não existe mais!

Entre alguns entrevistados homens mais jovens, percebe-se um cotidiano pautado por ociosidade e ausência de compromissos:

Atualmente, até hoje, eu tenho assistido cerca de uns duzentos filmes no Cinema, mais ou menos. Total de filmes que assisti no Cinema, né?! (...) O que eu tenho mais pra falar? Eu dirijo carro. Eu tirei a carta antes de precisar tomar remédio. É... Eu acho que é normal, eu acho que mesmo se eu

ficar distraído pra dirigir, porque nunca aconteceu, porque nem ligar o rádio do carro, eu não ligo... É... (...) Que mais eu tenho pra falar? Eu leio vários livros na Biblioteca Municipal, acho que uns trinta ou mais. É... Eu tenho uma pasta que eu tenho todas as listas de filmes que eu assisti no cinema, né? É... Teatro... Teatro, o problema é que eu joga fora, com o tempo eu joga fora as listas. Eu andei fazendo isso. É... Todos os discos que eu já ouvi, eu tenho a seqüência, comprei esse, depois comprei aquele, data... Os filmes eu também guardo todos os ingressos. (...) Eu sinto um pouco ainda até hoje um pouco de dificuldade de freqüentar barzinho, é um pouco chato, sabe? Porque eu fico meio envergonhado de ficar em volta das pessoas, principalmente se tiver um conjunto muito grande de pessoas mais novas do que eu. É um pouco ruim, eu acho mais facilidade de ir no cinema.

A história de Tand

Cabe neste momento, comparar as entrevistas de Cristian e Carlos com depoimento de Tand o qual ficou doente durante a adolescência e diferentemente dos outros, pertence às camadas populares urbanas. Ele completou o ensino médio e trabalhou como servente de pedreiro junto com seu padrasto. Atualmente, contou que não está trabalhando.

Tand, ao contrário de Carlos e Cristian, não faz uma reflexão crítica acerca do mundo do trabalho. Para ele, o trabalho confere a aquele que o desempenha um valor:

Eu estudei até o segundo grau completo, mas é assim, exercer minha atividade mesmo, eu sempre fiz serviço de ajudante de pedreiro, esse tipo de coisa. Foi legal até, um aprendizado da

minha vida, trabalhar de servente com o meu padrasto. A gente descobre o valor que a gente tem. (...) Até o segundo grau. Eu já cursei o segundo grau tomando medicação. E como foi normalmente, em três anos eu conclui o segundo grau. Ah! Mas eu consegui sair sem nenhum problema do segundo grau!

É interessante notar em seu depoimento, a passagem que ele faz de sua condição de saúde na infância marcada pela bronquite e a passagem para a adolescência, esta como início de seu tratamento psiquiátrico:

Minha vida foi sossegada até os quatro anos de idade quando eu por conta de uma pneumonia peguei bronquite, né? A partir daí, eu tive que fazer tratamento em vários lugares. E até médicos especialistas que me consultaram, disseram que não havia cura. Porque por mais que eles tentassem medicação, não ajudava, não havia uma cura, né? Com o tempo, eu fui tomando medicação, medicação... Eu fazia natação no Sesi, ia em vários consultórios no centro da cidade, e agora não teve como curar, né? E aí, depois disso, na minha puberdade eu passei por alguns problemas, né? E aí, eu tive que ir pra psiquiatria.

Tand menciona as dificuldades enfrentadas em sua casa quando seu padrasto fica doente e a necessidade de ocupar "seu lugar" na gerência da casa e a falta de apoio que sentiu ao ter que lidar com desavenças entre colegas de escola e de rua:

Olha, foi uma situação ruim lá em casa. Tinha uma molecada na rua que prometia que ia me bater, me pegar, então eu tive apoio nisso aí. Eu tive que me virar sozinho. Mas, aí por decorrência da situação da brônquica, né? Eu passei para uma outra situação que é a psiquiatria.

O que chama atenção na fala de Tand é a correlação que ele faz entre a não cura de sua doença brônquica da infância e a consequência psiquiátrica desta na puberdade. Assim, através da apropriação do discurso médico, ele elabora seu sofrimento, enfatizando o processo biológico da doença em detrimento de um aprofundamento em suas relações interpessoais, portanto sobre sua vida afetivo-emocional:

Na verdade eu passei pra puberdade com essa doença brônquica, né? Isso foi provocando... Porque o médico já tinha dito pra mim que se não houve a cura, pode haver uma outra consequência que é psiquiátrica. E isso aconteceu mesmo, consequência da bronquite virou psiquiátrica.

Tand finaliza seu relato ao comparar o antes da doença e a situação vivida no presente, esta seria limitada por uma rotina psiquiátrica, a qual restringiria sua autonomia ao lhe privar de um lugar social que não seja vinculado à identidade de doente:

Eu lembro que não era assim, né? Eu não tinha essa "visão turva da vida" que eu tenho hoje. Eu tô limitado por causa da psiquiatria, né? Antigamente não era assim, eu podia fazer o que eu quisesse, eu podia ir aonde eu quisesse. Hoje em dia eu tenho uma rotina por causa da psiquiatria. Ela modificou completamente minha vida.

Tand, durante sua entrevista, não fez menção à sua vida amorosa e sexual, e quando questionado sobre o assunto, revela com certo constrangimento o fato de nunca ter namorado com ninguém:

Você já namorou?

Não. Eu nunca namorei. (rs) **(Ele fica constrangido)** Eu tenho até vergonha de falar que nenhuma menina se interessou por mim!

Assim como Cristian e Carlos, verifica-se na fala de Tand um cotidiano isento de compromissos em que se constata certa ociosidade. Porém, ele não deixa de demonstrar responsabilidade no uso dos remédios psiquiátricos:

Cotidiano? Eu passo quase o dia inteiro em casa, né? Quando eu não tenho o quê fazer, eu fico em casa, mas aí eu gosto de ouvir música. Eu gosto de ouvir música de manhã cedo, à tarde também. À noite eu assisto a algum filme, talvez hoje eu vou assistir um! E quando eu tenho que ir pro médico ou tem que ir pra algum lugar, alguma festa, eu vou tranquilamente. A minha casa é festa o tempo todo! Tem uma churrasqueira lá! O pessoal não pára! Churrasco, cerveja, mas cerveja eu não tomo, né? Tem álcool, né? Misturar com a medicação...

A história de Silvio

Já o relato de Silvio evidencia a dificuldade, já apontada por outros informantes masculinos, em adentrar temas que envolvem relações afetivas:

Só que nós temos problemas em casa, problemas que eu não quero falar. São pesados, são problemas críticos mesmo (...) Meu pai, minha mãe e 3 f (três filhos) Eu não gosto de falar da minha família.

Silvio parece conformado com sua situação de sofrimento psíquico. Este teria seu início desde o seu nascimento:

Eu já nasci mentalmente insano já, mentalmente insano da cabeça, mentalmente louco. Eu já nasci louco já.

Silvio contou que pediu para ser internado na Febem quando tinha 17 anos, após ter concluído o segundo grau, uma vez que passava por “problema familiar grave”:

Porque eu tinha chegado pra assistente social do Fórum daqui de Araraquara, pedindo pra que ela falasse pra promotora conversar comigo, né? Eu queria ser internado, eu queria ser preso na Febem, eu queria ser mandado pra Febem porque eu tinha problema familiar grave. Sendo que essa promotora recusou meu pedido e me lançou uma proposta por intermédio da assistente social. A promotora falava as coisas através da assistente social. Aí, eu aceitei essa proposta de ser internado no Hospital Psiquiátrico em Araras. Aí, eu fui pra lá. Fiquei 120 dias com 17 anos. Foi a primeira vez que eu fui internado.

Em seu relato chama à atenção, particularmente, a associação entre a identidade de doente e a de delinqüente. A internação no sistema psiquiátrico assume para o entrevistado contornos de punição judicial:

Minha primeira internação foi solicitada por uma promotora da Vara da Infância e da Juventude daqui de Araraquara, porque eu tinha problema dentro de casa. E a assistente social do Fórum levou meu documento da promotora pra Dra. Kátia. Eu não sei se a Kátia lembra disso ou não, ou se já esqueceu disso ou não. Uma vez eu fui consultar com a Dra. Kátia, junto com uma assistente social do Fórum, com o documento da promotora solicitando a internação no Hospital Psiquiátrico de Araras. Aí, foi isso que aconteceu: eu fui internado em Araras. Na segunda vez, na segunda internação que eu fiz lá (...) Meus problemas familiares continuavam, né? A minha segunda

internação da minha vida foi em Araras lá, foi o seguinte: Eu cheguei no psiquiatra, Dr. Carlos Ferrari, que hoje ele trabalha no Caibar Schutel, sendo que antes ele trabalhava no Centro Regional de Reabilitação (...) Eu cheguei nele e falei assim: "*Aí Doutor, eu engoli umas pilhas de relógio lá em casa, tomei choque e desmaiei, sabe?*" *Aí*, eu fui internado de novo. *Aí* eu falei pra ele, eu joguei 171 nele! (rs) Eu não engoli pilha nenhuma de relógio, eu falei mentira pra ele, joguei 171 nele! (rs) *Aí* ele internou eu de novo! (rs) *Aí* ele internou eu de novo! (rs) A terceira vez foi porque eu esquartejei o colchão em quatro lá em casa. Cheguei na casa da minha mãe e do meu pai e peguei uma faca (...) Esquartejei o colchão em casa (...).

Ainda nesse sentido, é interessante ver a maneira como Silvio descreve o Hospital Psiquiátrico em que ficou internado algumas vezes, ao traçar um paralelo entre a internação psiquiátrica e o sistema prisional:

Então, eu ficava no corredor, né? Fechado, assim (...) Com vários quartos assim do lado, cada lado do corredor tem os quartos, tem a sala de enfermaria do lado (...) Ficava ali assim (...) De vez em quando eu ia pro quarto (...) Ficava mais nos quarto, assim, né? Deitado lá. Lá eu fumava, eu conversava com "os colega" lá (...) De vez em quando, eu saia assim pra fora, assim ver o cumprimento, eu ligava a cobrar lá em casa, eu saia lá pra fora (...) De vez em quando eu tinha visita lá. De vez em quando, eu ia lá pro fundo, lá pros fundo, né? Lá pra (...) Pra aqueles lugar onde faz terapia, lá perto das horta, perto da piscina, fazia terapia ali, né? E lá "vixe"! Eu era assim! Só que esse corredor era dividido, né? Em duas parte, esse corredor chama-se Ala 1, é Ala 1, era dividido em duas parte... Na parte da frente ficava aqueles mais pacatos, né? Agora na divisão lá do fundo

ficava aqueles que tinham intenção de... Ficava com intenção de arrumar encrenca com os outro, lá. Bater nos outro, ficar toda hora pedindo cigarro, ficar enchendo o saco dos outros, né? Lá no fundo, né? Já fiquei lá no fundo também. E lá eu conheci um rapaz que queria brigar comigo, queria "sair na porrada" comigo, né? Peguei e falei pra ele assim: *"O negócio é o seguinte, você não me provoca não, você não me provoca não, porque se você me provocar rapaz, eu te cato você, eu te mato, hein! Comigo não tem essa de dar porrada, dar chute, dar soco nada! O negócio é pegar e matar "memo", pegar e quebrar o pescoço também, chegar e torcer o pescoço e quebrar também! Você me respeita, hei?! Você me respeita! Você me respeita porque... Que é o seguinte, esse negócio de porrada sob porrada é marmelada! Comigo é marmelada, o que liga é Força Armada! Melhor você não mexer comigo que senão eu te mato!"*

Além da agressividade, Silvio tem um relato que contempla fortemente o tema da sexualidade, ao contrário de outros entrevistados. Silvio descreve sua sexualidade como um dos sintomas de sua "insanidade mental":

Me masturbava (...) Isso na minha infância foi muito grave, minha insanidade mental foi muito grave na minha infância, mais muito mais grave do que na minha fase de adolescência, do na minha fase juventude, do que na minha fase adulta. Eu não ia no banheiro, só ia no banheiro de vez em quando. Depois eles mandaram eu usar o banheiro, eu comecei a usar lá dentro de casa (...) Eu tinha problema de alergia, eu tomava vacina no braço. Era quase todo dia, toda semana eu tinha que ir no médico e tomava vacina. Isso durante quase dois meses, eu fiquei nessa situação (...) Eu passava por sessões de massagens, né? Corporais assim (...) A enfermeira fazia em mim massagem, no meu corpo assim, fazia cosquinha, pegava

no meu pênis. É (...) Abaixava a capinha do meu pênis, né? Abaixava pra baixo, assim né? Pra ver se tinha algum problema, aí soltava de novo. E aí com tudo isso, eu tinha vontade de me masturbar quando eu chegava em casa. Quando eu chegava na casa dos meus parentes, eu tinha vontade de me masturbar.

Já durante a adolescência, a masturbação é ainda considerada por Silvio como algo desviante. Ele relata seu interesse sexual obsessivo por uma moça como um dos motivos que o levou a tentar o suicídio:

Eu tomei veneno de rato porque eu tinha problema familiar, eu tava desempregado, eu tinha problema com uma tal de Ariana L., uma menina de olhos azuis que morava no Jardim Martinez, ela era lá gordinha, eu tava louco por ela, obcecado "memo" por essa menina! Essa menina não saia da minha mente, ficava atormentando a minha mente, sabe?! Eu não conseguia estudar direito, eu não conseguia estudar, porque nem ler um livro inteiro eu conseguia (...) Porque toda vez que eu ia na Biblioteca, eu sentia vontade de me masturbar pensando nela. Masturbava pensando nela. Lembrando daquele tempo que a gente estudava junto em 1994, "nós fazia" a quinta série. E (...) Essa Ariana L. hoje, ela é também, já formada em Sociologia pela Unesp daqui de Araraquara. Ela já é formada (...) Não sei se ela tá fazendo outro curso lá, emagreceu também, não sei se tem namorado ou não (...) Eu creio que (...) Eu creio não, eu sei que ela não é mais virgem, porque um fulano de tal, que era enfermeiro lá do Caibar, estudava na Unesp com ela. Fazia curso de Sociologia também, só que ele tava um ano atrás dela, os dois se conheciam. Eu sei que esses dois transaram muitas vezes lá.

Lá onde?

Acho que foi no Motel! Lá na Faculdade que não foi, né?! (rs) Dentro da Faculdade que não foi! (rs) Ora, foi no Motel que eles transaram! (rs) Eu conheci esse fulano lá no Caibar e começou a falar essas coisas dessa menina pra mim: "*Ehehe! Eu conheço a Ariana, e não sei o quê! Tá, tá, tá (...)* O meu caso com ela foi assim, assado! E coisa e tal!"

Silvio então faz uma analogia entre o "sofrer por alguém" com um sentimento obsessivo. Ele relata ter a perseguido a moça por quem era obcecado. Todavia demonstrou ter consciência das conseqüências de tal ato:

Você sofre por algo ou por alguém?

Por alguém? Como assim sofrer por alguém? Ter obsessão? Não. Hoje em dia não. A Ariana L. caducou na minha mente. Não me atormenta mais não, caducou. Tanto é que eu pedi ajuda na Igreja Universal, mas não adiantou nada. Eu tomei veneno de rato, tentei me matar, tinha parado dentro da Igreja, mas não adiantou nada. Aí, só que a loucura continuou, né? Aí eu fui perseguindo essa menina aí (...) Persequindo essa menina, indo atrás dela, indo na casa dela e eu ia na Igreja todo dia lá. Teve uma vez que (...) Eu me lembro que em 1997, antes de eu tomar veneno de rato, eu tava tão atormentado, tão atormentado que eu não agüentei. Eu mandei um bilhete pra ela assim, falando mal dela assim, contando a estória que eu tava obcecado. Escrevi até a data assim e tal. Aí ela ficou assustada, ficou com medo. Aí eu falei pro meu colega, assim o Carlos, "o Galo". Aí, eu falei pra ele assim: "*Oh Galo, se essa menina aí tiver namorado, tiver "coisando" com outro aí, eu vou matar essa menina aí, hein?! Eu vou matar ela!*" **(Ele muda o tom de voz e fica agressivo)** Ele foi lá e falou pra menina e a menina falou pra mãe dela, ficou com mais medo. Ela foi á na delegacia fazer boletim de ocorrência por ameaça de morte. Só que eu nem ia

matar ela porque eu compreendia, sempre compreendi que se eu matasse ela por obsessão (...) Se eu matasse ela, caso ela rejeitasse minha pessoa, me discriminasse pelo fato de eu ter falado mal dela (...) Eu seria morto na Febem.

Num tom sarcástico e um tanto debochado, Silvio parece compreender a sua condição de marginalidade, e até alguma simpatia pelo seu aspecto transgressivo:

Esse enfermeiro é um rapaz que eu considero bastante, hoje ele é colega meu, e toda vez que ele me via no Caibar, me chamava de "Psicopata 2000"! (rs) Se eu vejo ele na rua, ele me chama de "Psicopata do ano 2000"! (rs) Ele falava pra mim!(rs)

Segundo o relato de Silvio, a religião aparece como um discurso alternativo ao discurso médico, em que o informante explica seu sofrimento psíquico como sendo uma "maldição" que precisaria ser quebrada:

Como é que você se vê?

Amaldiçoado do "memo" jeito, amaldiçoado do "memo" jeito! E eu preciso dar um jeito de quebrar essa maldição! Indo na Igreja, procurando a Deus, Jesus, pedindo socorro a Jesus. Falar a verdade, parar de fazer coisa errada, parar de fumar, parar de se masturbar, parar de falar palavrão, parar de falar besteira, parar de ter pensamento ruim, parar de ficar ouvindo "tchno", para de eu ficar ouvindo "rap"! Pra mim conseguir uma benção, uma glória na vida. É isso que eu preciso fazer.

Ainda nesse sentido, a cura de sua "insanidade mental" viria através da obtenção de outra "mente dada por Deus" que

lhe garantiria certas habilidades, que lhe devolveria a identidade perdida de trabalhador:

Meu sonho é eu ter a minha capacidade mental, né? Racional, ser uma pessoa normal, ser curado dessa insanidade mental. Eu tenho de ser curado "memo"! Ter uma outra mente dada por Deus, uma outra mentalidade oferecida por Jesus, constituída por Jesus "memo"! E (...) Ter melhores habilidades pra prática de direção veicular e operação de microcomputador. E outras coisas mais que eu gostaria de ter. Capacidade mental pra aprender bastante coisa, fazer bastante coisa. Mecânica, Mecatrônica, Química (...) Poder aprender!

O processo de adoecimento psíquico, no caso homens, parece levá-los de um modo geral à ociosidade e ausência de atividades no âmbito doméstico e na esfera profissional, assim os relatos masculinos apontam para um cotidiano pautado mais pela doença do que os depoimentos das mulheres entrevistadas:

Deixa eu raciocinar direito (...) Eu acordo de vez em quando (...) Eu acordo meia-noite, de vez em quando uma hora, duas horas, é variado. Porque eu tomo *Apliquitil* e esse remédio não tá fazendo efeito direito (...) Eu levanto de manhã, lá pras cinco horas, depois da minha segunda sessão de sono. Porque eu tenho duas sessão de sono por noite. A primeira começa a partir do momento que eu deito na cama após tomar remédio. Aí eu acordo, eu levanto, vou na cozinha, faço um suco e fumo um cigarro no corredor da minha casa. Aí eu deito de novo. Aí vem a segunda sessão de sono. Aí, eu levanto às cinco horas da manhã, vou na cozinha, tomo café ou senão leite com pão, se tiver bolo eu como. Aí, depois eu volto e deito na cama, mas não durmo. Aí, eu fumo de novo. Aí, depois eu vejo "as

coisa” que tem que fazer lá dentro de casa. Aí eu faço. Hoje eu tô fazendo muito pouca coisa, os problema familiar e tal.

Vida amorosa e sexual e vida profissional – solteiros mais velhos: Donizete, Marcos e Rafael.

O grupo masculino da geração mais velha deste estudo é composto por personagens na faixa etária entre 39 e 44 anos. Eles testemunharam as significativas transformações que se deram no sistema psiquiátrico brasileiro após o movimento pela Luta Antimanicomial. Todo esse contexto pode ser observado como pano de fundo de seus relatos.

Assim, destaca-se a progressiva substituição do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, ou seja, do paradigma da internação hospitalar, para outro baseado em uma rede substitutiva de atendimento extra-hospitalar, na qual o conceito de doença mental é repensado de modo a priorizar o sujeito e seu sofrimento psíquico. É o chamado paradigma da desinstitucionalização.

O depoimento de Marcos permite vislumbrar a trajetória de um paciente da cidade de Araraquara-SP que se submeteu a partir dos seus 15 anos ao tratamento psiquiátrico nos moldes que privilegiavam a internação com direito a eletro choque. Ele foi internado no Hospital Psiquiátrico Araraquarense que foi desativado. Este Hospital pode ser visto como símbolo da “opressão” exercida pelo antigo sistema psiquiátrico araraquarense.

Assim como Marcos, Donizete e Rafael pertencem às camadas populares e cursaram apenas o ensino fundamental.

Marcos e Donizete eram trabalhadores rurais quando foram acometidos pelo adoecimento psíquico. No entanto, Donizete nos conta que ficou doente há 10 anos e desde então foi internado algumas vezes.

No que tange a vida sexual e amorosa desses informantes, verifica-se no caso de Marcos a inexistência de menção deste tema. Já nos depoimentos de Donizete e Rafael, ambos expressaram o desejo de vivenciar experiências nesta dimensão da vida. Donizete relata inclusive que antes do seu adoecimento havia tido alguns relacionamentos afetivos e deseja “sara” e voltar a namorar no futuro.

Finalmente, os relatos de Donizete e Rafael permitem vislumbrar a prioridade terapêutica do CAPS, que reside na reinserção do sujeito em face do seu ambiente, a partir da reconstrução de suas identidades e de suas redes de sociabilidade. Ambos foram incentivados por esta instituição a retomar seus estudos, mesmo com todas as dificuldades geradas pelo adoecimento psíquico.

A história de Marcos

Marcos se afastou do trabalho rural quando ficou doente aos 15 anos de idade, em suas palavras:

Depois de trabalhar, tudo, deu um problema de sistema nervoso lá em casa, eu fui internado em Hospital Psiquiátrico

com 15 anos. Internou eu e minha irmã. Sistema nervoso. Ah, sentia que não tava bom, é... Pensamento mau... Algum inimigo mau por cima de mim. Enforcando eu. Não conseguia dormir. Não dormia de noite, andava pela casa. Eu queria me matar, jogar a cabeça de baixo da água, no tanque lá de casa... Eu ouvia vozes... Depois minha mãe me internou. Ah! Meu pai operou do coração. Nessa época, eu tava trabalhando... Meu pai bebia e fumava. Ele bebia e foi operado do coração, e depois disso, eles me internaram. Me deu problema no sistema nervoso.

Ele conta que foi internado no Hospital Psiquiátrico Araraquarense quando era ainda adolescente e se submeteu as sessões de eletro choque:

Você foi internado aonde?

No Araraquarense.

Como era lá?

Ah! Lá dava choque! Primeira vez não deu choque não! Dava remédio, injeção... Eu nunca fui internado, eu não sabia de Hospital Psiquiátrico! Eles falavam de internar em Hospital Psiquiátrico, com 15 anos eu soube. É, você não dorme! Esse negócio de tomar remédio e dorme. Você não parava de ficar levantando da cama, eu ficava incomodando. Tomava remédio pra sistema nervoso pra acalmar o nervo. Quando eu entrei no primeiro dia, eu não vi nada. Me puseram num quarto escuro. Só no outro dia, quando eu acordei, me deram um sossega leão. Eu acordei, eu não sabia de nada. Eu falava: "*Onde é que tô?*" "*Você tá num Hospital Psiquiátrico!*". "*Você tava nervoso e queria se matar!*" Eles me deram um sossega leão, porque eu queria quebrar tudo!

Você ficou quanto tempo internado?

Eu fiquei dois meses internado.

Depois você foi pra onde?

Eu? Fui pra casa, ficava lá em casa, tomava os remédios, depois meu pai resolveu me levar pra casa do meu tio, ele consertava geladeira, depois eu fiquei ruim eles me levaram de volta. Eu não dormia, ficava andando pela casa de madrugada. Aí, eu fui internado de novo. E... Aí, fiquei dois meses. Aí, na terceira vez, eu ficava em casa amuado, dormindo! Minha mãe cozinhando, limpando a casa, e eu no quarto escuro, calorzão, eu ficava amuado. Eu não melhorei. Aí, depois ela pegou e me internou!

Quando foi que você tomou choque?

Na segunda vez que eu fui internado... É um aparelho assim quadrado, e dois ferros assim com fio, põe na cabeça, aí você fica dormindo.

O que você sentia?

Ah! Eu dormia. Mas, dói se você não ficar relaxado, de olho fechado! Aí, a quarta vez eu fui internado de novo no Araraquarense. Na quarta vez, eu ficava pra rua, andava na rua assim, pra lá e pra cá, e voltava, comprava cigarro no bar. Aí, depois minha irmã ficou ruim também. Aí, eu fiquei ruim também. Internou, mas eu não levei choque nenhum. Aí, depois o rapaz que dava choque, não tava lá. Ele não tava mais lá.

Marcos situa o seu adoecimento psíquico, o “problema em seu sistema nervoso” como um divisor de águas, entre a identidade anterior de trabalhador rural e a nova identidade assumida, a de doente ainda na puberdade.

É interessante notar a importância para o informante de resgatar sua identidade de trabalhador, quando expressa seu desejo de voltar aos estudos:

O que você pensa para o futuro?

Futuro? Computador na minha mão assim. Trabalhar em banco, se eu conseguisse um serviço em banco, no futuro comprar um computador pra mim. E... Pôr na minha casa pra fazer trabalho de banco.

Quais são os seus planos pra sua vida? Você tem algum sonho?

Plano? Não. Eu não tenho estudo. Eu gostaria de voltar "os estudo", mas só tem de noite. Eu tomo remédio, me dá um sono de noite!

Todavia, é possível verificar no cotidiano de Marcos, assim como de outros depoentes homens, ociosidade e ausência de perspectivas:

Acordo sete horas da manhã. E ajudo lá em casa, fazer limpeza. Vou dormir nove horas da noite. Televisão o dia inteiro!

Chama atenção no depoimento de Marcos a inexistência de qualquer menção a sua vida sexual e amorosa. Em nenhum momento o informante menciona este tema, nem no plano dos desejos. Talvez, esse fato possa ser explicado pelo grau de comprometimento do seu adoecimento psíquico que se iniciou quando ele era ainda era adolescente.

A história de Donizete

A identidade de trabalhador se associa ao sofrimento psíquico desde o início da entrevista de Donizete:

Eu sou solteiro (...) Moro com a minha mãe, com as minhas irmãs e meus sobrinhos (...) Sou aposentado (...) Antes eu trabalhava, cortei cana, carpi cana, apanhei laranja, trabalhei dentro de usina. Trabalhei dentro da Usina da Serra, Tamoio, em muitos lugares, eu trabalhei (...) Trabalhei numa firma em São Carlos (...)

Ah, vai fazer uns 10 anos que eu tô aposentado. Deu um problema em mim, daí aposentei, porque eu não podia trabalhar? Me dava tontura em mim, Aí eu fiquei com medo que alguma coisa caísse em mim, Sentia tontura assim (...)

Eu trabalhei aqui na Usina Santa Cruz (...) Inclusive, nós "morou" na Usina Santa Cruz. Eu, meu pai, minha mãe, a família inteira (...) Eu fiquei ruim esses tempo agora, foi no serviço, né? Aí, eu fiquei ruim, minha irmã viu o jeito que eu fiquei e internou eu. Eu via coisa, ouvia coisa no ouvido.

Passar da condição de trabalhador a de doente institui uma alteração provisória da identidade. Isto foi observado com outros homens entrevistados como veremos.

Ao se referir à sua vida antes do adoecimento Donizete retoma sua identidade de trabalhador:

Era bom. Eu trabalhava. Trabalhava normal, né? Eu morava junto com meus pais (...).

Quanto à vivência da sexualidade, ele vincula essa possibilidade à cura do sofrimento psíquico, pois, também para ele, a exemplo de o fato de tomar remédio inviabiliza sair de casa e passear e manter algum relacionamento amoroso.

O senhor já casou?

Não. Solteiro, só namorava só. (rs) Eu tive umas três, quatro. (rs) Só paquera só, né? Nunca cheguei a casar, não.

O que o senhor espera do futuro?

Eu espero mais pra frente "coisa boa", né? Namorar bastante, né?! (rs). Depois que a gente sarar, né?! (rs) Porque eu tomo remédio, né? Voltar o tempo que eu saía (...) Passeava, né? Eu espero isso, né?! (rs)

É possível verificar na fala de Donizete um cotidiano comprometido pelo adoecimento. No entanto, ele demonstra lutar contra as limitações que ele supõe serem impostas pela doença:

Daí, alguns tempo eu voltei de novo estudando! Eu fui até a primeira série, daí o segundo ano tinha muita leitura, aí eu voltei de novo estudando! É bom! Eu gosto! Porque "ocê" vê, agora eu tô estudando lá no Parque São Paulo! Tô, só nesse dia eu não tô indo, porque tava dando tontura em mim, né? Eu chego lá assim, pego na camisa, dá tontura (...) É ruim, Eu acordo às sete hora da manhã, levanto (...) É, mistura, assim, essas coisinha, assim eu faço em casa, compro essas coisa? Saio de casa, dou uma voltinha (...) Só que eu não ando assim fora? Porque eu tenho medo de ficar ruim? Sentir assim tontura, dar alguma coisa em mim (...) Eu ficando perto das pessoas que eu (...) Que a pessoa sabe do meu problema? É mais tranqüilo, fica mais sossegado! (...) À tardezinha, eu vou pra escola. Agora esses dia, eu num tô indo, porque tá dando tontura? Porque eu tenho medo de chegar lá, pegar na caneta,

começar a dar tontura, e voltar de novo? Então eu nem vou, eu fico em casa, **Como é lá na escola?**

Eu tô fazendo a primeira série (...) É à noite (...) E só tem adulto, só gente grande. Eu tô aprendendo a ler e escrever. É bom! Eu leio pouca coisa ainda.

Donizete é um trabalhador rural que a partir do adoecimento psíquico perdeu sua identidade vinculada ao trabalho e adquiriu uma outra a de doente. Todas as suas atividades – trabalho, vida afetiva, relacionamentos, e mesmo uma possível educação escolar se tornaram impossíveis. Ele foi tomado pelo medo - real ou não - decorrente da doença, a de ter tonturas. Estas o distanciavam dos demais e o faziam retornar à casa, sinônimo de proteção. Para um homem, numa sociedade onde o trabalho lhe confere a mais importante identidade, a condição de doente o afasta de desafios, compromissos e de novos projetos.

A história de Rafael

O depoimento de Rafael, reproduzido a seguir, traz à luz, de forma resumida, a importância que o CAPS assume para um usuário no processo de reconstrução de sua identidade após o adoecimento psíquico. O entrevistado relata que sua vida mudou bastante desde que começou o tratamento nessa instituição:

Assim, comecei a ficar muito preso em casa! Não saia de casa, tinha medo das pessoas! Eu me afastava das pessoas, eu só queria um mundo assim só meu, só imaginação que eu criava! Eu tirava da televisão e colocava na minha imaginação! Eu

acho que era errado! Depois, eu fui no psicólogo, entrei no Nosso Ninho, lá eu comecei a ver as coisas como eram, não era aquilo que eu pensava! Eu mudei pra caramba! Fui aos 40 anos! Quando minha cunhada me colocou aqui! Aí, melhorou pra caramba! Saio, tenho bastante amigos! Não fico mais em casa! O CAPS me ajudou muito mesmo! Me fez eu ser mais independente, ter mais responsabilidade! Agora eu tenho responsabilidade, eu sei a hora pra acordar! Antes, eu era muito preguiçoso, não fazia nada! Agora acordo cedo, venho pra cá, converso com os amigos! Quando tem festa de aniversariante é gostoso! Eu acho que eu era muito fechado! Eu não queria ter amigos, eu tinha medo, eu fugia das pessoas! Mas, depois eu fui vendo, minha cunhada falou assim: *"Acho que você tá fazendo errado! Você não pode ter medo das pessoas? Como é que você quer arrumar namorada? Se você tem medo da moça? Você tem que mudar o jeito seu! Você tem que ser mais ativo! Dar volta, passeia! Você vai chegar aos 50 anos, você vai ficar sentado na televisão? Você quer ser assim? Vamos mudar?"* Eu falei: *"Vamos mudar!"* Aí, no Lar Nosso Ninho eu aprendi muita coisa lá!

Como era sua vida antes do CAPS?

Antes de existir o CAPS? Eu era muito acomodado, eu era muito mimado, eu não me esforçava, eu esperava as coisas acontecer! Se você quer uma coisa você tem que batalhar pra acontecer?

Como é o seu cotidiano?

Hoje eu voltei a estudar! Eu tô indo muito bem! Depois de velho, depois dos 40 anos, eu tô conseguindo fazer alguma coisa! Até eu me surpreendo com as coisas que eu tô fazendo hoje! Até eu fico impressionado com as coisas que eu tô fazendo hoje! Graças ao pessoal do CAPS!

Meu dia-a-dia antigamente era só dormir e ouvir rádio! Agora eu saio, às vezes, quando eu não tenho nada pra fazer em casa, eu dou uma volta na cidade, pra não pensar bobeira!

O depoimento de Rafael permite vislumbrar a importância do CAPS na criação de uma nova rede de sociabilidade e sua preocupação em retirar o estigma que acompanha os usuários de instituições psiquiátricas:

Antes de perder a sua mãe, o que te fazia sofrer?

Sofria. Porque eu não tinha com quem conversar, eu era muito fechado! Onde tinha gente, eu me recuava, eu me escondia, eu tinha medo de conversar. Hoje é diferente! Agora eu fiquei gente! Minha cunhada fala que eu tô nota 100! Ela me elogia! Eu falei: "E se não fosse o CAPS?" " O Caps é de louco? Não! Pelo contrário! Lá faz um tratamento, pra você conhecer as pessoas que têm o mesmo problema que você!"

É interessante ressaltar na entrevista de Rafael o contraponto que ele estabelece entre o Hospital Psiquiátrico e o CAPS. Para o informante, a internação seria um "atestado de loucura" para aquele que se submete:

Você chegou a ser internado?

Não! Graças à Deus não! Aí, minha mãe falou: "Vamos consultar o Dr. Ubirajara!" Não sei se é vivo ainda. O Dr. Ubirajara falou que eu era muito esquecido! Ele achava que eu não tinha condições de trabalhar, que eu tinha que ser aposentado. Agora aqui no Caps, a gente tá batalhando a minha aposentadoria. Tomara à Deus!

Você toma remédio hoje?

Agora eu tomo! Pra dormir eu tomo! Eu esqueci o nome. Se você quiser você pergunta pra Dra. Kátia. Ela sabe. É um bem alaranjado, dá um sono legal. É gostoso o remédio!

Você sabe o seu diagnóstico? O que você tem?

Não. A Dra. Kátia sabe. Eu nunca perguntei. Mas, eu acho que deve ser... Eu não sei explicar direito pra você!

O que você acha que é?

Ah! Eu nunca fui internado, eu nunca quebrei nada lá em casa!
O meu grande defeito é gostar do Palmeiras! (rs)

Merece destaque, aqui, no depoimento de Rafael, a menção de “sofrer por alguém”, nas suas memórias de infância em que sua mãe sofreu com a violência de seu pai:

Olha! Minha infância não foi nada boa não! Meu pai bebia muito, ele batia na minha mãe. Meu pai bebia muito, muito, muito, mesmo! E... Minha mãe teve uma dificuldade imensa pra criar nós, eu e meu irmão! E quando meu pai chegava bêbado, minha mãe escondia nós no banheiro, sabe?! Bebia, e depois chegou numa certa idade, minha mãe falou que não dava mais, se separou dele. E criou nós. Aí, minha mãe “meteu o peito”, não tem jeito!

O que é sofrimento pra você?

Sufrimento é quando uma pessoa perde um parente! Que nem eu perdi a minha mãe! Eu quase fiquei a vida inteira com ela! Deus queria ela com Ele! Perder um amigo, um colega, a gente sofre muito, né?!

A experiência do separado

A história de Henrique

Como já mencionado, Henrique, no grupo dos homens, foi um dos poucos a informar ter sido casado. No seu relato aponta a infância o período de início dos seus “problemas”:

Tive uma infância boa não! Problema de bebida alcoólica, pai, irmão... Muita briga! Um das pior infância que eu não desejo pra ninguém! Meu relacionamento com meus irmãos era um

relacionamento de ódio! Era muito problema dentro de casa, ver minha mãe sofrer muito! Infância pobre! Eu cheguei dormi várias vezes fora de casa, de medo de entrar na minha própria casa! Foi mais sofrimento que alegria a minha infância! Eu acho que eu peguei muito amor pela minha mãe, por causa disso, de ver o sofrimento dela! E eu me comecei a me isolar muito do mundo, desde criança por causa disso! Eu acho que os meus problemas começaram na infância mesmo!

Quanto ao seu casamento, responsabiliza seu comportamento pelo término da relação com a esposa:

Fiz minha mulher sofrer muito! Eu acho que eu não fui um bom marido! Nunca respeitei! Eu era muito ciumento! Apesar de eu amar muito ela! Eu era muito ciumento! Não respeitava, acabava ofendendo muito com palavra! Acho que palavra é pior que um tapa na cara! Apesar de eu reconhecer que eu fazia errado, pedia desculpa, no outro dia eu tava fazendo de novo! Palavra de baixo calão...

(...) Eu coloquei na cabeça que ela tinha me traído, e difamei ela! Pra todo mundo! Deixei ela umas duas noites sem dormir, ofendendo! O bairro todo escutando! Acho que se fosse o contrário, eu não ia querer ver ela tão cedo não! Foi uma coisa sem prova! Sabe? Apesar que eu já tava doente! Eu já tava isolado dela fazia 1 ano por conta própria, isolado dentro de um quarto! Eu já tava doente e não percebia! Desde a morte da minha mãe! Eu não deitava na cama, nem pra dormir com ela! Tinha me isolado dos meus filhos! É as coisas mais importante da minha vida, são os meus filhos! Mas, acho que por ter eles, eu não dava valor, não deixava se aproximar de mim, não levava pra passear mais, só fazia minha obrigação de pai...

É interessante observar que, para Henrique, a experiência do casamento parece fazer com que a sua noção sobre o papel do homem se alargue em relação aos outros entrevistados. O entrevistado também dá importância ao papel de provedor e chefe de família. Ou seja, ao lado do trabalho, a constituição de uma união com filhos e sua responsabilidade com eles constitui um elemento central na sua identidade masculina:

Eu não me sinto homem hoje. Eu não tô fazendo nada que mereça essa colocação! O que seria ser homem? Ter uma família, cuidar bem dela, trabalhar, cumprir com os seus deveres! Pra mim seria isso. Mas, hoje em dia eu não boto muita fé. Eu me sinto tão fraco!

Em outro momento, o entrevistado reafirma a importância de sua relação afetiva com sua mãe, enfatizando de certa forma o "sofrer por alguém" tão comum nos relatos femininos desta pesquisa:

Pra mim ninguém entende nada de sofrimento! Se entendesse seria mais fácil de resolver! Sofrimento vem sempre com um acontecimento, né? O meu, foi a perda da minha mãe, a perda da minha família! Eu acho que o meu vem desde a Infância, né?! Pra mim sofrimento é uma tortura, né?

Por outro lado, ressalta a importância da esfera profissional, quando ele conta não ter sido bem sucedido em sua carreira de jogador de futebol:

Frustração por não ter sido bem sucedido na minha carreira!
Eu não aproveitei as oportunidades por sem-vergonhice minha!

O conflito em relação à esfera profissional mostra a inabilidade que Henrique mostrou em lidar com esta. O adoecimento psíquico é o motivo que, segundo ele, o leva a sair do trabalho, apesar da maneira aparentemente involuntária como o entrevistado relata ter ocorrido sua demissão:

Continuei trabalhando! Até que me enganaram! Mandaram eu assinar uns papéis lá, eu assinei minha carta de demissão! Mas já tava muito ruim já! Tava tomando medicamentos já. Apesar de que eu não tinha nenhuma condição de sair de casa! A minha cabeça fica pensativa em algumas coisas, 24 horas por dia! Isso me atrapalha em tudo, cara! A questão da minha doença que eu não sei o que é que isso! A questão da minha mulher me tortura 24 horas por dia! A questão de tá morando com os outros que me deixa louco também! Ah! Não vem nada que presta! Eu fico me perguntando se vale a pena viver!

Neste trecho, Henrique mostra consciência a respeito do estigma que os acompanha, inclusive, porque ele mesmo assim pensava. A perda de capacidade para o trabalho é apontada como forma de escapar a este, e não como um adoecimento.

Antes de me pegar, eu falava que era doença de vagabundo!
(rs) Antes de me pegar! As pessoas acham que eu sou vagabundo! (rs) Sabe?

(...) Eu não tenho vontade de fazer nada hoje?! Eu acho que eu tenho vergonha de mim mesmo! Muitas vezes, eu me pergunto se vale a pena viver mesmo! Isso fica dentro da cabeça e incomoda, viu?! Sabe, não ter vontade de levantar da cama, não ter vontade de enfrentar a vida, não ter vontade de encarar um trabalho? Eu converso comigo mesmo, tá sendo

em vão, eu não consigo chegar em lugar nenhum! De dia é uma tortura, de noite também! (...)

Quem cuida de quem?

As mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro, a partir do paradigma da desinstitucionalização, e a implementação do CAPS em todo país propõem uma reflexão acerca do cuidado aos paciente com transtornos mentais severos. A família neste contexto assume um papel de fundamental relevância, uma vez que neste novo modelo de atendimento psiquiátrico procura-se manter os vínculos do paciente com a sociedade em geral.

Desta forma, cabe indagar a respeito de quais são as pessoas que se encarregam da questão do cuidado no âmbito extra-hospitalar. Através de dados obtidos dos prontuários dos entrevistados e também a partir de suas entrevistas, é possível verificar, de um modo geral, que as pessoas responsáveis por estes pacientes são mulheres.

Assim, os relatos femininos apontam para mulheres cuidando de mulheres, ou seja, são mães, filhas, irmãs e amigas que se assumem a tarefa de cuidar das usuárias do CAPS.

Pode-se afirmar que entre as mulheres solteiras que vivem com suas famílias, estas são cuidadas por suas mães. Assim, Carolina, Gisele, Flávia e Maria são cuidadas por suas mães. É interessante notar que no caso de Maria, esta é cuidada por sua mãe que já é idosa, mas ao mesmo tempo

também cuida dela. Ela demonstra preocupação com relação ao seu futuro caso esta venha a falecer.

Em casos de falecimento de suas mães, as pacientes mulheres são acompanhadas por suas irmãs e, em último caso, não existindo familiares do sexo feminino, são cuidadas por amigas. Bárbara é cuidada por sua irmã, ao mesmo tempo em que cuida de seu irmão com Síndrome de Down. Vera é cuidada por uma amiga e vizinha.

Quando se casam e ficam doentes, estas mulheres passam a ser cuidadas por suas filhas. É o que atesta os relatos de Iolanda e Débora.

Os relatos dos pacientes masculinos demonstram que a tarefa do cuidado é exercida por mulheres. Portanto, os pacientes solteiros são cuidados por suas mães e na ausência destas por irmãs e cunhadas.

São cuidados por suas mães, os seguintes entrevistados: Cristian, Tand, Silvio e Marcos.

Donizete, solteiro e sem filhos e com mãe já falecida, é cuidado por sua irmã. Já Rafael o qual apresenta as mesmas condições de Donizete, todavia sem irmãs é cuidado por sua cunhada.

Carlos era cuidado por sua mãe até o falecimento desta e hoje é cuidado por seu pai. Ele é o único exemplo de paciente nesta pesquisa que tem um "cuidador" do sexo masculino.

Henrique foi o único entrevistado do sexo masculino que foi casado. Em seu prontuário não consta nenhum vínculo do responsável. Seu relato ilustra o caso de alguém que ao ficar doente e se separar, encontra-se sozinho em sua trajetória do adoecimento.

Chama atenção, que entre as mulheres entrevistadas com filhos, estas também exercem a tarefa do cuidado, mesmo estando doentes. Elas cuidam de seus filhos. Débora cuidou de seus filhos e hoje cuida de seus netos.

A entrevista de Bárbara ilustra o caso de uma paciente que cuida de um irmão com Síndrome de Down.

Portanto, é possível concluir que a tarefa do cuidado é socialmente atribuída às mulheres que mesmo estando doentes não escapam de tal prescrição social.

Considerações Finais

Observou-se no decorrer da pesquisa que a experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Portanto, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, expressa regularidades que são conformadas por uma dada configuração social.

Partindo da averiguação do material empírico, pelas entrevistas de homens e mulheres sobre o sofrimento psíquico oriundo de transtornos mentais severos, sobressaem, como pano de fundo, as prescrições sociais de gênero em nossa sociedade contemporânea e as mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro.

As mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro na cidade de Araraquara - SP puderam ser constatadas nas falas dos informantes. Três instituições psiquiátricas compõem esse cenário de transformações, a saber: o Hospital Psiquiátrico Araraquarense, o Hospital Espírita Caibar Schutel e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O Hospital Psiquiátrico Araraquarense foi descrito pelos entrevistados desta pesquisa como palco de antigas práticas psiquiátricas de acordo com o paradigma da internação. Assim, constitui o principal cenário das memórias de violência e exclusão.

Entre os paradigmas de internação e o de desinstitucionalização se encontra o Hospital Espírita Caibar Schutel. Ele recebe atualmente pacientes psiquiátricos em surto psicótico da região de Araraquara-SP. Os informantes dessa pesquisa o descreveram como um espaço em que se encerra a loucura, lugar de tratamento, mas também de exclusão. Dessa forma, lugar a ser evitado.

Por outro lado, o CAPS foi descrito como espaço de tratamento e de sociabilidade para os entrevistados. Lugar em que se estabelecem relações sociais novas e alternativas de reinserção social. Sobretudo, para estes informantes, o CAPS se configura como a primeira alternativa de participação na esfera pública.

É possível perceber nas falas de alguns informantes as transformações do sistema psiquiátrico brasileiro que decorreram da Luta Antimanicomial. Assim, os informantes que pertencem ao grupo etário mais jovem consideram a internação psiquiátrica não como uma medida “natural” do tratamento, mas como algo a ser utilizado em última hipótese, em casos em que a “loucura” não tem controle.

Como demonstraram os resultados da pesquisa empírica, no campo das subjetividades aqui tratadas, encontra-se sob o efeito de uma clivagem, que se desdobra no gênero, na geração e na escolaridade. Dessa forma, as feminilidades e as masculinidades estabelecem diferentes formas de vivenciar o sofrimento psíquico.

As semelhanças e as diferenças encontradas nas entrevistas referem-se às prescrições sociais de gênero que atribuem valores e papéis diferenciados em homens e mulheres, ou em outras palavras, resultam em uma pluralidade de feminilidades e masculinidades, a partir do processo de socialização sexuado.

Essas diferenças podem ser observadas desde o surgimento da primeira crise psicótica até a relação que esses pacientes estabelecem com o CAPS.

O adoecimento psíquico feminino assumiu nessa pesquisa certas regularidades. As mulheres adentraram com maior facilidade no campo da afetividade, assim se dispuseram a falar mais de sua vida afetiva, de envolvimento amoroso e sexuais.

Mas, sobretudo na geração mais nova de mulheres pertencentes às camadas médias intelectualizadas em suas narrativas verifica-se a importância atribuída a carreira profissional.

O surgimento do adoecimento psíquico não inviabiliza que essas mulheres persigam seus objetivos nesse campo da vida. Também, observou-se que estas mulheres desempenham dentro da esfera privada tarefas domésticas.

É interessante ressaltar que as mudanças nos papéis de gênero são sempre acompanhadas por suas permanências. Neste processo ambivalente de mudanças e permanências, os papéis tradicionais de gênero tiveram um "efeito protetor", uma vez que a condição de "filha" dentro do espaço doméstico é

tolerada pelos pais e pelo entorno social. Ser filha e estar doente dentro da esfera privada não resulta numa condição de total incapacidade. Dentro convívio familiar, estas se encarregam da consecução de algumas tarefas domésticas, sendo "tolerada" a incapacidade momentânea para os estudos ou atividade profissional.

O casamento e a maternidade antecedem o adoecimento psíquico entre as mulheres que pertencem à geração mais velha e às camadas populares com baixa escolaridade. A violência de gênero esteve presente nessas narrativas e ocupa um lugar central.

Entre essas mulheres, a vivência do adoecimento psíquico não as impede de desempenhar as prescrições tradicionais de gênero, desta forma desempenham os papéis de mãe e de esposa e se encarregam das tarefas domésticas. A tarefa do cuidado socialmente atribuído às mulheres faz com estas, mesmo enfermas, sigam cuidando de seus familiares.

O adoecimento psíquico masculino para os entrevistados nessa pesquisa resultou numa brusca ruptura em suas trajetórias de vida. Significa, portanto, na exclusão destes do espaço público.

Dentro da esfera privada, se confinam e se estabelece uma rotina marcada pela ociosidade. Assim, o CAPS desempenha para esses pacientes a única ligação destes com a sociedade em geral e, portanto, se estabelece uma maior dependência com essa instituição.

Estar doente para os homens resulta em fracasso social, assim torna-se uma condição não tolerada pela família e sociedade. Uma vez perdida a identidade de trabalhador ou de estudante devido ao adoecimento psíquico, os homens enfrentam maiores dificuldades de reinserção social e reconstrução da identidade anterior. Dessa forma, os relatos masculinos abordaram a questão do estigma que acompanha o adoecimento psíquico.

Outro problema verificado nas entrevistas com homens, é a privação do exercício de suas sexualidades e a incapacidade de cumprir com o papel social de gênero tradicional de provedor e chefe de família.

O desafio a ser enfrentado pela sociedade brasileira contemporânea consiste em incorporar aqueles que pelo fato de serem apenas diferentes são destituídos da condição de sujeitos.

Incorporar, no entanto, não significa sujeitar, silenciar e pôr ordem na suposta desordem.

Significa, sobretudo, que as políticas públicas a serem desenvolvidas na área de saúde mental levem em consideração as questões postas pela perspectiva das relações sociais de gênero e, desta forma, estabeleça um exercício de desconstrução das certezas de nossa suposta ordem racional patriarcal.

Termo de Consentimento Pré-Informado

Eu _____
_____, RG _____,
Estado civil _____, idade _____ anos, residente
na _____ n. _____,
bairro _____, cidade _____,
telefone _____.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O trabalho tem por finalidade obter relatos de histórias de vida para a realização de uma pesquisa feita por Anna Maria Corbi Caldas dos Santos na Universidade de São Paulo (USP), área de Sociologia, que vai tentar mostrar a diversidade da vivência do adoecimento psíquico entre homens e mulheres na sociedade contemporânea brasileira. Serão realizadas entrevistas, que serão gravadas, com 16 (dezesesseis) pacientes.
2. Ao participar desse trabalho estarei contribuindo para o entendimento das diferenças entre o sofrimento psíquico nos homens e nas mulheres atendidos pelo CAPS II “Dr. Nelson Fernandes” do município de Araraquara – SP.
3. A minha participação como voluntário deverá ter a duração de 4 (quatro) meses.
4. Que não corro nenhum risco ao participar dessa pesquisa.
5. Não terei nenhuma despesa ao participar desse estudo.
6. Os procedimentos aos quais serei submetido não provocarão danos morais, físicos ou financeiros.
7. Poderei deixar de participar do estudo a qualquer momento sem prejuízo algum do meu tratamento.
8. Meu nome será mantido em sigilo, assegurado assim a minha privacidade e se desejar, deverei ser informado dos resultados dessa pesquisa.

9. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos poderá entrar em contato com a equipe científica pelos telefones (16) 3335-2927 ou (16) 9168-4064.

Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar do estudo *“Gênero e Saúde Mental: A vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade contemporânea brasileira. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Araraquara – SP”*, na qualidade de voluntário.

Araraquara, ____ de abril de 2007.

Assinatura do voluntário.

Carolina

Data da entrevista: 25/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 24 anos.

Data de Nascimento: 19/08/82.

Natural de Araraquara – SP.

Sexo: Feminino.

Cor: Branca.

Estado Civil: Solteira.

Escolaridade: Superior Completo. Pedagogia.

Diagnóstico: F20. (Esquizofrenia Paranóide)

Internação: Sim.

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 08/02.

Modalidade de Tratamento no CAPS: Alta em 2004. Consulta a cada 3 meses com a psiquiatra responsável.

Vínculo do Responsável: mãe.

Gisele

Data da Entrevista: 03/05/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 29 anos.

Data de Nascimento: 15/02/78.

Natural de Araraquara – SP.

Sexo: feminino.

Cor: Branca.

Estado Civil: Solteira.

Filhos: Não.

Escolaridade: Superior Completo.

Diagnóstico: F 25. (Transtorno Afetivo Bipolar do tipo maníaco)

Internação: Sim.

Tempo de Tratamento no CAPS: Desde 2003.

Modalidade de Tratamento no CAPS: Não – Intensivo.

Vínculo do responsável: mãe.

Vera

Data da Entrevista: 18/05/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 31 anos.

Data de Nascimento: 14/01/76.

Sexo: Feminino.

Natural de: Mairi – Bahia.

Cor: Parda.

Estado Civil: divorciada.

Filhos: Sim.

Escolaridade: Ensino Fundamental.

Tempo de Tratamento no CAPS: Desde novembro de 2006.

Modalidade de Tratamento no CAPS: Semi – Intensivo.

Diagnóstico: F 30.2 (Mania com sintomas psicóticos)

Internação: Sim.

Vínculo do responsável: amiga.

Flávia

Data da entrevista: 12/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 36 anos.

Data de nascimento: 08/04/70.

Natural de Matão – SP.

Sexo: Feminino.

Cor: Branca.

Estado Civil: Solteira.

Filhos: Não.

Escolaridade: Superior Completo. Graduada em Química.

Ocupação: Professora desempregada.

Diagnóstico: F.20.0 (Esquizofrenia Paranóide)

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 05/04/04.

Modalidade de Tratamento no Caps em 04/07: Semi – Intensivo (4 x ao mês)

Internação: Sim.

Vínculo do Responsável: mãe.

Bárbara

Data da entrevista: 09/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 43 anos.

Data de Nascimento: 16/04/64.

Natural de Araraquara – SP.

Estado Civil: Solteira.

Filhos: Não.

Cor: Parda.

Aposentada por Invalidez.

Escolaridade: Primeiro grau incompleto.

Tempo de Tratamento no CAPS: Desde 03/07/02.

Modalidade de Tratamento no CAPS:

Diagnóstico: F 31.2 (Transtorno Afetivo Bipolar com sintomas psicóticos)

Internações: Sim.

Vinculo do Responsável: irmã.

Débora

Data da entrevista: 19/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 47 anos.

Data de Nascimento: 11/07/59.

Natural de Araraquara – SP.

Sexo: Feminino.

Cor: Branca.

Estado Civil: Desquitada.

Filhos: Sim.

Escolaridade: Ensino Fundamental.

Profissão: Empregada Doméstica. (desempregada)

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 12/05.

Modalidade de Tratamento no Caps: Semi – Intensivo (5 x ao mês)

Diagnóstico: Histeria (?)

Vínculo do Responsável: filha.

Iolanda

Data da Entrevista: 21/05/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 47 anos.

Data de Nascimento: 02/03/60.

Natural de Araraquara – SP.

Sexo: Feminino.

Cor: Parda.

Estado Civil: Divorciada.

Filhos: Sim.

Escolaridade: Ensino Fundamental.

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 02/07.

Modalidade de Tratamento no Caps em 04/07: Intensivo (12 x ao mês)

Diagnóstico: F 20.5 (Esquizofrenia Residual)

Internação: Sim.

Vínculo do Responsável: filha.

Maria

Data da entrevista: 26/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 53 anos.

Data de nascimento: 20/05/53.

Natural de Araraquara - SP.

Sexo: Feminino.

Cor: Amarela. Neta de japoneses.

Professora aposentada por invalidez.

Estado Civil: Solteira.

Filhos: Sim. (falecido)

Escolaridade: Superior Completo.

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 06/02.

Modalidade de Tratamento no Caps em 04/07: Não – Intensivo (2 x ao mês)

Diagnóstico: F 22. (Transtorno Delirante)

Internação: Sim.

Vínculo do Responsável: mãe.

Cristian

Data da entrevista: 16/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 24 anos.

Data de nascimento: 10/06/82.

Sexo: Masculino.

Cor: Branco.

Estado Civil: Solteiro.

Filhos: Não.

Escolaridade: Superior Incompleto.

Diagnóstico: F 20. (Esquizofrenia)

Internação: Não.

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 02/03.

Modalidade de Tratamento no Caps em 04/07: Semi-Intensivo (4 x ao mês)

Vínculo do Responsável: mãe.

Silvio

Data da entrevista: 11/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 26 anos.

Data de nascimento: 26/11/80.

Local de Nascimento: Guarapiranga - Ribeirão Bonito.

Sexo: Masculino.

Cor: Negro.

Estado Civil: Solteiro.

Filhos: Não.

Escolaridade: Ensino Médio.

Ocupação: Servente de Obras da Prefeitura de Araraquara.

Diagnóstico: F 20. (Esquizofrenia)

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 04/05.

***Modalidade de Tratamento no Caps em 04/07: Semi – Intensivo
(5 x ao mês)***

Internação: Sim.

Vínculo do Responsável: mãe.

Tand

Data da entrevista: 13/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 30 anos

Data de Nascimento: 01/02/76.

Natural de Araraquara – SP.

Sexo: Masculino.

Cor: Branco.

Estado Civil: Solteiro.

Filhos: Não.

Escolaridade: Ensino Médio.

Profissão: Ajudante de pedreiro.

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 03/06.

Modalidade de Tratamento no Caps em 04/07: Semi – Intensivo (4 x ao mês)

Diagnóstico: F 23. (Transtorno Psicótico Agudo)

Internação: Não.

Vínculo do Responsável: mãe.

Carlos

Data da entrevista: 18/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 31 anos.

Data de Nascimento: 10/09/75.

Natural de Araraquara - SP.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Solteiro.

Cor: Branco.

Filhos: Não.

Escolaridade: Ensino Médio.

Diagnóstico: F 20. (Esquizofrenia Paranóide)

Internação: Não.

Tempo de Tratamento no CAPS: Desde 2003.

Modalidade de Tratamento no CAPS: Semi - Intensivo.

Vínculo do responsável: pai.

Henrique

Data da entrevista: 27/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 35 anos.

Natural de Ibirá - SP.

Sexo: Masculino.

Cor: Branco.

Estado Civil: Separado.

Filhos: Sim.

Escolaridade: Ensino Médio.

Profissão: Auxiliar de Cargas. Desempregado.

Diagnóstico: ?

Internação: Não.

Tempo de Tratamento: Desde janeiro de 2007.

Modalidade de Tratamento: Intensivo.

Vínculo do responsável: Não consta.

Marcos

Data da entrevista: 14/05/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 38 anos.

Data de Nascimento: 28/03/68

Natural de Araraquara – SP.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Solteiro

Cor: Branco.

Filhos: Não

Escolaridade: Ensino Fundamental.

Profissão: Aposentado. Era trabalhador rural.

Diagnóstico: F20. 5 (Esquizofrenia Residual)

Tempo de Tratamento no CAPS: Desde 01/10/03.

Modalidade de Tratamento no CAPS: Semi – Intensivo (3 x por semana)

Internação: Sim.

Vínculo do responsável: mãe.

Donizete

Data da Entrevista: 23/04/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 41 anos.

Data de Nascimento: 11/04/66.

Natural de Abatiá - Paraná.

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Solteiro.

Cor: Branco.

Filhos: Não.

Escolaridade: Cursando Supletivo. Ensino Fundamental.

Aposentado por Invalidez.

Profissão: Trabalhador Rural.

Diagnóstico: F 20.0 (Esquizofrenia Paranóide)

Internação: Sim.

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 01/04.

Modalidade de Tratamento no Caps em 04/07: Semi – Intensivo (6 x ao mês)

Vínculo do Responsável: irmã.

Rafael

Data da entrevista: 04/05/07. Às 14:00 horas. Local: Caps.

Idade: 44 anos.

Data de Nascimento: 16/02/63.

Natural de Araraquara – SP.

Sexo: Masculino.

Cor: Branco.

Filhos: Não.

Escolaridade: até a quinta série do antigo ginásio.

Diagnóstico: F 23.9 (Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado)

Internação: Não.

Tempo de Tratamento no Caps: Desde 2003.

Modalidade de Tratamento: Semi - Intensivo.

Vínculo do responsável: cunhada.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Miguel Vale de. "*Gênero, masculinidades e poder: revendo um caso do sul de Portugal.*" In: **Anuário Antropológico/95**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

AMARANTE, Paulo. "*Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica.*" In: **Cadernos de Saúde Pública. Vol.11 n. 3**. Rio de Janeiro. July/ Sept. 1995.

AMARANTE, Paulo. "*Manicômio e Loucura no final do século e do milênio.*" In: FERNANDES, M.I.A org. "**Fim de século: ainda manicômios?**" São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

ARAÚJO, M. F., 1996. **Atendimento a mulheres e famílias vítimas de violência doméstica**. Revista de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica, 9:7-17.

BERQUÓ Elza e CUNHA, Estela Maria G. P. da. "**Morbimortalidade feminina no Brasil (1979 - 1995)**" Campinas - SP, Editora da Unicamp, 2000.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOZON, Michel. **Sociologia da Sexualidade**; tradução Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRUNI, José Carlos. "*Foucault: o silêncio dos sujeitos.*" In: **Tempo Social; Rev. Sociologia. USP, S. Paulo**, 1(1):199-207, 1. sem. 1989.

BRUSCHINI, Cristina e COSTA, Albertina de Oliveira. **Uma questão de gênero.** Editora Rosa dos Tempos, 1992.

BRUSCHINI, Cristina e UNBEHAUM, Sandra G. (orgs). **Gênero, democracia e sociedade brasileira.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas. Editora 34, 2002.

CORDÁS, Taki Athanassios e SALSANO, Fábio Tápia. **Saúde da Mulher.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

CORRÊA, Sonia. "*Gênero e Saúde: Campo em transição.*" In: BRUSCHINI, Cristina e UNBEHAUM, Sandra G. (orgs). **Gênero, democracia e sociedade brasileira.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas. Editora 34, 2002.

COSTA, Rosely Gomes. "*De clonagens e de paternidades: As encruzilhadas do gênero.*" In: **Cadernos Pagu (11)** 1998.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **"O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo."** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5.ed. ampliada. São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.

D`INCAO, Maria Angela. (org.) **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Graal, 1992.

ENGEL, Magali. "*Psiquiatria e Feminilidade*". In: "**História das mulheres no Brasil**". (org) DEL PRIORE, Mary. 4. ed – São Paulo: Contexto, 2001.

FOUCAUT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Ditos e escritos I**. tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro; organização e seleção de textos, Manoel Barros da Motta. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. "*Verdade e poder*" In: **Microfísica do poder**. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1981.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir. Nascimento da prisão**. Editora Vozes, Petrópolis, 1987.

FRAYZE, João Pereira. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 2006. Coleção primeiros passos.

FRIEDAN, Betty. **A mística feminina**. Petrópolis: Vozes, 1971.

GARCIA, Carla Cristina. "**Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura**". Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1995.

GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. (Quarta edição)

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública.** Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 1994.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios.** Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta Fernandes. **Experiências da Loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MOORE, Henrietta L. "*Fantasia de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência.*" In: **Cadernos Pagu (14)** 2000.

NOLASCO, Sócrates. **O mito da masculinidade.** Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

RABELO, Miriam Cristina, ALVES, Paulo César e SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RELATÓRIO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) ONU - 2001. Editado em português pela Organização

Panamericana de Saúde (OPAS): **Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança.**

RESENDE, Heitor. "*Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*". In: "**Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil.**" (orgs) TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 6.ed.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil.** Editora: Arte & Ciência, 1999.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Ed) **Epidemiologia & Saúde.** 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SCOTT, Joan W. "*Preface a Gender and Politics of History.*" In: **Cadernos Pagu** n.3, 1994.

SILVA, João Paulo Lyra da, COUTINHO, Evandro da S. F. e AMARANTE, Paulo Duarte. "**Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro.**" In: **Cadernos de Saúde Pública. Vol. 15. n. 3.** Rio de Janeiro July/Sept. 1999.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

TELES, Maria Amélia de Almeida e MELO, Monica de. "**O que é violência contra a mulher.**" São Paulo: Editora Brasiliense, 2003.

TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. (orgs)
Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil.
6.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

VILLELA, Wilza. "*Gênero, saúde dos homens e masculinidades.*"
In: **Ciênc. Saúde Coletiva. Vol.10. n. 1.** Rio de Janeiro.
Jan/Mar. 2005.

Women's Mental Health: An Evidence Based Review.
World Health Organization. Geneva, 2000.

Endereço eletrônico:

Site do **Ministério da Saúde**: [http://www.
portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154](http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=154)

