

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**TRAJETÓRIAS, ACUSAÇÕES E SOCIABILIDADE:
UMA ETNOGRAFIA EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA
PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

SÍLVIA MONNERAT

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**TRAJETÓRIAS, ACUSAÇÕES E SOCIABILIDADE:
UMA ETNOGRAFIA EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA
PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

SÍLVIA MONNERAT

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Velho

Rio de Janeiro
Janeiro de 2009

**TRAJETÓRIAS, ACUSAÇÕES E SOCIABILIDADE:
UMA ETNOGRAFIA EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

SÍLVIA MONNERAT

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Velho

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Antropologia Social

Aprovada por:

Presidente, Prof. Gilberto Velho (MN/UFRJ)

Prof. Luiz Fernando Dias Duarte (MN/UFRJ)

Prof. Ana Teresa A. Venancio (COC/FIOCRUZ)

Prof. Adriana Vianna (MN/UFRJ)

Prof. Claudia Barcellos Rezende (UERJ)

Rio de Janeiro
Janeiro, 2009

Monnerat, Sílvia

Trajetórias, acusações e sociabilidade: uma etnografia em um centro de convivência para pacientes psiquiátricos / Sílvia Monnerat. Rio de Janeiro: UFRJ/MN/PPGAS, 2008

x, 88 f.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Velho.

Dissertação (mestrado). UFRJ, Museu Nacional, Programa de Pós-Graduação em Antropologia social, 2008.

Referências Bibliográficas: f. 96-99

1. Loucura. 2. Doença mental. 3. Trajetória. 4. Acusação. 5. Sociabilidade. 6. Etnografia. 7. Antropologia Social. I. Velho, Gilberto. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Trajetórias, acusações e sociabilidade: uma etnografia em um centro de convivência para pacientes psiquiátricos.

Aos técnicos e usuários do Centro de Convivência.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço a todos que possibilitaram a realização do presente trabalho, em especial ao professor Gilberto Velho pela orientação, incentivo, diálogo, amparo na indicação de fontes, sugestões, revisão do trabalho e pela paciência em meus momentos de desespero.

Quero agradecer também ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) por ter me proporcionado um rico ambiente intelectual, através das disciplinas ministradas e do contato com os corpos docente e discente; e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter me concedido, durante um ano, bolsa de mestrado.

Ao professor Luiz Fernando Dias Duarte, à Ana Venancio, Adriana Vianna e Claudia Rezende, por terem aceito compor a minha banca de mestrado e por se mostrarem disponíveis para ler e debater este trabalho.

Aos técnicos e pacientes do Centro de Convivência pelos momentos incríveis que me proporcionaram, pela simpatia e pelo carinho que todos tiveram comigo. Sem eles esta pesquisa não poderia ter sido realizada! Em especial queria agradecer à Rachel Guimarães, pois tenho certeza de que além de todo o conhecimento que este trabalho me trouxe, ganhei também uma amiga.

Aos membros da Coordenação de Saúde Mental de Niterói, da Divisão de Ensino e a Raquel Oliveira, por terem aceito meu projeto e terem conversado comigo nos momentos em que isso se fez necessário. Obrigada, principalmente, por terem me encaminhado para o Centro de Convivência, pois, talvez outro serviço não tivesse sido tão frutífero intelectualmente e não tivesse me possibilitado desenvolver laços tão fortes de afeição.

Ao Dr. Leandro Nascimento, um agradecimento especial pelas indicações necessárias para a entrada na instituição, pois sem elas não teria sido possível começar este trabalho. Obrigada, também, à Carolzinha por sua amizade e paciência em escutar meus “causos” de campo e por ter me apresentado ao Leandro.

Agradeço, ainda, à FIOCRUZ e aos integrantes do projeto “Pavilhão Nossa Senhora dos Remédios” que me possibilitaram trabalhar em um ambiente de pesquisa muito produtivo durante o tempo em que estive sem bolsa de mestrado. Agradeço em especial à Laurinda, Ana e Bela por terem me convidado para participar da pesquisa. Faço, também, um agradecimento especial ao Bruno Zilli, pelas indicações e sugestões feitas em nossas conversas durante o desenvolvimento deste trabalho.

Por fim, mas não menos importante, agradeço de todo meu coração e com todo o carinho ao meu pai, João, à minha mãe, Sonia, às minhas irmãs, Júlia e Manoela e ao meu namorado, Andrei, pela força, incentivo, companherismo, amor e compreensão durante todo esse difícil ano. Este agradecimento é mais uma forma de demonstrar o amor que sinto por eles.

RESUMO**TRAJETÓRIAS, ACUSAÇÕES E SOCIABILIDADE:
UMA ETNOGRAFIA EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA
PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS****SÍLVIA MONNERAT**

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Velho

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Resultado de trabalho etnográfico realizado durante o ano de 2008 em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos, localizado na cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, esta dissertação procurou traçar a trajetória de vida de alguns usuários, assim como as relações sociais estabelecidas dentro do serviço. Durante a observação participante ficou constatado que, mesmo que o presente estudo tenha sido realizado em um período posterior à Reforma Psiquiátrica, o trânsito dos usuários por outras redes de relações que não as estabelecidas no local de tratamento, era muito restrito. O estigma sofrido devido às acusações de loucura provenientes do fato de realizarem tratamento psiquiátrico surgiu como hipótese explicativa para essa restrição.

Palavras-chave: Loucura; Doença mental; Trajetória; Acusação; Sociabilidade; Etnografia; Antropologia Social.

Rio de Janeiro
Janeiro, 2009

SUMÁRIO:

INTRODUÇÃO	11
1. O CENTRO DE CONVIVÊNCIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA ILHA OU UM CONTINENTE NO OCEANO DA RAZÃO?.....	15
1.1. O Centro de Convivência	15
1.2. A Reforma Psiquiátrica	19
1.3. O Centro de Convivência no contexto da Reforma Psiquiátrica	23
1.4. O Centro de Convivência e a Portaria 396 do Ministério da Saúde.....	26
1.5. Outras Considerações: A ilha e o continente.....	30
2. DIZEM QUE SOU LOUCA: UM RELATO ETNOGRÁFICO.....	31
2.1. A entrada em campo	31
2.2. Antropo... o quê? – a delimitação do meu espaço institucional	33
2.3. Dizem que sou louca: maluquice pega?	36
2.4. Notas sobre trajetórias de vida	38
2.5. O estabelecimento de uma relação afetiva	43
2.6. O momento do afastamento	45
3. SER OU NÃO SER [LOUCO] - EIS A QUESTÃO.....	48
3.1. Loucura e normalidade	48
3.2. <i>Ser</i> ou <i>estar</i> louco?	51
3.3. Loucura como categoria acusatória	54
3.4. Vagabundagem versus loucura – um estudo de caso	56
4. DIZE-ME COM QUEM ANDAS QUE TE DIREI QUEM ÉS: UM ESTUDO SOBRE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS E SUAS RELAÇÕES SOCIAIS.....	62
4.1. Relações com os funcionários.....	64
4.2. Relações amorosas	68
4.3. Relações familiares	77
4.4. Relações de trabalho	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

“Enquanto você
Se esforça pra ser
Um sujeito normal
E fazer tudo igual...

Eu do meu lado
Aprendendo a ser louco
Maluco total
Na loucura real...

Controlando
A minha maluquez
Misturada
Com minha lucidez...

Vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza”

Maluco Beleza
Raul Seixas e Cláudio Roberto

INTRODUÇÃO:

Esta dissertação pode ser brevemente apresentada como o resultado do trabalho etnográfico realizado durante o ano de 2008 em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos, localizado na cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro.

Como o *desvio* e o *estigma* foram, desde a graduação, temáticas que me interessaram (e que eu pretendia estudar durante o mestrado), escolhi desenvolver, como tema de minha dissertação, um estudo sobre os indivíduos que são acusados, pelo senso-comum, de duplamente *desviantes*, ou seja, pessoas das camadas populares que sofreram acusações públicas de *loucos* pelo fato de realizarem tratamento em instituição psiquiátrica.

Para que tal estudo pudesse ser realizado, dei entrada com um projeto na Divisão de Ensino¹ do maior e mais conhecido hospital público psiquiátrico de minha cidade, por acreditar que ali seria o campo ideal para estudar sobre esses “pobres loucos”. Os coordenadores deste setor, por sua vez, me encaminharam para o Centro de Convivência: serviço de assistência extra-hospitalar, oferecido pela Rede Substitutiva de Assistência a Saúde Mental do município.

Este serviço atende cerca de cinquenta usuários da rede e tem como objetivo diminuir a ociosidade daqueles que ali são atendidos, através de oficinas de atividades, assim como estimular a sociabilidade de seus pacientes. Assim sendo, percebe-se que o foco deste setor centra-se na esfera relacional, não funcionando como um local de tratamento *stricto sensu*, ou seja, o Centro possui um caráter eminentemente preventivo, atuando no campo social e cultural e não no da saúde – os pacientes, para frequentarem o serviço, devem realizar tratamento psiquiátrico em algum ambulatório da rede.

O projeto inicialmente apresentado para a entrada na instituição tinha como objetivo principal a investigação de como certos comportamentos eram considerados *estigmatizados* e *desviantes* em determinados contextos sociais e, para tanto, procuraria verificar a existência de uma ordem moralizadora que englobaria a relação do indivíduo com a sociedade/cultura.

Após a entrada em campo verificou-se, no entanto, que muito mais teria que ser investigado: o campo oferecia mais questões do que a inicialmente levantada. Assim

¹ Divisão responsável pelo ingresso de estagiários, residentes e outros estudantes que desenvolvam trabalhos ou pesquisas na instituição.

sendo, mesmo que o objetivo geral de estudar a questão do *desvio* e do *estigma* sofrido por pacientes psiquiátricos tenha se mantido, rapidamente se tornou patente que outros pontos também deveriam ser enfocados. Seguiu-se, portanto, no desenvolvimento desta dissertação, o pressuposto malinowskiano (1975) de que, durante a observação participante, deve-se estar sempre atento à maior gama possível de eventos e fenômenos que aconteçam no dia-a-dia do trabalho etnográfico, não se devendo manter fechado em *a priori* muito definidos.

Dessa forma, a primeira questão que surgiu referia-se à percepção do Centro como o lugar privilegiado de desenvolvimento das relações sociais de seus usuários. Mesmo em um contexto pós-asilar, a instituição de tratamento psiquiátrico (ao menos no caso estudado) continuava a se constituir como o *locus* privilegiado das interações sociais dos seus pacientes. Verificou-se, portanto, que mesmo que o movimento anti-manicomial tenha se baseado em uma perspectiva pautada na tentativa de maior inserção dos usuários dos serviços de assistência à saúde mental em outras esferas relacionais que não a da instituição de tratamento, os pacientes do Centro não estabeleciam um pleno trânsito por outras *redes de relações* (com exceção, em alguns casos, da igreja e da família).

Tendo em vista esse primeiro ponto que me saltou aos olhos, foi necessário, para além da discussão sobre a dimensão das relações sociais desenvolvidas pelos usuários do serviço, estabelecer uma relação entre este serviço e o contexto mais amplo do qual ele fazia parte, a saber, a Reforma Psiquiátrica. Este movimento enfatizou o estímulo à sociabilidade do paciente, tornando possível, assim, o surgimento e a legitimação de uma esfera de tratamento que não tem seus fundamentos baseados no saber médico, mas sim, na esfera da sociabilidade.

Verificou-se, portanto, que se fazia necessário um estudo mais aprofundado sobre a conjuntura que tornou possível a emergência desse serviço de assistência à saúde mental, que possuía características tão peculiares devido a sua ênfase no social e não no saber médico. A compreensão destas características, assim como a feitura de um panorama geral sobre as principais questões contidas no movimento da Reforma Psiquiátrica (a saber, temas como *cidadania* e *autonomia* dos pacientes) se fez fundamental e culminou no primeiro capítulo desta dissertação, que conta, ainda, com a descrição do Centro de Convivência: sua criação, suas atividades, seus funcionários e suas características principais de funcionamento; assim como com uma revisão sobre a

Portaria 396 do Ministério da Saúde, que regulamenta os Centros de Convivência no Brasil.

O segundo capítulo, de relato mais pessoal, contém uma descrição sobre diversos momentos vividos: a aproximação e o afastamento do campo, assim como as dificuldades e facilidades encontradas para a realização do trabalho etnográfico. Nele estão presentes, ainda, notas a respeito de comportamentos *estigmatizados* (o que já estava previsto no objetivo geral inicialmente proposto), verificando-se que as acusações de *desvio* e *estigma* não se referem apenas aos pacientes psiquiátricos, mas, também, a todo este campo de saber e a todos aqueles que nele se inserem. Discutem-se, por fim, neste capítulo, a dimensão do contágio inserida na *loucura*, trechos de trajetórias de vida de alguns pacientes, assim como a presença de diferentes construções da realidade no campo estudado.

Antes de entrar, de fato, no estudo sobre as relações sociais estabelecidas pelos usuários desse setor, acreditou-se ser fundamental uma discussão sobre categoria: debater como a *loucura* e o *desvio* são percebidos, tanto no discurso dos pacientes e dos técnicos (buscando suas percepções sobre a *doença mental*), quanto na bibliografia consultada. Assim sendo, o terceiro capítulo desta dissertação concentra-se nestas discussões e, também nos seguintes aspectos: na exposição de diferentes caracterizações feitas sobre os pacientes pela equipe técnica (evidenciando que a *doença mental* não se apresenta de maneira homogênea nos diferentes indivíduos); na percepção, durante a observação participante, de que a *loucura* tende a assumir uma dimensão acusatória dentro do campo estudado; e em um estudo de caso sobre um paciente que foi, durante quase um ano, acusado de ser vagabundo e não *doente mental*, fazendo vigorar, neste caso, a acusação de *sanidade* e não de *loucura*.

Por fim, o último capítulo deste trabalho tem como objetivo discutir, partindo de uma análise interacionista, as diferentes relações sociais estabelecidas pelos usuários do Centro. Parte-se, aqui, da hipótese de que, mesmo que o contexto estudado seja pós-Reforma Psiquiátrica, o Centro de Convivência se constitui como o *locus* privilegiado de interação de seus frequentadores e de estabelecimento de suas relações sociais. Surge, aqui, a hipótese de que o *estigma* sofrido por eles tende a diminuir o trânsito por outras *redes de relações*, que não o da instituição de tratamento. Este capítulo se subdivide em quatro itens que abrangem quatro esferas relacionais dos pacientes do Centro, a saber: a *relação com os funcionários*, sendo atribuída a esta relação a frequência de muitos pacientes; as *relações amorosas*, desenvolvidas por quatro casais de pacientes

ou por pacientes com não pacientes; as *relações familiares*, em sua maioria conflituosas, e as *relações de trabalho*, estabelecidas dentro da instituição, referindo-se a bolsas de trabalho assistido.

Para além do estudo sobre as relações estabelecidas pelos usuários do Centro de Convivência, buscou-se traçar, nesta dissertação, a trajetória de vida de alguns pacientes, baseando-se, para tanto, em seus próprios discursos e no da equipe técnica, assim como em seus prontuários médicos, que consistem em um meio privilegiado de análise do discurso proferido pelo saber médico.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho baseou-se, principalmente, na observação participante, mas contou, também, com a realização de entrevistas semi-estruturadas, com a análise de prontuários médicos e com uma revisão bibliográfica, baseada, principalmente em temas referentes à Reforma Psiquiátrica, ao *desvio* e ao *estigma* (sendo privilegiados, para tanto, os autores interacionistas) e sobre as temáticas da *loucura* e da *doença/saúde mental*.

1. O CENTRO DE CONVIVÊNCIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA ILHA OU UM CONTINENTE NO OCEANO DA RAZÃO?

*“A loucura, objeto dos meus estudos, era até
agora uma ilha perdida no oceano da razão;
começo a suspeitar que é um continente”*

Machado de Assis, *O Alienista*

A referência ao texto *O Alienista* de Machado de Assis (1986), no título e na epígrafe, faz alusão a momentos vividos em campo, quando, ao entrar na instituição, acreditou-se que aquele era o único território a ser explorado e, posteriormente, quando se percebeu que aquilo, que parecia uma ilha isolada, era apenas uma pequena parte de um contexto muito mais amplo, que o englobava.

Desse modo, para além da discussão sobre a criação e o desenvolvimento do Centro de Convivência, objeto de estudo desta dissertação, se fez necessária uma revisão bibliográfica sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como o desenvolvimento de um mapeamento, ainda que breve, sobre esse processo. A compreensão de uma instituição com características tão peculiares só é possível quando pensada em uma perspectiva mais abrangente.

1.1. O Centro de Convivência

O estudo do Centro de Convivência tornou-se relevante, sobretudo, devido a seu singular processo de criação: quatro auxiliares de enfermagem, possuindo apenas formação técnica, em uma iniciativa autônoma (sem nenhuma compensação evidente, tal como acréscimo salarial), buscaram cursos de capacitação e se disponibilizaram a flexibilizar suas funções, começando a desenvolver, para além de suas obrigações institucionais, oficinas de atividade com o intuito de diminuir a ociosidade dos pacientes internados na enfermaria feminina do hospital² psiquiátrico onde trabalhavam.

Este serviço, iniciado em 1996, foi chamando a atenção dos diretores e ganhando maior espaço (físico e simbólico) dentro da instituição. Primeiramente suas atividades aconteciam dentro da própria enfermaria; posteriormente ganharam salas

² Sublinha-se que, mesmo as oficinas se passando dentro da enfermaria feminina, havia a presença de pacientes homens nas atividades desenvolvidas.

dentro do espaço físico do hospital (mas fora da enfermaria); e, em uma tendência progressiva de se desvincular do hospital, ganharam, no ano de 1999, espaço em uma casa anexa, lugar onde ainda hoje se localiza. Durante esse processo de afastamento do espaço físico do hospital, os técnicos que criaram as oficinas foram desvinculados de suas obrigações anteriores na enfermaria e passaram a ocupar apenas o cargo de coordenadores do Centro passando a desenvolver integralmente nele suas atividades.

Além dos quatro auxiliares de enfermagem (dois homens e duas mulheres) que o desenvolveram, o Centro contou, no ano de 2008, com o trabalho de duas psicólogas que desempenharam a função de supervisoras (em períodos alternados – quando uma pediu o afastamento uma outra assumiu o cargo), participando da discussão de casos clínicos com os técnicos do Centro, em reuniões semanais; além de duas terapeutas ocupacionais, uma contratada desde 2006 e a outra, concursada, que assumiu o cargo em meados de 2008.

Logo no primeiro dia de trabalho de campo, a equipe do Centro disponibilizou uma listagem com os nomes, data de entrada, técnico de referência (cada técnico é responsável por um número de usuários³), bairro de moradia, data de entrada no Centro, diagnóstico e número do prontuário, de cada paciente. De posse desse documento foi possível realizar uma breve análise e observar que, naquele momento, dos 54 usuários que constavam na lista (em toda a sua história, 146 usuários teriam passado pelo serviço), 31 eram homens e 23 eram mulheres; os bairros em que residiam eram, em sua grande maioria, na cidade de Niterói, porém não exclusivamente: ainda que, tanto o hospital quanto o serviço estejam vinculados à Secretária de Saúde de Niterói, devendo, portanto, receber pacientes apenas desse município, quatro usuários residiam no município de São Gonçalo e, aparentemente, utilizaram endereços de parentes para a realização do cadastro. Dos 50 usuários cuja residência era em Niterói, 22 residiam na região em que se encontra o hospital (11 no próprio bairro e 11 em dois bairros vizinhos), quatro eram moradores de rua. Quanto aos diagnósticos, 33 eram de esquizofrenia (segundo o Cid10⁴: F20).

³ Termo que passou a ser adotado, pelo SUS para se referir aos beneficiários do seu sistema. Este termo assumiu valor particular no âmbito da saúde mental, por possibilitar o abandono da expressão *paciente*, que é considerada negativa para os sujeitos com sofrimento mental.

⁴ “A *Classificação Internacional das Doenças* (CID), que visa abranger todas as doenças onde, então, são incluídas, especificamente, as ‘doenças mentais’. Desde sua origem ela foi criada para, estatisticamente, classificar e informar a ‘morbidade’ e a ‘mortalidade’, constituindo-se, então como uma ‘classificação estatística’ de doenças.” (Venancio. 1998:121)

Com o passar dos anos, o reconhecimento do Centro dentro da instituição foi crescendo e, mesmo sendo alvo de críticas de outros funcionários, pelo fato de serem auxiliares de enfermagem coordenando um setor de atendimento – uma das críticas recebidas foi a acusação de que não realizavam terapia e sim passa-tempo com os usuários –, o serviço recebeu o apoio da Secretária Municipal de Saúde de Niterói para se constituir como uma instituição à parte e se desvincular do hospital psiquiátrico em que começaram a desenvolver seus trabalhos.

Em abril de 2008 houve uma notificação da Coordenação de Saúde Mental do município informando que a Prefeitura de Niterói teria se disponibilizado a pagar o aluguel de uma casa para instalar o Centro longe das imediações do hospital. A demanda pela troca de casa foi evidenciada pelos técnicos, primeiramente, como sendo do próprio Centro, já que existiria o intuito de se desvencilhar ainda mais do hospital e, assim, tentar diminuir o estigma sofrido pelos usuários, uma vez que eles não teriam a necessidade de estar dentro do espaço físico do hospital nem em sua proximidade, exceto durante a realização de tratamento psicológico e/ou médico ou durante possíveis internações. Falou-se, ainda, que, saindo do prédio anexo ao hospital, o poder de barganha para a regulamentação do Centro como um Centro de Convivência e Cultura *stricto sensu*, junto ao Governo Federal, poderia aumentar. Pude, ainda, neste dia e, também, no decorrer do trabalho etnográfico, constatar que a maioria dos usuários do Centro de Convivência seriam considerados brancos, segundo a classificação do IBGE, mesmo que exista um número considerável de usuários negros ou pardos no serviço.

Depois de alguns meses, no entanto, soube-se que existiria uma demanda por mais leitos nas enfermarias do hospital e, devido a isso, havia a necessidade de expansão de enfermarias para o local onde hoje funciona o Centro. Soma-se ainda que o Governo Federal realizou, durante o ano de 2008, obras referentes ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)⁵ em uma comunidade que tem uma de suas entradas na rua em que fica o Centro e, como haveria a necessidade de alargamento da via, seria necessária a demolição de um pedaço da casa. A iniciativa da prefeitura em pagar um aluguel seria, portanto, uma contra-partida pela perda do espaço e não uma aceitação da demanda dos técnicos do Centro, como pôde parecer em determinado momento.

⁵ O PAC é um programa do Governo Federal que teve início em 2008 e consiste em um conjunto de medidas destinadas a incentivar o investimento privado; aumentar o investimento público em infraestrutura; e remover obstáculos (burocráticos, administrativos, normativos, jurídicos e legislativos) ao crescimento.

Ressalta-se, no entanto, que até o final do ano de 2008 nenhuma casa havia sido alugada e o Centro permanecia na casa anexa ao hospital.

As atividades que os técnicos desenvolvem no serviço não se restringem aos cuidados usualmente delegados à equipe de auxiliares dessa área, eles também ministram oficinas de atividades e atuam em papéis que, em uma época de valorização das especializações, se destina a assistentes sociais ou psicólogos, ou ainda, saindo da esfera das profissões e entrando em uma que exige um nível de cuidado/afeição maior, eles desenvolvem, em relação aos pacientes, funções que caberiam à família: fazem compras, tiram documentação, acompanham ao banco, procuram casas de moradia para serem alugadas, escutam confidências e dão conselhos práticos para a vida dos usuários. Devido a isso, percebe-se que a relação estabelecida entre técnicos e usuários é fundamental para a freqüência destes ao Centro; os cuidados dedicados aos pacientes fazem com que este ambiente seja percebido, tanto pelos usuários quanto pelos técnicos, como um local de referência para os usuários, tanto para a convivência com outros pacientes quanto como de referência para a *ancoragem identitária* (Velho, 2003) do indivíduo em tratamento.

O Centro de Convivência teria, segundo os técnicos, como característica principal a tentativa de “re-inserção social”⁶ dos usuários através de oficinas de geração de renda, oficinas de caráter artístico, ou atividades que visam a sociabilidade do usuário. As oficinas que visam a geração de renda parecem priorizadas, uma vez que os recursos são arrecadados a partir da própria venda dos objetos produzidos. Assim sendo, as oficinas de culinária, cabeleireiro, pintura, artesanato e reciclagem acontecem com bastante regularidade.

Existem também oficinas que são obrigatórias, regulares e que não geram renda, mas que têm como objetivo a socialização dos usuários. Elas são: o *Bom dia* e o *Grupão*. A primeira é uma atividade feita no início da semana em que todos os presentes dizem como foi o fim de semana (o que fizeram, aonde foram, o que comeram etc), seguida da leitura do jornal do dia. Durante a leitura, reportagens são discutidas e a opinião dos usuários é escutada. O *Grupão* é uma espécie de assembléia em que pautas são colocadas (tanto pelos técnicos quanto pelos usuários) e discutidas pelo grupo.

⁶ Este termo é aqui utilizado pelo fato dele aparecer recorrentemente nas conversas com os técnicos, sublinho, no entanto, que não se trata de uma re-inserção social *stricto sensu* e sim uma nova forma de inserção, uma vez que eles sempre estiveram, mesmo que de forma estigmatizada e desviante, inseridos em relações sociais que não se restringem à instituição, tais como família, igreja e amigos. Sobre este assunto vide capítulo “Dize-me com quem andas que te direi quem és: um estudo sobre pacientes psiquiátricos e suas relações sociais”, no item “Relação com os funcionários”.

Outras atividades acontecem com certa frequência e têm como objetivo o desenvolvimento artístico, físico e intelectual dos usuários. São elas, respectivamente: oficinas de desenho, do corpo, do saber e de sexualidade. Na primeira, folhas de papel são entregues aos usuários e desenhos são realizados, seguidos de explicações sobre os mesmos pelos autores da obra. Na oficina do corpo, atividades físicas são desenvolvidas (notoriamente o futebol e caminhadas), sempre precedidas de aquecimento e alongamento. A oficina do saber consiste em uma espécie de jogo de perguntas e respostas, cujos temas são escolhidos pelos técnicos e que os usuários devem responder. Por fim, a oficina de sexualidade pode funcionar semelhantemente à oficina do saber, com perguntas e respostas (mas não como um jogo e sim como uma aula) ou como um seminário no qual algum tema ligado à sexualidade é discutido.

1.2. A Reforma Psiquiátrica

Como foi indicado anteriormente, para a compreensão do funcionamento do Centro de Convivência é necessário um entendimento sobre o processo no qual este modelo de tratamento está inserido. Para tanto, realizaremos um mapeamento dos principais fundamentos que têm norteado a transformação da prática psiquiátrica a partir da Reforma Psiquiátrica⁷.

No final da década de 1970, iniciou-se no Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica, que foi responsável pela substituição do modelo asilar por um modelo de tratamento pautado na assistência extra-hospitalar (Hospitais-Dia, NAPS⁸, CAPS⁹ e atendimentos ambulatoriais).

Este modelo baseia-se, principalmente, na tradição basagliana de crítica à psiquiatria clássica (que teve início na década de 1960 no manicômio de Gorizia na Itália). Franco Basaglia desenvolveu um trabalho de humanização do hospital e

⁷ Aqui não serão discutidos, nem os antecedentes da crise da psiquiatria clássica, nem a trajetória dos movimentos que participaram do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. Para maiores informações sobre esses temas ver: Amarante (org) (1995), Tenório (2001) e Venancio (1990).

⁸ “Os NAPS são estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento tipo ‘internação’ ”. (Leal, 1994, in Tenório, 2001:36).

⁹ “Os CAPS não possuem leitos, não podendo, portanto, oferecer acolhimento alternativo à internação em hospital psiquiátrico e não dispoendo da mesma resolutividade para situações de emergência, e, (...) organizados segundo critérios de regionalização da assistência, isto é em bases territoriais” (Tenório, 2001:36).

introduziu uma perspectiva que privilegia as análises histórica e crítica da sociedade, assim como o relacionamento do paciente com seu sofrimento e com a diferença¹⁰. Nesta perspectiva a preocupação central é com os sujeitos e não suas doenças (Amarante, 2003).

A crise da psiquiatria clássica, baseada no modelo asilar, segundo Birman e Costa (1994), funda-se, principalmente, na mudança de seu objeto, que deixa de ser a doença mental e passa a ser a promoção da saúde mental

“não apenas em um ou outro indivíduo mas na comunidade em geral. Ou, visto de outra forma, a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial e passa a ser preventiva. De uma forma ou de outra, o certo é que a psiquiatria passa a construir um novo projeto, um projeto eminentemente social” (Amarante, 1995:22)

A saúde mental passa a ser um direito do indivíduo e uma responsabilidade da sociedade. Para a sua promoção todos os recursos de prevenção devem ser utilizados e eles devem ser pautados em modelos assistenciais extra-hospitalares e integrados à comunidade em que o indivíduo vive. (Venancio, 1990)

Neste processo, a participação do usuário e de seus familiares nos serviços de atendimento aos doentes mentais é estimulada. Venturini, no prefácio do livro *Loucos pela Vida* (1995), ressalta que as famílias e as pessoas próximas – poderíamos, quem sabe, falar nas *redes de relações*¹¹ (Bott, 1976 e Velho, 2003) do indivíduo – têm o poder de provocar situações de crises em pacientes psiquiátricos. Esse imaginário tem como origem uma medicina voltada para o social que “vinculava de modo estreito o adoecimento individual com os fatores sociais que eram considerados influenciadores da vida do indivíduo” (Venancio, 1990:112).

A valorização do indivíduo enquanto ser social também tem lugar de destaque nas formulações propostas durante a Reforma Psiquiátrica e, nesta perspectiva, passa a ser estimulada a inserção do doente no seu ambiente social e familiar, não sendo mais, o tratamento, baseado em uma política de isolamento. O *a priori* passa a ser a necessidade de pensar o indivíduo em relação à sociedade, esta passa a ser vista não apenas como propiciadora do adoecimento mas, também, como o meio privilegiado da recuperação do indivíduo, a partir de suas potencialidades sadias (Venancio, 1990).

¹⁰ Sobre este trabalho, ver Basaglia, 1985.

¹¹ “estudiosos da sociedade urbana, mostraram, entre outros fatos, a existência de redes de relação – *networks* que atravessaram o mundo social de modo horizontal e vertical. Ou seja, por mais significativas e inclusivas que pudessem ser categorias como família e parentesco, bairro e vizinhança, origem tribal e/ou étnica, grupo de status, estratos e classes sociais registravam-se circulação, interação sociais ancoradas a experiências, combinações e identidades particulares, individualizadas” (Velho, 2003:21).

Segundo Tenório (2001:11), a tarefa principal, e marca distintiva, da Reforma Psiquiátrica é “agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se em sociedade”. Para tanto surge a discussão e a reivindicação da *cidadania* do louco que, segundo Tenório, passa a ser um dos pilares da Reforma, atrelando “o mundo da saúde mental àquele mais complexo, da sociedade civil” (Venturini, in Amarante, 1995:18). Esta procura pela inclusão dos sujeitos, via defesa da cidadania dos pacientes psiquiátricos, evidencia a busca de novos lugares sociais a partir da sua valorização enquanto indivíduo e ser social, modificando, assim, a concepção da loucura no imaginário social, através de uma transformação nas relações entre sociedade e loucura (Amarante, 2003).

Silva (2004:20) sublinha que a reivindicação da *cidadania* tem como objetivo, para além da minimização do sofrimento psíquico, a “preeminência de gerar espaços de tolerância à diferença no tecido social e ampliar as possibilidades de existência do louco na sociedade”. Sendo assim, ser cidadão, segundo o autor, pressupõe o exercício de direitos, o comprometimento com obrigações, a responsabilidade por seus atos, o livre-arbítrio, racionalidade e *autonomia*. Esta última categoria é percebida por Tenório (2001) como outro importante marco para a redefinição do paciente psiquiátrico. O autor ressalta, no entanto, que este termo não pode ser pensado dentro de modelos gerais de saúde, de capacidade, de independência ou de gestão de ações pragmáticas: *autonomia* teria uma representação singular para cada paciente. Ele destaca, ainda, que durante o tratamento existe o risco de que o conceito de *autonomia* seja reivindicado segundo os valores da equipe técnica (ou de outra pessoa da *rede de relações* do usuário), não segundo a demanda do paciente, que estaria estritamente articulada à maneira que o sujeito vivencia a sua doença.

Para Tikanori (1996) a *autonomia* possui uma dimensão mais socializante que a evocada por Tenório:

“Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidade de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.”(Tikanori, 1996:57)

Nesta concepção a *autonomia* não é pensada a partir de uma dimensão psicologizante (como uma representação singular para cada paciente), a ênfase que é dada remete tanto à dificuldade de estabelecimento de relações sociais por pacientes psiquiátricos, quanto a outra questão, que ganhou relevo na Reforma Psiquiátrica: o estímulo ao maior trânsito por outras redes sociais que não as relacionadas à instituição de tratamento.

Assim como para Tikanori, Sennet (2001) também evidencia que, quando se refere à vida social, ninguém é auto-suficiente. Para este autor, uma pessoa autônoma é aquela que disciplinou seus recursos, que tem autocontrole e, portanto, é capaz de disciplinar outras pessoas. Esta dimensão disciplinar refere-se, segundo o autor, ao “valor atribuído à autonomia pelos que não a têm [e que] é capaz de reforçar a autoridade dos que são percebidos como seus possuidores”, o que faz com que a *autonomia* seja pensada como intimamente ligada às relações de poder.

Elias (1990:102) trata a *autonomia* como um valor que se tornou primordial em grandes sociedades estatais: “à medida que os indivíduos deixam para trás os grupos pré-estatais estreitamente aparentados, dentro de sociedades nacionais cada vez mais complexas, eles se descobrem diante de um número crescente de opções. Mas também têm que decidir muito mais por si. Não apenas *podem* como *devem* ser mais autônomos. Quanto a isso, não têm opção”.

O autor delinea, então, a *autonomia* como um valor geral, ao passo que Tenório busca uma visão psicologizante desta mesma categoria, delineando-a como algo singular que não deve ser entendido como um valor geral. Assim como para Tikanori, Tenório também não confunde *autonomia* com valores relacionados à independência, auto-suficiência e à gestão das ações o que, no entanto, não parece tão diferenciado em Sennet.

Enquanto Tikanori busca uma explicação sociológica da *autonomia*, relacionando-a diretamente com o número de relações sociais estabelecidas, Tenório se baseia em uma vertente psicologizante e individualizante da mesma. Podemos tentar aproximar essas duas vertentes, recorrendo a Elias (1990:121), a respeito do autocontrole, e considerar também a *autonomia* “não como tensões entre necessidades não-sociais e naturais do ‘indivíduo’ e as exigências artificiais de uma ‘sociedade’ fora dele, e sim tensões e dificuldades de cada pessoa, ligadas às normas peculiares de comportamento de sua sociedade. Essas normas compõem um padrão que, de uma forma ou de outra, determina o padrão de seu controle comportamental individual”.

Após este breve panorama sobre a Reforma Psiquiátrica e as transformações que ela trouxe para o saber da psiquiatria brasileira, podemos buscar os preceitos oriundos desse processo que norteiam o Centro estudado e, assim, perceber o quanto esta nova perspectiva possibilitou a criação de uma esfera de tratamento nos moldes do Centro de Convivência estudado.

1.3. O Centro de Convivência no contexto da Reforma Psiquiátrica

O primeiro ponto enunciado na discussão sobre a Reforma Psiquiátrica foi a emergência da saúde mental como objeto privilegiado da assistência a ser prestada. A sociedade deve assegurar aos indivíduos esse direito, através da prevenção e da assistência extra-hospitalar.

O serviço estudado é uma instituição pública que faz parte da Rede Substitutiva de Atenção à Saúde Mental do município de Niterói, seu horário de funcionamento é de 8:00 às 17:00 e os pacientes passam o dia fazendo oficinas de atividades e sociabilizando com outros usuários. Este Centro se constitui como uma instituição extra-hospitalar, uma vez que em períodos de crise e de necessidade de internação, os usuários param de freqüentar as dependências do Centro e são encaminhados para tratamento em hospital psiquiátrico. As atividades desenvolvidas no Centro de Convivência possuem um caráter eminentemente preventivo e visam a sociabilidade dos seus freqüentadores. Os técnicos, e alguns usuários, se orgulham em dizer que, após o ingresso ao Centro, alguns pacientes não entraram mais em *surto* e, conseqüentemente, não passaram mais por internações, ou que a incidência de internação diminuiu consideravelmente. Em depoimento, uma paciente relatou que sua freqüência ao serviço teria melhorado sua vida de forma considerável uma vez que não passou mais por internações.

Tendo como característica principal a atuação no campo social e cultural e não no da saúde, o Centro assume uma faceta de prevenção de internações, o que faz parte do ideal trazido pela Reforma Psiquiátrica. Além da prevenção de *surto*¹², o Centro

¹² A categoria *surto*, assim como as categorias *crise* ou *período agudo*, são usadas recorrentemente (e sem aparente distinção) pelos técnicos do serviço para se referir ao período, chamado nos prontuários, de *reagudização* dos sintomas psicóticos dos usuários dos serviços de atenção a saúde mental. Nesses períodos, os pacientes apresentam características, reconhecidas pelo saber médico, como sintomas de sua *doença mental*. Percebe-se, portanto, que, embora o Centro não funcione baseando-se em preceitos

atua como *locus* de sociabilidade dos usuários: em capítulo posterior será desenvolvida a hipótese de que esses usuários têm no Centro o lugar privilegiado de suas relações sociais, afinal muitos fizeram laços de amizade com outros usuários, alguns tiveram relacionamentos amorosos e outros fazem do serviço um lugar de geração de renda. Por hora, basta indicar que a dimensão, abordada pela Reforma, que dá grande importância à inclusão social desses usuários em suas *redes de relações*, acontece e é privilegiada no Centro estudado.

Não existe a pretensão de indicar, com esta hipótese, que esses usuários não transitem por outras *províncias de significado* (Schutz, 1979) e que não tenham outras alternativas para seu *campo de possibilidades* (Velho, 2003): alguns, pelo contrário, têm laços fortes em outras redes, notoriamente com a igreja e com a família, mas o fato de passarem o dia inteiro dentro do Centro e por essa estadia não ser obrigatória (as portas são abertas e nenhum tipo de controle de presença é feito), sendo, porém, regular e assídua por grande parte dos usuários (diariamente entre 30 e 35, dos aproximadamente 50 usuários, vão ao Centro)¹³, indica que este espaço se constitui como um lugar onde as relações sociais florescem.

Como foi evidenciado no início deste capítulo, os técnicos desenvolvem atividades que não se restringem a ministrar as oficinas, eles se responsabilizam muitas vezes pela procura de casa para usuários, os ajudam a buscar benefícios junto ao Governo Federal (como o programa *de volta para a casa*¹⁴ ou aposentadoria) e a tirar documentos. Podemos perceber essas ações como tentativas de torná-los cidadãos.

Tenório (2001) versa sobre o conceito de *autonomia* e a confusão desse termo com valores relacionados à independência pessoal e à gestão de ações pragmáticas: devido a essa confusão muitas vezes seriam impostos aos pacientes exigências que não seriam as deles e sim da equipe dirigente. Como exemplo, podemos recorrer a um dado de campo: os técnicos, nessas buscas por casa para usuários moradores de rua e, assim,

médicos (e sim na socialização dos usuários), ocorre, nesse caso, uma incorporação do discurso médico para se referir aos períodos em que, para eles, o paciente necessitaria de internação psiquiátrica.

¹³ Dos 54 usuários, 44 tem a indicação de comparecer diariamente ao serviço. (necessitariam de tratamento intensivo), 10 têm o tratamento considerado semi ou não intensivo, devendo freqüentar o Centro, respectivamente, de 15 em 15 dias ou uma vez por mês. Desse modo, de um total de 44 pacientes intensivos, entre 30 e 35 freqüentam regularmente o Centro.

¹⁴ “Programa de transferência de renda do Governo Federal, criado para prestar assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, a pacientes acometidos por transtornos mentais e com história de longa internação psiquiátrica. O valor do benefício é de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) por mês, pago ao beneficiário ou ao seu representante legal (acompanhado do beneficiário), com duração de 1 (um) ano. O prazo poderá ser renovado quando isso se mostrar importante para a reintegração social do paciente.” (http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/estadual/distribuicao_servicos_cidadao/volta_para_casa/)

torná-los cidadãos, conseguiram alocar três usuários em quartos alugados, em uma comunidade próxima (um casal em um, e um senhor em outro), no entanto, eles não permaneceram nem quatro meses em tais residências, mesmo tendo renda para o pagamento do aluguel. Em reunião de equipe a então psicóloga supervisora do Centro evidenciou que as expectativas e valores dos técnicos em relação aos pacientes nem sempre correspondiam às expectativas e aos valores dos próprios usuários. A funcionária destacou que mesmo que os técnicos desejem que os pacientes tenham residência para morar ou que se mantenham em trabalhos (dentro ou fora da instituição) essa expectativa pode não ser compartilhada pelos pacientes que muitas vezes já possuem uma história de vida ligada à mendicância e não desejam possuir um trabalho ou residência fixa.

Ainda no que diz respeito à *autonomia*, deve-se registrar que o discurso de que os usuários eram pessoas *autônomas* e responsáveis pelos seus atos, esteve presente no serviço. Quando precisavam que usuários realizassem determinada tarefa ou que respeitassem determinada regra, a *autonomia* era evocada: falavam que se eles eram adultos capazes de casar, ter filhos e de ter contas em banco, também o seriam para fazer aquilo que estava sendo pedido. Mesmo que o estímulo a posturas autônomas por parte dos usuários estivesse presente no Centro, ressalta-se que a utilização da categoria *autonomia* aparece com mais frequência no discurso dos psicólogos do que no discurso dos técnicos do serviço.

* * *

Neste capítulo discorreremos sobre alguns dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, dentre eles a valorização da *cidadania* e da *autonomia* dos usuários dos serviços de assistência à saúde mental. A partir da discussão enunciada foi possível perceber que a *autonomia* pode ser percebida, tanto a partir de um olhar mais sociologizante, quanto a partir de uma visão mais psicologizante. Com base em dados de campo, concluiu-se que esse conflito, entre o estímulo social e individual, encontra-se presente também no serviço estudado: imposições de limites e de regras, a que todos os usuários deveriam se submeter, eram entremeadas por regalias e diferenciações no tratamento que alguns pacientes recebiam. Esse tratamento diferenciado, a partir de individualizações feitas pelos técnicos, possibilitava a emergência de um sistema de classificações sobre os pacientes que os distinguiu segundo algumas de suas

características, tanto individuais quanto as que tangem às relações com o grupo. Nesse vocabulário classificatório, os termos “doido de pedra”, “vagabundo”, “amigo”, “come e dorme” e “trabalhador” apareceram recorrentemente e exerceram influência no tratamento prestado pela equipe aos pacientes, uma vez que alguns tenderam a ser desacreditados – chegando-se a duvidar do diagnóstico de *doente mental* –, enquanto outros tinham crédito perante a equipe técnica, sendo a preocupação terapêutica a que predominava nas relações entre os técnicos e eles.

Assim sendo, pacientes considerados como *doidos de pedra* costumam ser liberados de determinadas atividades e certas atitudes de indivíduos desse grupo são mais facilmente toleradas (tais como exaltação em excesso ou falta de participação), devido a individualizações feitas sobre os pacientes. Nessas diferenciações no tratamento percebe-se, também, que pacientes que colaboram nas atividades diárias e se mostram participativos nas oficinas ministradas recebem regalias como ter prioridade na fila do almoço, coisa que não acontece com usuários que não ajudam nas atividades cotidianas.¹⁵

1.4. O Centro de Convivência e a Portaria 396 do Ministério da Saúde

O Centro de Convivência deixou de ser um setor do hospital psiquiátrico onde surgiu e passou a se constituir como um serviço à parte, devido a um processo de legitimação de suas atividades, tanto sob os olhos da direção do hospital quanto dos responsáveis pela Rede Substitutiva de Saúde Mental do município – mesmo que o serviço tenha sido alvo de críticas. Mesmo que posteriormente tenha acontecido a separação física entre este setor e o hospital, devido a uma necessidade de espaço, a constituição desse serviço como um setor credita-se a um processo de legitimação do trabalho prestado.

A regulamentação enquanto Centro de Convivência e Cultura *stricto sensu* (segundo as determinações do Governo Federal, através da Portaria 396 do Ministério da Saúde) ainda não foi realizada de fato. Este processo encontra-se em fase de tramitação junto ao Governo Federal, assim como diversos outros Centros de

¹⁵ Essas classificações serão melhor analisadas no capítulo *Ser ou não ser [louco]? Eis a questão*. da presente dissertação.

Convivência também possuem processos de regulamentação correndo junto ao Governo Federal.

Mesmo não estando, ainda, regulamentado enquanto tal, o serviço funciona segundo os padrões estipulados na Portaria do Ministério da Saúde de número 396 do ano de 2005, abaixo transcrita:

“Considerando o documento elaborado a partir das discussões ocorridas na Oficina "Centros de Convivência: Diálogos entre as experiências dos municípios", evento realizado pela Prefeitura de Belo Horizonte e o Ministério da Saúde, em 25 de fevereiro de 2005, resolve: Art.1º - Aprovar as seguintes diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS: I - Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade; II - Os Centros de Convivência e Cultura, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais; III - A clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e atividades coletivas são o eixo dos Centros de Convivência e Cultura, facilitando o convívio, a troca e a construção de laços sociais; IV - A exposição, troca ou venda dos produtos produzidos nas oficinas é eventual e poderá ser estimulada, ocupando espaços comerciais ou culturais relevantes na comunidade e na cidade; V As equipes dos Centros de Convivência e Cultura são integradas por oficinairos, artistas plásticos, músicos, atores, artesãos, auxiliares administrativos e de limpeza. A gerência do serviço poderá estar a cargo de profissional de nível superior do campo da saúde. A equipe mínima do Centro de Convivência e Cultura deverá estar assim constituída: 1 gerente e 3 oficinairos (nível médio e superior); VI - A implementação de um Centro de Convivência e Cultura deve ocorrer apenas em municípios que já tenham construído resposta pública efetiva para os transtornos mentais severos e persistentes. A rede SUS substitutiva destes municípios deve contar com cobertura adequada, especialmente de CAPS. Os Centros de Convivência e Cultura não poderão dispensar medicação ou prestar atendimento individual ou em grupo (psiquiátrico ou psicoterápico). Os Centros de Convivência não são equipamentos assistenciais, mas espaços de articulação com a vida cotidiana; VII - A articulação dos Centros de Convivência e Cultura com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Saúde da Família e outros dispositivos de saúde, da rede de assistência social, e de outros campos como os do trabalho, cultura e educação, é fundamental para a reinserção social dos usuários e para o fortalecimento dos laços comunitários; VIII - Pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em tratamento na rede substitutiva, também poderão ser acolhidas pelos Centros de Convivência e Cultura. Esta questão, por suas peculiaridades, será objeto de formulação específica; IX - Os Centros de Convivência e Cultura devem ser estimulados a realizar parcerias com associações, órgãos públicos, fundações, ONG, empresas ou outras entidades, para captação de recursos financeiros ou equipamentos, realização de oficinas, troca de informações ou saberes, entre outras ações; X Os Centros de Convivência e Cultura são equipamentos estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sendo recomendados para os municípios com

mais de 200.000 habitantes”.(Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria nº 396, de 7 de julho de 2005)

Cabem, aqui, algumas considerações comparativas entre o funcionamento do serviço estudado e a Portaria acima transcrita. De início devemos sublinhar que a criação deste Centro precedeu a publicação da Portaria e, o fato de sua criação a ter precedido, indica que este tipo de serviço já se constituía como uma tendência de tratamento, antes mesmo de dispositivos legais terem entrado em vigor. O mesmo processo ocorreu no que se refere à lei 10216, aprovada em 2001, que regulamenta a assistência psiquiátrica no Brasil.

Segundo Tenório (2001:34), “mesmo quando não existia uma lei federal impondo limites (ainda que tímidos) ao manicômio e estabelecendo uma diretriz não asilar, já se levava a cabo uma transformação sem precedentes da assistência em saúde mental no país”. Na implementação dos Centros de Convivência e Cultura percebemos um movimento semelhante; a existência de Centros de atendimento com tais características precedeu a emissão da Portaria aqui referida, tendo ela, porém, sido de extrema importância para um processo de intensificação do debate e a popularização deste tipo de tratamento.

A Coordenação de Saúde Mental de Niterói utiliza o nome Centro de Convivência para o serviço disponibilizado como uma forma de legitimação desta forma de tratamento, que é considerada pela Rede Substitutiva como um complemento fundamental para o tratamento psiquiátrico.

Assim como é especificado na Portaria, o Centro é um dispositivo público que compõe a Rede de Atenção Substitutiva em Saúde Mental, onde se oferece às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, de produção e de intervenção na cidade. As dimensões de sociabilidade e de produção já foram previamente expostas. Quanto à dimensão de intervenção na cidade, podemos citar a existência do bloco de carnavalesco, intitulado “Loucos pela vida”¹⁶, que desfilou pelas ruas do bairro pela primeira vez há seis anos atrás (2002) e que foi criado por técnicos e usuários do Centro de Convivência, contando, ainda, com a participação tanto de pacientes e funcionários de outros setores do hospital, quanto da comunidade próxima. Alguns moradores da região são responsáveis pela bateria do bloco, além de outros participarem como “foliões”. Devemos, ainda, no que diz respeito à esfera social, destacar a organização de

¹⁶ Segundo os técnicos o nome do bloco não se refere, nem faz alusão, ao livro de mesmo nome de Paulo Amarante.

festas (junina, olimpíadas e de final de ano) que acontecem anualmente no Centro de Convivência.

A equipe do Centro foi constituída, primeiramente, por auxiliares de enfermagem que, mesmo que buscassem cursos de capacitação, não tinham como profissões de origem aquelas que aparecem na Portaria 396 como referentes aos oficineiros (a saber: artistas plásticos, músicos, atores, artesãos), ainda que, no Centro, os técnicos desenvolvam essas funções. A exigência de presença de funcionários com terceiro grau completo já havia sido preenchida com presença de psicóloga e, posteriormente, o Centro passou a contar também com duas terapeutas ocupacionais formadas.

A eleição de um técnico para assumir a coordenação do serviço constituiu-se como um problema burocrático que teve que ser solucionado para uma melhor representação do Centro junto a outras esferas institucionais. Apenas em meados do ano de 2008 um dos técnicos foi escolhido como coordenador, durante uma reunião de equipe. Anteriormente todos exerciam essa função e se autodenominavam coordenadores. Como este coordenador foi escolhido, na interpretação dos técnicos, apenas para cumprir uma necessidade institucional, eles continuaram agindo como e se chamando, a todos, de coordenadores. Esta postura parecia vigorar devido à própria estrutura de formação e funcionamento do Centro, segundo os técnicos, o serviço oferecido teria como marca diferencial a dimensão do trabalho de equipe e da amizade formada entre eles o que levaria a “ninguém quer[er] passar a perna em ninguém”.

Esta postura de a coordenação não ser assumida, de fato, pelo técnico escolhido para a função, fez com que a Coordenação de Saúde Mental trocasse a coordenação, escolhendo a terapeuta ocupacional mais antiga para assumir o cargo. A troca foi bem vista pelos outros integrantes da equipe técnica, inclusive pelo fato dela ser funcionária contratada e dessa ser uma forma de mantê-la no cargo, uma vez que diversos cortes orçamentários aconteceram no ano de 2008, tendo ocasionado, inclusive, a demissão de um dos técnicos responsáveis pela criação do Centro que também não era concursado.

O que não parece ocorrer no Centro é uma articulação com órgãos públicos ou particulares para a arrecadação de renda. Ele conta com uma verba oriunda da Secretaria Municipal de Saúde, voltada apenas para a compra de materiais a serem utilizados nas oficinas, mas esse quantitativo em dinheiro se mostra irregular e insuficiente para os gastos diários, havendo uma constante reclamação de falta de recursos para a realização de oficinas (sendo a compra, por vezes, realizada com o dinheiro dos próprios

funcionários). Doações de roupas chegam ao Centro, uma parte é dada aos pacientes e outra é vendida em bazar organizado pela equipe técnica, visando a geração de renda para o serviço.

Percebemos, então, que o Centro de Convivência já funcionava segundo o especificado na Portaria 396, mesmo não estando, ainda, regulamentado enquanto tal junto ao Governo Federal.

1.5. Outras considerações: A ilha e o continente

O Centro de Convivência, como foi visto, não representa uma ilha isolada. Para a sua compreensão é necessário o entendimento sobre um contexto mais amplo (um verdadeiro continente) que o abarca e que gerou as suas condições de existência. A Reforma Psiquiátrica trouxe um novo saber a este campo de conhecimento, um saber que procurou enfatizar o pertencimento social dos usuários dos serviços de atendimento psiquiátrico. Neste contexto a internação não é valorizada, o que encontra valorização nessa nova psiquiatria é o estímulo à sociabilidade dos pacientes em suas comunidades, a participação da família no tratamento e a valorização da *cidadania* e da *autonomia* dos usuários.

Como nosso foco, neste capítulo e nesta dissertação, é o Centro de Convivência, esta pequena ilha que integra o território do continente da Reforma Psiquiátrica, um maior espaço foi reservado para a descrição do mesmo, de suas relações e trocas com o resto deste continente. Ficou evidenciado que as interseções são muitas e que essa ilha não teria sido criada fora do contexto da Reforma, pois os preceitos que regem esta nova psiquiatria são os mesmos que possibilitaram a existência do serviço enquanto tal.

2. DIZEM QUE SOU LOUCA: um relato etnográfico

“uma explicação real de como a pesquisa foi feita necessariamente envolve um relato bastante pessoal do modo como o pesquisador viveu durante o tempo de realização do estudo”

Foote-Whyte, 2005

2.1. A entrada em campo

Após a apresentação do Centro de Convivência, objeto desse estudo, será aqui apresentada a minha entrada em campo, as dificuldades e facilidades encontradas para tal.

Eu, aluna de mestrado em Antropologia Social, sem nunca ter tido contato com pacientes de uma instituição psiquiátrica, escolhi desenvolver uma etnografia no maior e mais conhecido hospital público psiquiátrico da minha cidade (Niterói). Esta instituição carrega consigo um *estigma* (Goffman, 1988) e os moradores da cidade identificam, recorrentemente, pessoas que praticam atos considerados como “anormais”, com o nome da Instituição. Essa prática não parece acontecer apenas em Niterói, pois outros hospitais psiquiátricos também têm seus nomes usados como sinônimo de loucura.

Para conseguir autorização de entrada para a realização do trabalho etnográfico, recorri ao irmão de uma amiga, psiquiatra da instituição, que me recomendou a feitura de um projeto a ser encaminhado para a Divisão de Ensino da Rede Substitutiva de Saúde Mental do município, juntamente com meu currículo. A recomendação foi seguida e, a partir dela, consegui uma entrevista com os coordenadores desse setor, marcada para o dia 19/12/2007. Nessa entrevista meu projeto foi discutido e, ao final da entrevista, eles disseram que entrariam em contato.

Dois meses se passaram para que eu recebesse uma ligação da instituição. Quem entrou em contato foi um dos funcionários que havia participado da entrevista anterior, marcando uma segunda entrevista, para o dia 25/02/2008, com a psicóloga supervisora do Centro de Convivência, em que eu viria a ser alocada. Nesta conversa, meu projeto também foi discutido e a psicóloga me relatou a história do Centro (como foi criado, tempo de funcionamento, locais onde funcionou etc).

No dia 03/03/2008 fui, pela primeira vez, ao Centro de Convivência. Quando cheguei ao local fui recebida por pacientes com muita cordialidade – os que estavam presentes se apresentaram, perguntaram meu nome e com quem eu gostaria de falar – e

me encaminharam para a sala dos técnicos, local aonde tive uma última entrevista, que me possibilitou a entrada definitiva no campo. Esta entrevista foi realizada por dois dos técnicos responsáveis pelo serviço e nela fui informada sobre o número de usuários que freqüentam o Centro e sobre o funcionamento do mesmo (oficinas ministradas, nomes dos técnicos).

Nesta mesma ocasião, acordamos sobre os dias em que eu estaria presente no serviço, ficando decidido que eu iria três vezes por semana, somando 20 horas semanais. Assim sendo, passaria a ir ao Centro às 3^a e 5^a, durante o dia inteiro, e às 6^a, apenas na parte da tarde¹⁷. Esta carga horária ficou estipulada devido a um interesse de ambas as partes em uma maior inserção, possibilitando tanto um maior conhecimento sobre o cotidiano da instituição, quanto “uma compreensão profunda da sociedade que estudava, através de uma observação intensiva e prolongada feita a partir do interior de suas atividades” (Becker,1977:9).

Nesse mesmo dia pude ter o primeiro contato com os usuários do serviço, no entanto, esse contato foi rápido, uma vez que cheguei ao final do expediente. Conversei com os pacientes sobre festas que são organizadas pelos técnicos, sobre seus locais de moradia (uma vez que o serviço não é regionalizado, recebendo pacientes de todas as partes do município) e alguns me contaram um pouco sobre suas trajetórias de vida. Nesse dia foi possível, ainda, com o auxílio de um usuário, conhecer o espaço que abriga o Centro.

A minha entrada em campo foi muito tranqüila, fui bem recebida tanto pelos usuários, quanto pelos técnicos. Estes se mostraram solícitos em disponibilizar informações sobre o cotidiano, a história e o funcionamento do Centro de Convivência e os pacientes se mostraram interessados em compartilhar suas histórias de vida e em conhecer sobre a minha (quem eu era, qual minha profissão e quanto tempo ficaria no serviço). Essa recepção contrariou aquilo que havia escutado diversas vezes antes da entrada em campo: muitas pessoas me perguntavam, ao saber que eu ia fazer minha dissertação de mestrado sobre pacientes psiquiátricos, se eu não tinha medo, pois “eles poderiam ser agressivos”. Questionamentos desse tipo me levaram a refletir o quanto o meu objeto de estudo é marcado pelo preconceito – muitas vezes oriundo do desconhecimento sobre o tema ou da imagem que o senso-comum tem sobre ele – que

¹⁷ Na terça-feira as oficinas ministradas eram: desenho e pintura na parte da manhã e *grupão* à tarde. Na quinta-feira eram: artesanato de manhã e atendimento a familiares e recepção de novos usuários à tarde. Na sexta à tarde tinha a reunião da equipe técnica.

acarreta em uma manutenção do *estigma* que repousa sobre os pacientes psiquiátricos, sendo considerados como pessoas perigosas e agressivas.

Verificou-se, no entanto, durante o trabalho de campo, que mesmo havendo uma associação de suas práticas a valores sociais vistos como negativos socialmente os pacientes do Centro de Convivência estudado não se mostraram, de maneira geral, agressivos, nem entre si nem com a equipe técnica. Com isso eu não quero dizer que não ocorreram brigas entre pacientes durante os sete meses que realizei o trabalho etnográfico, mas sim que as brigas entre eles não eram constantes no cotidiano da instituição. Nas situações em que surgiram desentendimentos entre os usuários do serviço elas foram rapidamente resolvidas, com o auxílio dos técnicos ou de outros pacientes. Em apenas uma situação presenciei uma discussão que levou a um embate físico, essa briga teria tido início com um dos pacientes falando para o outro que ele é muito feio e que a mãe dele deveria ter vergonha de ter um filho feio como ele. O paciente, cuja mãe é falecida, chamou o primeiro para fora do Centro, se dirigindo para a rua para que a briga se desenrolasse, evidenciando que, mesmo que esses desentendimentos pudessem ocorrer, eles não tendiam a acontecer dentro do espaço físico do Centro de Convivência.

2.2. Antropo... o quê? – a delimitação do meu espaço institucional

Levanto a hipótese que, por eu ter entrado pela via institucional – fui apresentada aos pacientes como uma estagiária que desenvolveria um estudo no Centro de Convivência –, os pacientes me trataram, durante o período em que estive em campo, como uma pessoa que estava hierarquicamente em um nível superior ao deles na instituição: os usuários me chamavam constantemente de “Dona Sílvia” e de “Senhora”, mesmo eu sendo mais nova que a maioria dos pacientes do serviço.

Fui apresentada aos usuários como estagiária porque, segundo a então psicóloga supervisora do Centro, ser apresentada como pesquisadora poderia desencadear *manias persecutórias*. Acredito que por ter sido apresentada como uma estudante, obtive uma inserção diferente da dos técnicos dentro da instituição. Mesmo que pacientes demandassem a mim coisas que também demandavam aos técnicos, eu normalmente dizia a eles que teria que pedir autorização aos funcionários para realizar o que era pedido. Assim sendo, acredito que me viam como alguém que estava no processo de

aprendizagem sobre a instituição, que ainda não dominava todos os “códigos” ali presentes – em determinados momentos eu solicitava aos usuários que me explicassem sobre o funcionamento do setor. Talvez, devido a isso, tenha conseguido manter com os pacientes uma relação menos hierarquicamente vertical do que a mantida por eles com os técnicos. Pude verificar esse grau de informalidade quando uma terapeuta ocupacional concursada assumiu o seu cargo no Centro. Em determinada ocasião um usuário conversava comigo em tom de brincadeira, eu virei para a técnica e falei: “Olha, daqui a pouco ele vai estar assim, te zoando, também”, ele respondeu: “Não, é só com você!” e riu.

Destaco, no entanto, que a relação entre os técnicos e os pacientes também se desenrola, de maneira geral, de forma bastante informal – os pacientes têm trânsito quase irrestrito à sala dos técnicos e as conversas entre os dois grupos se dão, na maioria das vezes, em tom de brincadeira. Os técnicos do serviço fazem questão de marcar a informalidade de suas relações com os usuários através de um contraponto com a relação estabelecida entre os médicos e psicólogos com os pacientes, essas relações sim, ao olhar dos técnicos, fortemente marcadas por uma relação hierárquica.

Ressalto, porém, que a relação entre técnicos e usuários, por mais informal que seja, ainda assim é marcada por uma relação hierárquica uma vez que “qualquer pessoa da classe dirigente tem alguns direitos para impor disciplina a qualquer pessoa da classe de internados [aqui usuários]” (Goffman, 1974:44)¹⁸. As relações são, portanto, marcadas, nos termos de Becker (1977:29), por uma *hierarquia de credibilidade*, ou seja, “os superiores de qualquer organização hierárquica serão vistos, por todos os que aceitam a legitimidade daquela organização, como pessoas que sabem mais sobre ela do que qualquer outra”.

Tentando marcar a minha posição institucional dentro do serviço, comecei, desde o segundo dia em campo, a tentar explicar o que era ciências sociais, pois todas as vezes em que falei em antropologia a compreensão sobre a minha profissão se tornava ainda mais difícil. O nível escolar da maioria dos usuários é baixíssimo, muitos são analfabetos ou analfabetos funcionais e, talvez por isso, a compreensão sobre a minha profissão foi muito confusa¹⁹. Mesmo sendo de difícil compreensão, houve muita

¹⁸ O contexto estudado por Goffman refere-se às instituições psiquiátricas dentro de uma perspectiva asilar, diferente do contexto por mim estudado, baseado em tratamentos em hospitais-dia.

¹⁹ Em visita, no segundo semestre de 2008, a um hospital-dia particular na cidade do Rio de Janeiro (cujo público-alvo são pacientes psiquiátricos de classe média) a compreensão sobre a minha profissão se deu

curiosidade sobre o que eu estava fazendo ali, alguns se contentavam em saber que era uma estudante, mas a maioria queria mais informações e, quando as dava, muitos acabavam por acreditar que eu era uma assistente social (uma profissão conhecida por eles na instituição). Em determinados momentos, confesso, cansei de tentar a explicar a distinção entre as duas carreiras e deixei que pensassem que as duas fossem sinônimas, ou pelo menos, similares.

A dificuldade em explicar o que uma antropóloga estava fazendo dentro de uma instituição psiquiátrica não se restringiu apenas ao contato com os usuários. Fui, mais de uma vez, surpreendida com perguntas de pessoas de minha rede de relações (tais como amigos, familiares e colegas que cursaram comigo a graduação em ciências sociais) sobre o porquê de uma antropóloga estar estudando “malucos” – muitos acreditavam que esse campo de estudo se restringia à psicologia e à assistência social. Esse fato parece evidenciar a presença de preconceito, pois perguntas como essa evidenciam um esquecimento de que os pacientes psiquiátricos são pessoas que vivem em relação com outras pessoas, sendo assim, objeto de estudo da antropologia.

Fui aconselhada por todos os funcionários com quem tive contato a não aplicar entrevistas formais²⁰ com os pacientes. Nas duas primeiras entrevistas pelas quais eu passei para o meu ingresso no trabalho de campo (com funcionários da Divisão de Ensino e com a então supervisora do Centro) fui alertada sobre o possível desencadeamento de *manias persecutórias* no caso da aplicação de entrevistas formais. Os técnicos do Centro de Convivência não utilizaram esse argumento, disseram apenas acreditar que as melhores informações não seriam colhidas em entrevistas formais, pois elas poderiam intimidar os usuários. Segundo eles, as conversas informais e a convivência se encarregariam de trazer as melhores informações para o meu trabalho.

Mesmo com esses alertas, dois meses depois da minha entrada em campo, conversei com alguns usuários e falei no *grupão* sobre a possibilidade de realizar com eles entrevistas individuais. Expliquei que seriam como conversas e perguntei se eles se dispunham a conversar comigo individualmente, a maioria se mostrou receptiva. Assim sendo, comecei a aplicar entrevistas formais e durante as mesmas não foi verificado o desencadeamento de *manias persecutórias* nos pacientes, no entanto, constatei que elas não renderam tanto quanto era esperado: verificou-se que, de fato, as conversas

de maneira muito mais fácil. A maioria dos pacientes sabia (ou tinha uma noção) do que era ciências sociais e até antropologia.

²⁰ Entrevistas individuais, com perguntas semi-estruturadas e com o auxílio de um gravador.

informais trouxeram mais informações sobre as trajetórias de vida e sobre as atividades cotidianas dos pacientes. Os usuários, de maneira geral, apresentavam dificuldades em responder perguntas diretas, o que fez com que as informações mais valiosas fossem colhidas em depoimentos espontâneos, nos quais os usuários “puxavam o assunto” e relatavam suas histórias de vida. Desta forma, após a realização de algumas entrevistas formais abandonei esta metodologia de trabalho e me dediquei exclusivamente à coleta de dados via observação participante e conversas informais (individuais e em grupo).

2.3. Dizem que sou louca: maluquice pega?

O interesse em estudar pacientes psiquiátricos traz em si um *estigma*. Antes da entrada em campo já escutava, de alguns conhecidos, que eu era maluca de querer estudar tal tema. Este comentário vinha diversas vezes acompanhado de que, se eu ainda não era maluca, com certeza ficaria. Ter escutado esse comentário de pessoas que nunca tinham tido contato com pacientes psiquiátricos não me causou muita estranheza, uma vez que o desconhecimento leva, muitas vezes, ao preconceito. O que me causou surpresa foi que, dez dias após a entrada em campo, escutei de uma das técnicas a mesma frase: “quem escolhe trabalhar com maluco, ou é maluco ou vai ficar”. Esta frase foi reiterada em várias ocasiões por essa funcionária, sendo seguida, algumas vezes, de acusações de que eu já estava louca (ou que já era antes da entrada em campo).

Ter escutado esta frase não deveria ter me trazido tanta surpresa, uma vez que ela já está presente na bibliografia sobre o assunto: segundo Goffman (1974:71): “alguns auxiliares acreditam que a exposição contínua a doentes mentais pode ter um efeito contagioso”. Estas frases (da técnica e as do registro de Goffman) me fizeram perceber que a dimensão do contágio, inserida na discussão sobre loucura, é muito mais abrangente do que eu pensava anteriormente, ela paira, também, na concepção dos técnicos sobre esse tema.

É interessante pensar que essa dimensão do contágio se opõe a uma outra concepção sobre a loucura, que seria a “premissa do senso-comum de que há algo inerentemente desviante (qualitativamente distinto) em relação a atos que transgridem (ou pareçam transgredir) regras sociais. (...) a suposição do senso-comum de que o ato desviante ocorre porque alguma característica da pessoa que o comete torna necessário

ou inevitável que ela o faça” (Becker, 1977:55). Se a loucura é intrínseca ela não poderia, via de regra, ser contagiosa, mas as duas concepções estão presentes no senso-comum sobre a loucura.

A respeito da dimensão intrínseca e, portanto, biológica que se credita à loucura, Szasz (1979:10) afirma que as “intervenções psiquiátricas lidam com problemas morais e não médicos”. Ele considera que “aos médicos e psiquiatras uniram-se os filósofos, jornalistas, advogados e leigos, rotulando de ‘doença mental’ todo e qualquer tipo de experiência ou comportamento humano que pudessem detectar ou atribuir a um ‘mau funcionamento’ ou sofrimento” (p. 48), segundo ele “a fenomenologia das chamadas doenças mentais, (...) dependem e variam de acordo com o caráter educacional, econômico, religioso, social e político do indivíduo e da sociedade onde ocorrem” (p.55), devido a isso “uma personalidade bem ajustada, normal e caracteristicamente humana fixa-se em critérios éticos e psicossociais. Não é de ordem biológica, nem os determinantes biológicos são particularmente significativos para esse conceito” (p.185), sendo, assim, a doença mental seria uma doença eminentemente social e não biológica, intrínseca.

Carrano, ex-paciente psiquiátrico, cujo livro deu origem ao filme “O bicho de sete cabeças”, faz em sua obra referência a Szasz e também evidencia o caráter social da loucura, para ele: “Enquanto não nos conscientizarmos de que as intervenções psiquiátricas lidam com problemas do relacionamento humano, morais, e não médicos, será muito difícil sairmos desse emaranhado de confusão em que se envolveu nossa psiquiatria.” (1990:146).

Penso que a concepção que vigora no senso-comum de que ao lidar com *malucos* você possa (e vá) ficar maluco pode estar intrinsecamente relacionada à questão trazida por Szasz e Carrano, que enfatizam a dimensão social da loucura. Ao lidar com moralidades outras, que não as vigentes e aceitas socialmente, é possível que se relativize a moral vigente na sociedade em que vivemos, redimensionando, assim, a questão da loucura. Ela pode deixar de ser pensada através de preconceitos (malucos são agressivos e perigosos) e compreendida de dentro, o que aproximaria o interlocutor desta outra construção da realidade, que se constitui como uma diferente forma de percepção do mundo na qual, dentre outras coisas, vozes e vultos podem fazer parte da realidade.

Os pacientes parecem ter, em determinados momentos, consciência do senso-comum sobre a loucura e das dificuldades trazidas por tal concepção. Certa vez um

paciente me disse que não consegue emprego porque ninguém dá emprego para pacientes psiquiátricos, pelo fato da sociedade ser muito preconceituosa. Segundo Carrano (1990:97) “É vergonhoso comentar que se é um ex-paciente psiquiátrico, é como nos identificar como um ex-presidiário ou, pior – eu era louco”. Percebemos, então, como essas acusações (quando denunciadas publicamente) “congelam drasticamente a identidade individual, contaminando todos os seus papéis e desempenho” (Velho, 2003a:81).

2.4. Notas sobre trajetórias de vida

Para além da idéia do contágio pela loucura e da concepção da doença mental como eminentemente social, é necessário destacar que a realidade vivida pelos pacientes do Centro de Convivência estudado é marcada, para além da doença mental, por uma situação de extrema pobreza, pobreza esta que muitas vezes nos deixa dúvidas sobre qual é a marca estigmatizante que predomina em suas vidas: se a loucura ou a miséria. A maioria dos usuários possui uma renda mensal familiar menor, ou equivalente, a um salário mínimo, vivendo em favelas ou em comunidades carentes, referindo-se, portanto, a um grupo social que se situa em uma posição “subordinada” nas sociedades modernas. Assim sendo, o objeto de estudo desta dissertação é a loucura em camadas populares, o que faz com que o trabalho de Duarte (1986) seja uma referência constante para este estudo.

Essa dimensão da pobreza fez que fosse verificado que um dos vínculos existentes entre os usuários e a instituição (que faz com que compareçam diariamente ao serviço) é a possibilidade de poderem contar com uma infra-estrutura que é, para eles, inexistente fora do Centro. Eles recebem duas refeições diárias (almoço e lanche), têm local para tomar banho, com água em abundância e têm a possibilidade de guardar seus pertences em escaninhos. O fato destes pacientes contarem com essa infra-estrutura evidencia que o Centro ocupa, para eles, um espaço não apenas de tratamento, mas também o papel de um local de assistência, trazendo-lhes, de certa forma, uma vantagem frente a outras pessoas que também passam por situações de miséria mas que não contam com um local para a assistência de suas necessidades básicas. Uma usuária disse que o Centro é a sua segunda casa e vários outros fizeram referência às pessoas do Centro como parte de uma família, evidenciando o lugar simbólico que o serviço ocupa para os pacientes.

Uma usuária que possui uma melhor condição financeira (estudou em um colégio particular voltado para a classe média de Niterói e reside no Ingá, um bairro que já foi um bairro nobre da cidade) relatou que, mesmo gostando do trabalho desenvolvido pelos técnicos, não frequenta com mais assiduidade o Centro por não conseguir conviver com tanta miséria, seu nível econômico e cultural a diferenciaria dos outros usuários e, devido ao seu diagnóstico de bipolaridade, evita o contato com tanta miséria, pois esse contato a deixaria muito deprimida, o que poderia desencadear um ciclo depressivo de sua doença.

Para além da discussão sobre classes sociais e loucura, deve-se ressaltar que lidar com as dificuldades pessoais dos usuários, dificuldades estas com as quais não se está acostumada, pode trazer um grande desconforto emocional. O primeiro mês em campo foi muito difícil e fez com que muitas vezes eu duvidasse que conseguiria dar conta de tal estudo.

Alguns episódios vividos devem ser descritos para uma melhor compreensão das dificuldades encontradas durante o primeiro mês do trabalho etnográfico: logo no segundo dia, tive contato com duas pacientes que estavam internadas, elas se diferenciavam dos outros usuários por se apresentarem mais sonolentas e por não conseguirem articular bem as palavras. Uma dessas pacientes, após a internação, continuou a frequentar o Centro e pude verificar que, durante o período de internação, sua forma de agir diferia da de quando não estava internada. O que parece acontecer é que durante o período de internação a quantidade de remédios ministrada é aumentada (como uma forma de tentar controlar a fase aguda da doença) e esse incremento do número remédios pode levar à impregnação, que segundo os pacientes, os deixaria “com a boca mole e com sono”. Foi verificado que alguns usuários, ao perceberem que algum medicamento estava os deixando “impregnados”, deixam, por conta própria, de tomá-lo. Em um *grupo*, pacientes discutiram com os técnicos sobre os efeitos colaterais dos remédios. Um paciente disse, e outros concordaram, que havia escutado que um dos medicamentos ministrados pelos psiquiatras poderia levar à impotência sexual. Esta afirmação foi negada pelo funcionários que responderam que o remédio é para a cabeça e em nada interfere no desempenho sexual. Disseram ainda que o cigarro e a bebida podem levar a impotência e que, mesmo assim, os pacientes continuam os ingerindo em grande quantidade.

Depois de alguns meses em campo, presenciei o irmão de uma paciente buscar aconselhamento com a equipe técnica do Centro a respeito de uma consulta que ela

havia tido com seu neurologista, na qual ele havia lhe dito que ela estava impregnada por remédios. Esta paciente, que reside em uma casa de repouso custeada por seu irmão, já fazia consultas regulares com este especialista, uma vez que, além de diagnosticada como *doente mental*, ainda sofre de problemas neurológicos. Seu irmão levou esta dúvida aos técnicos porque gostaria de saber como encaminhar a conversa com o psiquiatra da irmã de maneira que não houvesse conflito, pois queria seguir o conselho do neurologista e mudar a medicação prescrita, pois acreditava que só assim ela voltaria a apresentar uma melhora em seu quadro neurológico. Este fato indica que a impregnação por remédios psiquiátricos não é uma queixa feita apenas pelos pacientes, mas profissionais que ocupam um nível mais alto na *hierarquia de credibilidade* do saber médico também apresentam uma visão crítica sobre este tipo de tratamento.

Voltando às descrições de fatos que presenciei durante o primeiro mês em campo, ainda no segundo dia, uma usuária, já idosa, que sofre de câncer e que, devido à doença, perdeu o seu olho esquerdo, me mostrou sua “falta de olho” que ainda não estava totalmente cicatrizado. Eu interpretei essa atitude como uma forma de chamar a atenção para o seu sofrimento, mas uma das técnicas me disse que esta usuária anda sem tapa olho, ou o retira, como uma forma de chocar, evidenciando que ela gosta de ser alvo de preconceito.

No terceiro dia em campo, presenciei, pela primeira vez, um paciente ter alucinações auditivas, ele escutava ameaças de que iriam matá-lo e, devido a isso, queria ir embora do Centro, voltar para sua casa. Deste caso, é interessante ressaltar que ele mostrava consciência de que poderia haver “vozes em sua cabeça”, pois ele me disse que dessa vez a voz era “real” e não de sua cabeça. O paciente, ao se ver impossibilitado de sair do Centro (teria que aguardar o seu filho ir buscá-lo), pôs-se a rezar compulsivamente, aparentando querer se acalmar e, assim, afastar as vozes.

Em outro caso: um paciente que é, também, epilético, teve, durante os sete meses em que estive em campo, diversos episódios convulsivos. Durante esses episódios, muitas vezes, ele caiu e se machucou (algumas vezes seriamente) e apresentou incontinência dos esfíncteres, não demonstrando a iniciativa de trocar suas roupas sujas após esses episódios, necessitando, recorrentemente, da ajuda de outros pacientes para realizar sua higiene pessoal. Esse caso evidencia uma diferente forma de administração do corpo, em que a higiene pessoal não é primordial, pois, quando não era ajudado, o paciente permanecia sujo, realizando refeições e interagindo com outras pessoas sem se mostrar incomodado por estar em tal condição. Outros pacientes também demonstravam

resistência em tomar banho, passando semanas sem o fazer, mesmo com o apelo da equipe técnica.

A dimensão do sofrimento, oriundo da doença, era bem marcada em uma paciente que acreditava estar sempre grávida e relatava que seus familiares ou funcionários do Centro abriam sua barriga durante a noite e comiam os seus bebezinhos; ela contava, ainda, que sofria abusos sexuais que seriam seguidos de ferimentos com gilete em seu órgão sexual e em outras partes do seu corpo. Esses relatos vinham acompanhados de choro e queixas de dor. Essas queixas dão margem a um questionamento sobre o que é “real”, porque decididamente essa paciente vive essas queixas como “reais”, mesmo que elas não possam ser verificadas por seus interlocutores (não existiam marcas de gilete em seu corpo e a gravidez era descartada com exames ginecológicos), essa é a realidade que ela vive e re-vive, trazendo para ela grande sofrimento interno.

Nesse caso verifica-se que o que é para o senso-comum um disparate, para a paciente se apresenta como a realidade vivida e sentida, uma vez que suas ações e discursos se baseiam nesses acontecimentos (que para os outros são irreais). Strauss (1999:65) evidencia que “Grupos diferentes de homens têm perspectivas características, de modo que nenhum deles nomeia objetos [e vivências?] de forma idêntica nem possui sistemas de classificação exatamente equivalentes”, ou nas palavras de Velho (2003b: 21): “Não é que o ‘inadaptado’ veja o mundo ‘essencialmente sem significado’, mas sim que veja nele um significado diferente do que é captado pelos indivíduos ‘ajustados’”.

No prontuário dessa paciente constatou-se a presença recorrente de motivos psicológicos atribuídos aos seus relatos: em determinados momentos aparecia a referência a uma gravidez indesejada, oriunda de relacionamento sexual com um padrão, que a teria levado a realizar um aborto e que é revivido constantemente por ela; em outros relatos eram estabelecidas relações entre os cortes que a paciente dizia sofrer em seus membros inferiores e a amputação de uma das pernas de seu pai (devido a diabetes).

Segundo Perelberg (1976:82), a propósito da relação entre médico e paciente no que tange aos delírios, “o fato de o paciente ouvir vozes é visto como sintoma médico, (...) porque este acredita que, na realidade não existam vozes. Implica, portanto, uma comparação (secreta) entre os conceitos e idéias dos pacientes e aquelas do médico ou da sociedade mais ampla em que se encontram”. Nesse sentido pode-se frisar que não se considera que exista, ao menos nos prontuários, uma forma diferente de construção

social da realidade, os relatos aparecem como devaneios e mesmo que “Alguns psiquiatras e psicólogos considerem úteis o devaneio, a fantasia, o sonhar-acordado – quaisquer que sejam os termos pelos quais designem o fenômeno – principalmente porque são mecanismos de ajuste; satisfazem os desejos ou são mecanismos compensatórios, ou permitem a liberação de tensão, ou a fuga momentânea da realidade” (Strauss, 1999:78), os pacientes são desacreditados e a única realidade considerada é a da *vida cotidiana* (Berger e Luckmann, 1985), desconsiderando-se que possam haver múltiplas realidades, tal como a vivenciada pela usuária.

Verificou-se, no entanto, que, tal como evidenciou Venancio (1998:167), os delírios servem “à afirmação da possibilidade de existência de uma vontade não consciente que está articulada à verdade mais profunda do indivíduo. O *delírio* fala então de uma verdade do indivíduo”, que deve, portanto, ser percebido e considerado como realidade vivida pelo paciente e não desacreditado, como parece ocorrer em determinados momentos.

A interação que estabeleci com os pacientes baseava-se em acreditar nos casos por eles contados, seja por estar seguindo um outro senso-comum sobre a loucura – “não se deve contrariar maluco” –, seja por acreditar que são histórias vivenciadas como “reais” e que por isso deviam ser encaradas como “reais” ou, até, por um total desconhecimento sobre as possibilidades “reais” de algo acontecer: certa vez essa paciente, em conversa na frente de uma das técnicas, me disse (colocando as mãos aonde eu achava se localizar os rins) que havia tomado uma injeção nesse órgão e que o procedimento teria lhe causado muita dor e sangrado muito. A conversa se desenrolou comigo acreditando que aquilo que ela estava me contando havia acontecido não apenas em seus devaneios, mas no “mundo real”, aceito socialmente. Quando a paciente saiu a técnica começou a rir e falou: “não sei quem era mais maluca, R. por contar essas histórias, ou você por acreditar”.

Esse episódio evidencia que mesmo sendo constatado que o campo escolhido como objeto de estudo apresenta diferentes formas de construção social da realidade, as construções que diferem da norma aceita pela sociedade mais ampla são desacreditadas enquanto construções possíveis e entendidas como meros devaneios que devem ser escutados, mas que não devem ser acreditados como “reais”.

2.5. O estabelecimento de uma relação afetiva

Todos os acontecimentos acima descritos resultaram que eu sentisse, em determinados momentos, uma grande falta de estímulo para interagir com os técnicos e com os usuários do Centro de Convivência, fazendo com que, no final do primeiro mês de trabalho etnográfico, relatos de insatisfação e angústias fossem escritos em meu caderno de campo. No dia 18/04/2008 escrevi: “Hoje estou sem paciência para interagir com eles”, no dia 04/04/2008 consta: “Não estou bem da cabeça, estou angustiada e com vontade de chorar, às vezes acho que não vou dar conta, é muita tristeza, sofrimento e maluquice juntas” e, por fim, no dia 10/04/2008 esta escrito: “Semana passada eu ficava muito deprimida depois que saía do Centro de Convivência, hoje eu até estou melhor, mas acho que um ano de campo vai ser muito”.

No entanto, indo três vezes por semana durante três meses consecutivos, comecei a relativizar essa convivência e passou a ser, para mim, “normal” conviver com as dificuldades enfrentadas por pacientes psiquiátricos, o que tornou minha estadia naquele lugar menos marcada por um sentimento de angústia e sofrimento.

Devo ressaltar que não foi apenas a relativização e o costume que foram responsáveis pela transformação do sentimento que tinha em relação ao campo, o estreitamento do vínculo de afeição com os pacientes e com os técnicos teve lugar determinante nesse processo. Um bom exemplo dessa demonstração do estreitamento do vínculo foi dado pelos técnicos, que me deram a cópia da chave de sua sala. Esse fato foi corroborado pela declaração de uma das técnicas que me disse que certa vez conversava sobre estagiários com uma colega de um outro trabalho que tem, e disse a ela que a estagiária que estava no Centro de Convivência (eu) tinha se adequadado muito bem ao trabalho da equipe que “era como se eu fosse uma técnica como eles”. Essa declaração foi dada mesmo que eu tivesse sempre procurado manter claro, para os técnicos e usuários, que mesmo que eu ajudasse nas tarefas diárias e não ficasse apenas observando o cotidiano do serviço, eu era apenas uma estudante que não possuía nenhum tipo de vínculo empregatício com o Centro de Convivência. Esses acontecimentos pareceram evidenciar que os técnicos já haviam me aceitado como uma pessoa que estava inserida naquela rede.

Em relação aos pacientes também pude perceber que a confiança havia sido estabelecida através de declarações de que gostam muito de mim e de que estavam com saudades, quando eu passava algum tempo sem aparecer. No terceiro mês em campo

ouvi uma usuária dizer para mim quando cheguei ao Centro: “Hoje é Silvia! vai ser bom!” e no mês seguinte, outra paciente, ao conversar comigo e saber que ficaria freqüentando o Centro de Convivência apenas durante o ano de 2008, disse que não me deixaria ir embora, que se fosse necessário ia falar com o Diretor do hospital. Eu expliquei a ela que eu não tinha vínculo institucional com o hospital, então ela disse que ia até o gabinete do Prefeito para que ele conseguisse um trabalho para mim no Centro. Recebi, ainda, um presente de um dos usuários, este um senhor, idoso, me presenteou com uma roupa de boneca Barbie, acredito que por me ver como uma menina (muitos perguntavam minha idade e se espantavam quando eu dizia que tinha 25 anos).

Durante o período de convivência, no entanto, não vivenciei apenas situações que ilustravam como estava sendo bem recebida, escutei pacientes me xingando e se exaltando entre si e com os técnicos. Certa vez fui perguntar a um usuário se ele não ia almoçar e ele disse que não ia comer e começou a me fazer agressões verbais. Outra vez um paciente se exaltou com uma funcionária, jogou seus remédios no chão e saiu do Centro fazendo muitos xingamentos à técnica e a todos os demais que estavam ali presentes. No final do dia voltou com uma assistente social do ambulatório do hospital e pediu desculpas.

Em conversa com os técnicos, a que sofreu a agressão verbal, disse que esse paciente estava exaltado dessa forma por ter gasto todo seu dinheiro do mês, segundo ela sempre que ele fica sem dinheiro, fica muito nervoso, mas que isso não indicava que estava em *crise*. Ela disse que aceita ser xingada por pacientes quando eles estão *loucos*, mas que quando estão *normais* (tal como acontecera) ela não aceita, pois isso não seria um indício da *doença*, mas sim de “falta de educação”. No dia seguinte este mesmo paciente trouxe para ela um brinco de presente, como forma de pedir desculpas.

É interessante destacar a demarcação de uma fronteira entre a *doença mental* e a falta de educação no discurso desta técnica. Para ela parece haver uma fronteira que demarcaria onde termina os indícios da *doença* e começa a falta de educação. Os dois termos não são percebidos como sinônimos, devendo ser distinguidos e, enquanto a *doença mental* e seus sintomas devem ser observados e encaminhados para tratamento médico, a falta de educação deve ser repreendida e atos desse tipo devem ser afastados do Centro.

Esta distinção que, para a técnica, se apresentou de forma bastante clara, pode parecer, em certas situações, de maneira ambígua, podendo ser evidenciada pela utilização das categorias “louco” e “sem educação” como sinônimas. Pensando em

retrospectiva sobre o episódio acima descrito, a atitude explosiva e sem motivo aparente apresentada pelo usuário poderia ser pensada como uma atitude *louca*, pelo fato de ter fugido às regras de bom convívio do local, quando, na verdade, não se tratava de uma evidência de *reagudização* dos sintomas psiquiátricos.

2.6. O momento do afastamento:

Um período conturbado em campo precedeu o meu afastamento. Em meados de junho, houve a notificação de que uma funcionária (terapeuta ocupacional), que havia sido admitida no Centro em 2006, iria ser demitida (à revelia dos integrantes da equipe técnica e dos usuários) por não ser funcionária concursada e pelo fato de a Rede de Saúde Mental do Município (assim como todo o Sistema Municipal de Saúde) estar passando por cortes orçamentários visando o enxugamento de gastos para a nova gestão municipal²¹.

Os técnicos, ao saberem dessa notícia, marcaram reunião com a direção do hospital psiquiátrico, mas foi a eles relatado que nada estaria ao alcance dessa instância para resolução do problema, pois essa ordem teria partido da Secretaria de Saúde de Niterói e, assim sendo, a demissão deveria ser mantida. Quando este acontecimento foi passado para os pacientes, eles se organizaram (sem o conhecimento dos técnicos) e fizeram um abaixo-assinado para que a funcionária fosse mantida em seu cargo. Após ter em mãos tal documento, o diretor se sensibilizou e percebeu que a presença da funcionária representava muito para os usuários do serviço, encaminhando técnicos e os usuários responsáveis pela organização do abaixo-assinado para uma reunião com o Secretário de Saúde do município, o qual, no entanto, não os recebeu para a reunião, tendo a negociação se dado diretamente entre o Diretor do hospital e o Secretário, resultando na manutenção do cargo da funcionária.

Foi realizada uma negociação entre o Diretor e outro funcionário do Centro, que vislumbrava uma candidatura para vereador no município de São Gonçalo, afinal não seria possível manter dois funcionários não concursados no Centro. Ele seria afastado, uma vez que não é possível assumir cargos públicos durante período de campanha

²¹ 2008 foi ano de eleições para prefeitos e vereadores no Brasil.

eleitoral e, assim sendo, a funcionária foi mantida em seu cargo e, posteriormente, nomeada coordenadora do Centro.

Esta negociação entre o Diretor do hospital e o Secretário de Saúde do município evidenciou que os limites de poder do Centro de Convivência são muito restritos e que este setor se insere em uma estrutura de poder institucional mais abrangente. Mesmo que a negociação tenha se iniciado após um abaixo-assinado feito pelos pacientes, uma decisão só foi tomada, de fato, através de uma negociação entre duas pessoas que estão posicionadas em um nível hierárquico mais alto. Este acontecimento explicitou, portanto, a estrutura hierárquica na qual o Centro de Convivência está inserido e que pode ser (e é) acionada quando surgem questões que não podem ser resolvidas por aqueles que estão em um nível mais baixo da *hierarquia de credibilidade*.

A quase demissão da terapeuta ocupacional, e o posterior afastamento de um técnico de enfermagem, tornou o convívio no grupo difícil, uma vez que um clima de insegurança e incerteza passou a prevalecer nas interações cotidianas. Esse episódio ocasionou, ainda, a diminuição do número de funcionários no Centro de Convivência, o que fez com que eu, que já havia diminuído a quantidade semanal de idas ao Centro, voltasse a frequentá-lo três vezes por semana. No mês seguinte, quando uma técnica (terapeuta ocupacional concursada) assumiu função no Centro eu diminuí novamente as minhas idas ao campo.

O desgaste de estar seguindo uma rotina de “técnica” estando no Centro de Convivência durante vinte horas semanais, em conjunto com o processo de escrita desta dissertação, fez com que se tornasse latente a necessidade de um relativo afastamento do trabalho etnográfico. Assim sendo, por indicação de meu orientador, comuniquei à equipe que me afastaria do Centro, pois temia estar me tornando, nas palavras de Foote-Whyte (2005:318), uma “participante não-observadora”, deixando de lado o meu papel de observadora participante. Estava entrando no sexto mês de trabalho de campo e a necessidade de afastamento para uma reflexão detalhada da experiência vivida em campo foi se tornando cada vez mais evidente, sendo assim, passei a ir apenas uma vez por semana para reuniões de equipe e para a leitura de prontuários.

No mês seguinte, comecei a escrita deste capítulo e, para tanto, foi necessária uma revisão profunda das anotações de campo. Nesse momento percebi que, além da necessidade de afastamento, somava-se ainda a enorme quantidade de material coletado nesses sete meses em que fui com regularidade a campo, fato que demandava uma grande quantidade de tempo que deveria ser dedicada a esta revisão. Nesse período

percebi que, muitas vezes, temos “a sensação de estarmos imersos numa massa confusa de dados” (Foote Whyte, 2005:283), o que dificultava ainda mais esse processo de escrita, pois sabia que escolhas sobre o que deveria constar no capítulo (e também na dissertação) inevitavelmente teriam que ser feitas.

Diante dessa situação, me afastei definitivamente de campo, comparecendo apenas em ocasiões especiais tais como reuniões de família e eventos, tais como as olimpíadas e festa de final de ano. Para tanto, conversei previamente com a equipe técnica, em reunião de equipe e com os usuários, explicando em um *grupão* o motivo de não estar mais presente cotidianamente no Centro.

Esse momento de distanciamento foi marcado por muita angústia, tanto em relação aos prazos que deveria cumprir (cada vez mais próximos) quanto ao próprio afastamento, pois, como foi dito anteriormente, um forte vínculo afetivo já havia sido estabelecido entre mim e os técnicos e usuários do serviço.

3. SER OU NÃO SER [LOUCO]? EIS A QUESTÃO.

“Louco: Adj. 1. Que perdeu a razão; alienado, doido, demente. 2. Que está fora de si; contrário à razão ou ao bom senso; insensato. 3. Dominado por paixão intensa; apaixonado, perdido. 4. Que se porta de maneira pouco sensata, inconveniente; esquisito, excêntrico. 5. Imprudente, imoderado, temerário. 6. Estróina, extravagante, doidivas. 7. Travesso, brincalhão, folgazão. 8. Fora do comum; incomum, enorme, extraordinário.”

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Brasileira*.

Neste capítulo será realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática da *loucura*, assim como uma análise de como esse tema aparece no discurso dos técnicos e pacientes do Centro de Convivência estudado.

3.1. Loucura e normalidade

Na primeira semana em campo presenciei um paciente conversando com a equipe técnica sobre o que era, para ele, uma pessoa *normal*. Para o usuário uma pessoa que trabalha, constitui família (se casa e tem filhos) e que tem dinheiro para se sustentar (e sustentar sua família) seria uma pessoa *normal*. O paciente não delimitou o que seria, para ele, uma pessoa *louca*, mas foi possível perceber que estava presente em sua concepção a idéia de que aqueles que seguem regras socialmente instituídas e que se adéquam a um padrão social aceito são considerados *normais*. Cabe, no entanto, salientar que alguns pacientes do Centro de Convivência trabalham, se sustentam e constituíram família, mas não são percebidos como *normais*: são diagnosticados como psicóticos pelo saber médico e considerados *loucos* pelo senso-comum.

Essa concepção, que relaciona normalidade e adequação a regras, não parece se afastar muito da presente na bibliografia consultada, que lida principalmente com a temática do desvio, de acusações de *loucura* e da dimensão moral inscrita nessas acusações.

Becker (1977) salienta que grupos sociais fazem regras se baseando em situações sociais consideradas como “certas”. Quando uma regra (baseada em uma situação social considerada “errada”) é transgredida, a pessoa que a transgrediu será

considerada como marginal ou desviante. Szasz (1979) também enfatiza que as regras sociais são normas que se originam de práticas que predominam em um grupo social. E, especificamente sobre a relação entre *doença mental* e cumprimento de regras, Perelberg (1976:173) escreve que a *doença mental* foi percebida “como resultado de um processo de interação social em que pessoas determinadas são acusadas de doentes mentais, a partir de um modelo de normalidade do grupo que assim as classifica e que tem o poder de impor suas normas.”

Essas perspectivas, levantadas pelos autores, enfatizam que o não cumprimento de regras sociais faz com que uma pessoa venha a ser considerada como desviante. Percebe-se que o que foi colocado pelo paciente, a propósito do que é ser *normal*, não se distancia muito da visão enunciada pelos autores, pois o matrimônio e, principalmente, o sustento a partir do trabalho, são valores que se constituíram como regras que devem ser seguidas socialmente, a adequação às mesmas faz com que alguém seja considerado *normal*, a não adequação faz dessa pessoa um desviante.

Em nossa sociedade, o problema de indivíduos desviantes remete, no senso-comum, a uma perspectiva patológica, preocupada em distinguir o *são* do *não-são*, o *normal* do *insano*. E esta relação entre o *normal* e o desviante se constitui de maneira dialética, uma vez que “a idéia de desvio, de um modo ou de outro, implica a existência de um comportamento ‘médio’ ou ‘ideal’” (Velho, 2003:17). Considerando-se que o desvio recorrentemente é considerado como produto de uma *doença mental*, um indivíduo percebido como desviante está sujeito a sofrer acusações públicas de *doente mental*, *louco*, *maluco*, *doido* etc.

A dimensão sócio-cultural inscrita na *loucura* é evocada por Foucault (1968:71) quando este autor sublinha que se tornou lugar comum na sociologia e na patologia mental que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”, sendo ela fruto de um processo acusatório originado por uma valorização negativa do diferente, do insano e da desrazão que levaria à organização de rituais de exclusão.

A psiquiatria, no entanto, não compartilharia dessa visão, segundo Scheff: “the social system is relegated to a relatively minor place in the understanding of mental illness” (1977:9), para este autor, no entanto, a doença mental será melhor compreendida enquanto um status social do que como uma doença, pois “the societal reaction is a fundamentally important variable in all stages of a deviant career” (p.129)

e também porque “the definition of behavior as symptomatic of mental illness is usually dependent upon social rather than medical contingencies” (p.128-129).

Por ser eminentemente social, Szasz (1979) evidencia que a *doença mental* é uma doença moral. Segundo ele, os diagnósticos e intervenções psiquiátricas lidam com problemas éticos, morais, sociais e pessoais e não com problemas médicos. Para ele, diferentemente da doença física, que independe do caráter sócio-econômico e político da sociedade em que ocorre, as manifestações das chamadas *doenças mentais* dependem do caráter educacional, econômico, religioso, social e político, tanto do indivíduo quanto da sociedade em que ele vive.

Szasz, no entanto, não está desconsiderando que as doenças físicas também dependem (em determinadas situações) da questão sócio-econômica, afinal a pobreza, a falta de recursos, a desigualdade e a falta de assistência médica podem ser fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças, que não tendem a aparecer com a mesma frequência em ambientes mais favorecidos. O que o autor está enfatizando é que as doenças mentais são intrinsecamente dependentes da questão social enquanto as doenças físicas podem, ou não, ter seus sintomas agravados devido à situação sócio-econômica vivida pelo paciente.

Duarte (1986:155-156) percebe a importância da investigação sobre as potencialidades morais presentes nas *doenças mentais*, mas enfatiza que as perturbações nervosas (e entre elas a *loucura*) se caracterizam pela dimensão físico-moral²² nelas inscritas. Enquanto a dimensão moral da loucura foi explicitada anteriormente, a fisicalidade presente nas perturbações nervosas podem ser exemplificadas através da perspectiva psiquiátrica que trata a *loucura* como uma patologia; e da “representação da cabeça/cérebro como um ‘orgão’” que levaria à “recorrente expressão tirar *chapa da cabeça*, que designa um dos recursos médicos regulares e socialmente reconhecidos na carreira de uma perturbação físico-moral”. Da mesma forma, a nomeação corrente de psicotrópicos, identificados pelo senso-comum como *remédios de nervos* ou *remédios para a cabeça*, também evidenciaria o reconhecimento da cabeça como o centro dos

²² Perturbações físico-morais seriam aquelas que procuram “designar da maneira mais abrangente possível todas as alterações do estado ‘normal’ da pessoa, que se supõe ser culturalmente definido. Dessas alterações digo serem ‘físico-morais’ para transmitir a impressão de totalidade, de multipresença, de que elas frequentemente se revestem, abrangendo ou atravessando dimensões diferentes da vida do sujeito. (...) É claro, porém, que o aqui analiticamente incluído nas ‘perturbações físico-morais’ pode ser eventualmente considerado ou classificado culturalmente como apenas ‘físico’ ou apenas ‘moral’ (no sentido amplo deste termo)” (Duarte, 1986:13)

nervos. Observa-se, ainda, o uso de expressões como *fraco das idéias* ou *cabeça fraca* para designar uma pessoa com reconhecida incapacidade mental.

Durante o trabalho etnográfico verificou-se a existência da percepção da dimensão física da *doença mental*, principalmente através de discursos de pacientes que alegavam estar *doentes da cabeça* (quando se referiam aos períodos, chamados pelo saber médico, de *surto*). A utilização da categoria *doença* como a mais usada para designar a *loucura* evidencia como a fisicalidade dessa condição é percebida pelos pacientes, que a associam a uma doença do corpo (da cabeça) e não a uma doença moral. A categoria *doença dos nervos* não foi escutada durante o trabalho de campo, mas encontra-se presente em prontuários médicos de usuários do serviço, em referência a fala dos usuários: no dia 30/10/2003 e 15/01/2005 no prontuário de um paciente constava, respectivamente: “Queixa-se de problemas nos nervos” e “Paciente relata fadiga nos nervos”, no de outro paciente está presente, no dia 31/01/1985 “diz não ser maluco e sim nervoso”. Essas referências remetem ao trabalho de Duarte e evidenciam a associação, também no universo deste estudo, entre o nervoso e as perturbações físico-morais por ele evidenciadas.

No senso comum, a dimensão física existente na doença mental também se faz presente, através de frases como: “fulano tem cara/jeito de maluco”. Evidenciando que a *doença mental* é percebida como expressa também no corpo, marcando não apenas os atos e comportamentos, mas também as feições e, de forma geral, a apresentação de si como um todo.

3.2. Ser ou estar louco?

No decorrer do trabalho de campo verificou-se que os técnicos do Centro de Convivência dificilmente referiam-se aos pacientes como *sendo loucos*, normalmente falavam que uma pessoa *estava louca*, quando o paciente entrava no que eles chamam de período de *surto*. Em determinada ocasião, um dos técnicos falou no *grupão* que havia recebido uma reclamação, de funcionários do hospital psiquiátrico, de que usuários do Centro de Convivência estavam entrando recorrentemente em suas dependências, o que não seria permitido. Segundo as regras da instituição, os pacientes só devem circular pelo hospital quando tiverem consultas médicas e/ou psicológicas ou durante os períodos de internação. O técnico falou para os usuários que o hospital é

lugar de doente e que ninguém do Centro *estaria* doente, portanto não deveriam entrar na instituição. A doença a que o técnico se refere é a *doença mental* e esta categoria (doença) foi verificada, também, como a mais usada pelos pacientes para se auto-referirem durante os seus períodos de *surto*.

Quando os técnicos fazem referência aos pacientes que têm a fisicalidade da doença bem aparente (babam, apresentam incontinência dos esfíncteres, tem tiques nervosos ou mantêm um discurso confuso e desconexo constantemente), os chamam de *doidos de pedra*, mas apenas dizem que eles *estão loucos* quando entram em *fase aguda*. Assim sendo, percebe-se que a loucura se apresenta, no discurso dos técnicos, por fases.

Esta percepção se aproxima da perspectiva evocada por Strauss: “Em todos os tipos de status está implícita uma dimensão temporal. Ninguém obtém, nem pode assumir uma posição ou um *status* para sempre. Sempre existe uma cláusula, oculta ou reconhecida abertamente, pela qual uma pessoa pode ser destituída ou destituir-se do *status*” (1999: 128). Strauss também delimita a necessidade de reconhecer as fases pelas quais um indivíduo passa:

“Visto que uma pessoa é, durante uma fase decisiva, quase literalmente diferente daquele que ela era, é necessário que outros, se precisarem manipulá-la com habilidade, aprendam a reconhecer essas fases. Devem ler os sinais corretamente, quer esses sinais sejam índices – isto é, sintomas – quer a pessoa sinalize seu estado. O reconhecimento da fase é facilitado por chaves subsidiárias, tais como a informação sobre a carreira e o ciclo da vida de um homem, de modo que o ‘ele’ corrente possa ser colocado contra o pano de fundo de suas outras prováveis fases” (1999:133)

Em uma concepção semelhante à proposta pelo autor, a equipe técnica diz ser necessário escutar os meandros das histórias que os pacientes contam para perceber se esses relatos apresentam contradições. Segundo eles, é através do comportamento dos usuários que é possível constatar quando eles estão diferentes e, portanto, quando estão entrando em *fase aguda*.

Determinados usuários são, então, considerados *doidos de pedra*, por não conseguirem estabelecer trânsito por outras *redes* que não as relacionadas à instituição e por apresentarem características que fazem com que eles sejam facilmente acusados de *loucos*, pois apresentam atos, ações, conversas e feições que fogem aos padrões instituídos socialmente. Mesmo quando se refere a estes pacientes, a equipe técnica salienta que é *normal* que eles apresentem essas características, eles *estariam loucos* apenas quando passam a apresentar outras características além das cotidianas (que,

porém, são suficientes para os marcar, para o senso-comum, como *loucos*). Essas características – tais como, desorganização, agitação, impaciência, agressividade, perseguição, fala (mais) desconexa, isolamento e delírio – seriam percebidas pela equipe técnica e indicariam que a *doença* estaria entrando em período de *reagudização*. O que parece ocorrer nessa distinção entre *ser* e *estar louco* é a diferenciação entre sintomas considerados *normais* e sintomas que evidenciariam uma piora no tratamento do paciente.

Esta perspectiva pode ser percebida também como uma maneira de tentar diminuir o estigma sofrido pelos usuários, uma vez que eles não são tratados constantemente como *loucos*, mesmo que alguns usuários apresentem cotidianamente o que é considerado, pelo senso-comum, como *sintomas da loucura*, eles só vão ser acusados de *estarem loucos* quando aparecem sintomas outros, que não aqueles que os técnicos e outros usuários estão acostumados a lidar constantemente. Estes sintomas estão muitas vezes relacionados ao mau (ou ao não) uso dos remédios psiquiátricos ou a acontecimentos marcantes em suas trajetórias pessoais, tais como brigas, perda de trabalho ou morte de algum ente querido. Assim sendo, percebe-se a presença de uma relativização de alguns sintomas, que seriam considerados como *normais*, e a valorização de outros que são considerados como indícios de piora do paciente.

Esses pacientes, considerados *doidos de pedra*, mesmo que percebidos como estando *loucos* apenas quando apresentam outros sintomas que não os cotidianos, possuem um trânsito diferente dos outros pacientes na instituição de tratamento: seus discursos são freqüentemente desacreditados, sendo considerados apenas como delírios, além de, em diversas ocasiões, serem poupados de tarefas que seriam comuns a todos os usuários, exatamente por sua condição. Esta caracterização de *doidos de pedra*, mesmo que em uma tentativa de diminuição do *estigma*, leva, em determinadas situações, a uma diferenciação entre os usuários e suas obrigações. Essa diferenciação parece referir-se a uma outra dimensão presente no Centro que, mesmo sendo um local voltado para a sociabilidade, valoriza a individualização dos usuários, sendo eles pensados segundo suas limitações e possibilidades, talvez por uma influência da linha de pensamento *psi*, que tem a psicanálise e a psiquiatria como seus principais representantes nas instituições de tratamento para *doentes mentais*.

Ressalta-se, portanto, que não existe uma homogeneização possível da *loucura*, ela não se apresenta da mesma forma em todas as pessoas. Alguns pacientes teriam, segundo essa classificação, a *loucura* mais evidente, transparecendo em suas

características físicas e sendo considerados como *doidos de pedra* – esses seriam os usuários que deliram constantemente, que não articulam discursos concatenados, que são facilmente acusados de *loucos*, sendo desacreditados e estigmatizados devido a sua condição.

Existe, porém, um outro grupo que não tem sua *loucura* tão evidente e por isso não são acusados e reconhecidos tão facilmente como *loucos*, são aqueles que têm um maior trânsito por outras *redes de relações* que não apenas as da instituição em que fazem tratamento, muitas vezes conseguem trabalhos (mesmo que esporádicos e interrompidos durante os períodos *agudos*) e possuem, em sua grande maioria, um discurso coerente, se adequando facilmente à idéia, presente no Centro, de que alguém *fica louco* e que *não é louco*. Este grupo se encaixa no evidenciado por Goffman (1978:11-12): “de como o indivíduo que parece completamente maluco um dia, no outro, pela mágica da ‘remissão espontânea’, torna-se, em sua conduta, ‘são’ de novo”.

No senso-comum verifica-se, no entanto, uma tendência à homogeneização da loucura, que tende a considerar os *loucos* como agressivos e incapazes. Nesta concepção não existe a percepção de que uma pessoa *está louca*, tende-se a acreditar que a pessoa, uma vez acusada ou uma vez tendo passado por um período de hospitalização em instituição psiquiátrica, *é louca*. A idéia que prevalece é a de que “uma vez louco, sempre louco”.

3.3. Loucura como categoria acusatória

Goffman (1974:112) destaca, em seus estudos que “a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida que essa interpretação altera o seu destino social – uma alteração que se torna fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização”.

Com esta frase fica evidente que a hospitalização representa um importante marco na *carreira moral*²³ de uma pessoa para que ela seja considerada *louca*, pois através dela se dá a acusação pública de sua condição psiquiátrica. Perelberg (1976)

²³ “o conceito refere-se à seqüência de movimentos de uma posição à outra num sistema ocupacional, feitos por um indivíduo que opera naquele sistema. Mais ainda, inclui a noção de ‘contingências de carreira’, aqueles fatores dos quais depende a mobilidade de uma posição à outra. As contingências de carreira incluem tanto fatos objetivos da estrutura social quanto mudanças nas perspectivas, motivações e desejos do indivíduo” (Becker, 1977 :72)

também enfatiza o papel que o hospital psiquiátrico tem como agência fundamental para o reconhecimento da loucura.

Mesmo que estes dois autores estejam analisando uma perspectiva pré-Reforma Psiquiátrica, percebe-se que a instituição de tratamento ainda se constitui como importante marco na carreira de um paciente psiquiátrico, estando, inclusive, presente no discurso de um usuário. Certa vez esse paciente me disse que todos os que freqüentam o Centro de Convivência são *malucos*, pois ali, mesmo não sendo um manicômio (i.e. uma instituição asilar), é lugar de *maluco*. Ele teria reconhecido sua condição de *maluco* para poder se curar.

A respeito dessa declaração três pontos devem ser ressaltados, em primeiro lugar: esta foi uma das únicas vezes que algum paciente referiu a si mesmo como *maluco* durante alguma conversa. As outras declarações dadas por usuários, ao menos em minha presença, sobre períodos de *surto* ou sobre a primeira internação, referiam-se, predominantemente, a como eles *ficaram doentes* e não como *ficaram malucos*. Em segundo lugar, deve-se sublinhar que, mesmo auto-referida, esta declaração é também acusatória, uma vez que ela não se refere apenas ao paciente em questão, mas a todos os usuários do serviço. Por fim, parece ocorrer, neste caso, uma incorporação da condição de *doente mental* por parte desse paciente. Sobre esse processo de incorporação Scheff (1977: 86) escreve que: “there is considerable pressure on the patient to accept the role of the mentally ill as part of his self-conception”. Para este paciente a concepção de si como *maluco* é fundamental para o seu tratamento e para que ele possa vir, quem sabe, a ser curado desta condição.

Em outra situação um outro paciente se auto-denominou *maluco*: durante um evento em comemoração ao dia da luta anti-manicomial ele, considerado, no Centro de Convivência, como *doido de pedra*, disse ser *maluco*. Eu e uma das técnicas perguntamos a ele porque ele dizia isso. Ele respondeu que estava escrito, que ele tinha uma *carteirinha de maluco*, e tirou do bolso a carteira que dá direito a ele ao passe livre em ônibus municipais, concedida pela Secretária Municipal de Saúde aos pacientes que fazem qualquer tipo de tratamento médico continuado. Sublinha-se, no entanto, que nesse documento não estava escrito que ele fazia tratamento psiquiátrico ou que era *doente mental*, mas ele acreditava que ali estava seu atestado de *maluco*.

Mesmo que categorias relacionadas à doença mental, tais como *louco*, *doido* e *maluco* não tenham sido percebidas como palavras tabu no Centro de Convivência – elas são usadas com freqüência tanto pelos pacientes quanto pelos técnicos –, elas

aparecem como categorias acusatórias, ora se referindo a pacientes que se encontram internados ou em período de *reagudização*, ora usadas em tom de brincadeira, a respeito de técnicos e/ou pacientes em frase como: “Você é doido!” ou “Tá parecendo maluco!”.

Um usuário me disse certa vez que considerava seu comportamento diferente do dos outros pacientes do Centro, pois, segundo o próprio, ele teria um comportamento semelhante ao das pessoas que não precisam de tratamento psiquiátrico. Sublinha-se que este paciente é considerado, pelos técnicos e pelos outros pacientes, como *doido de pedra*, ou seja, um usuário que tem a sua *loucura* bem aparente. Este depoimento evidencia que mesmo um paciente considerado como *doido de pedra* pode não se perceber como *louco* e usar esta categoria apenas de maneira acusatória, uma vez que em sua comparação com os outros usuários, ele diz ter um comportamento considerado *normal*.

A propósito do que foi dito por este paciente devemos lembrar que Foucault (2007:186) sublinhou que: “O louco afasta-se da razão, mas pondo em jogo imagens, crenças, raciocínios encontrados, tais quais, no homem de razão. Portanto, o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão”, evidenciando o caráter acusatório da *loucura*.

3.4. Vagabundagem versus loucura – um estudo de caso

Por fim, seria interessante discutir um caso: um paciente, de aproximadamente vinte e cinco anos, preso por roubo de aparelho de som de automóvel e que afirma continuar roubando (celulares e dinheiro de pedestres), foi acusado, durante todo o período em que realizei o trabalho etnográfico, pelos técnicos e por outros pacientes do serviço, de não ser *doente mental* e sim um *vagabundo* que se escondia atrás do “álibi” de paciente psiquiátrico para não trabalhar.

Segundo os técnicos, ele freqüentava o Centro para comer e ter local para tomar banho (seria por eles considerado um “come e dorme”). O paciente confirmou essa afirmação e também disse que só vai ao serviço para ter o que comer, ter onde guardar os seus pertences e ter lugar para tomar banho. Em seu prontuário também consta (no dia 23/04/08) um relato que corrobora esta afirmação: “Diz estar morando na rua porque o irmão o expulsou de casa e que ‘o que salva é o Centro de Convivência, onde posso

comer, tomar banho e conversar’’, além de constarem relatos sobre entradas dadas por este usuário no Setor de Recepção e Intercorrências (SRI)²⁴ nos finais de semana com a mesma solicitação.

Quando começou a freqüentar o Centro ele não tinha lugar para passar o dia porque o irmão não deixava que ele ficasse em casa enquanto ele não estivesse presente. Posteriormente, o paciente teria sido expulso da casa do irmão e passou a morar na rua.

Em conversa com sua psicóloga (em visita ao Centro de Convivência), ela disse que o usuário é filho de um relacionamento entre uma empregada doméstica e o filho do patrão e que o pai teria assumido sua criação após a morte da mãe (quando ele tinha cinco anos de idade) e depois que foi morar com o pai ele não teria tido muito contato com o meio-irmão (filho de outro relacionamento de sua mãe), retomando-o apenas após a morte do pai, quando foi morar com o irmão no município de São Gonçalo.

Mesmo que a psicóloga tenha reiterado diversas vezes a esse irmão que os médicos do paciente alegavam que ele não apresentava sintomas para uma internação psiquiátrica, existiria uma demanda recorrente do irmão por uma internação do usuário. Segundo o próprio, seu irmão queria interná-lo para ficar com a herança que teria direito devido à morte do pai. Segundo o próprio usuário, ele possui três processos na justiça, um por causa do roubo, um de interdição (por parte do irmão) e um referente à herança do pai.

O pai teve um enfarte, que ocasionou sua morte, durante uma discussão que teria se desenrolado no meio da rua entre ele e o usuário. Nessa ocasião ele teve sua penúltima internação, ficando um ano internado em um hospital psiquiátrico de São Gonçalo.

Em conversa com o paciente, ele relatou que foi o pai que o levou para a sua primeira internação, devido ao uso de drogas. Segundo ele, fazia uso constante de drogas, fumando maconha todos os dias (sete vezes por dia), usando cocaína e chegando a traficar maconha. Durante o período em que realizei o trabalho etnográfico o paciente relatou não fazer mais uso de entorpecentes ilícitos, mas disse fazer uso diário de substâncias alcoólicas.

Mesmo não sendo considerado *maluco* pela equipe técnica do Centro de Convivência, o paciente apresentou, em determinadas ocasiões, segundo os técnicos, mania persecutória. A sua psicóloga, em visita ao Centro, destacou a dificuldade em

²⁴ O SRI “funciona como emergência psiquiátrica do Programa de Saúde Mental, portanto é onde começa toda a história de acolhimento institucional” (Costa & Barbosa, 2008:49)

diagnosticar o paciente, dizendo que aparentemente tratava-se de um caso de transtorno bipolar ou de uma alteração de humor somando-se, ainda, um déficit de aprendizagem. O que foi mais enfatizado por ela foi a sua história com atos anti-sociais (uso de drogas, brigas recorrentes, roubo etc) e não características psicológicas. Em seu prontuário, no entanto, o diagnóstico que predomina é o de esquizofrenia.

A psicóloga do paciente contou para os técnicos do Centro a sua trajetória de vida, os possíveis diagnósticos e, mesmo assim, os técnicos não se mostraram convencidos da *loucura* do usuário e continuaram a ter dúvidas sobre o diagnóstico médico, acreditando que o usuário não tinha, de fato, problemas psiquiátricos. Os usuários do serviço também fizeram reclamações constantes sobre o paciente para a equipe técnica, fazendo acusações de que ele era um *vagabundo*, que chegava bêbado e que não ajudava nas atividades do Centro.

A acusação de que ele não passava de um *vagabundo*, tomou mais força quando ele recusou uma vaga para a bolsa de manutenção²⁵ oferecida a ele pelos técnicos, alegando não agüentar o serviço por ser “muito pesado”. Outro fato também foi crucial para que os funcionários continuassem a descrever em seu diagnóstico médico: em conversa com uma das técnicas ele disse que nunca tinha ouvido vozes nem visto vultos (sintomas clássicos da psicose: alucinações auditivas e visuais) e que não fazia uso dos remédios psiquiátricos ministrados a ele, pois não acreditava que eles trouxessem algum efeito benéfico. Os técnicos ficaram, então, cada vez mais convencidos de que o problema do usuário seria de desvio de comportamento, e não psicose.

A psicóloga supervisora do Centro de Convivência, em reunião de equipe, questionou a dúvida que os técnicos tinham sobre o diagnóstico do paciente dizendo que, o fato dele ter se inserido como psicótico em uma instituição psiquiátrica e dele não ter demonstrado que isso era um problema para ele e, ainda, por ter se adaptado à rotina e ao convívio com outros usuários, evidenciaria que ele realmente é psicótico, pois, segundo ela, dificilmente um não psicótico teria se adaptado a tais condições.

Além de freqüentar por vontade própria o Centro de Convivência, consta em seu prontuário que deu entrada, no dia 14/12/07 no hospital, solicitando internação, o que poderia corroborar a hipótese da psicóloga. Constava: “Paciente retorna ao SRI sozinho. Solicita internação por problema no convívio com seu irmão e pelo fato da moradia de seu irmão ser de difícil acesso”. É interessante perceber que mesmo ele estivesse

²⁵ Ver capítulo: Dize-me com quem andas que te direi quem és: um estudo sobre pacientes psiquiátricos e suas relações sociais.

solicitando a internação no hospital psiquiátrico, sua justificativa relacionava-se a problemas sociais e não psíquicos, o que talvez indique que o paciente não reconheça em si características psicóticas (uma vez que diz não ter alucinações auditivas e nem visuais). Em conversa com o paciente verificou-se, ainda, que ele não se identifica como *maluco*: certa vez ele disse que não gostava de fazer caminhadas com os outros usuários (uma das atividades realizadas na *Oficina do Corpo*) porque poderia passar alguém conhecido e ele não queria ser visto com um monte de *malucos*.

A supervisora colocou em reunião de equipe que os técnicos deveriam focar menos no diagnóstico do paciente e mais se ele teria ou não necessidade de frequentar o Centro de Convivência, afinal de contas Centros deste tipo têm que estar aptos a receber pessoas da comunidade e não apenas pacientes psiquiátricos. Por tanto, se fosse importante para ele contar com um local de sociabilidade, valeria a pena mantê-lo no serviço.

Após a minha saída do campo houve, porém, uma mudança na percepção que os técnicos faziam desse usuário. Fui informada pela Coordenadora do Centro que o paciente havia sido internado no hospital psiquiátrico e que *estava doído*. Em visita ao Centro após ter encerrado o trabalho de campo (fui assistir um dia das Olimpíadas internas do Centro) presenciei a briga entre este e outro usuário que resultou, inclusive, em agressão física.

Após o conflito conversei com o usuário e ele não mostrava um discurso coerente como das outras vezes em que conversamos, ele contava fatos do passado como se fossem atuais e misturava assuntos. Sendo possível verificar, tal como exposto por Venancio (1998:146), que seu pensamento se expressava “sob um modo de um ‘afrouxamento das associações’ até uma incompreensão total do discurso, onde as idéias mudam de um assunto a outro sem que o indivíduo manifeste qualquer *consciência* de que os assuntos estão desconectados”, que caracterizaria a *forma do pensamento* perturbada.

Depois desse dia passei mais de um mês sem voltar em campo, mas fui informada pela coordenadora do serviço, por telefone, que o paciente teria começado a apresentar sintomas de *mania persecutória*, dizendo para ela que a televisão conversava com ele de uma maneira diferente da qual conversava com os outros pacientes e que um cachorro (que não era visto pelas demais pessoas) o perseguia e tentava seduzi-lo pelas ruas. Ele teria, ainda, se mostrado agressivo com os técnicos e com outros usuários. Depois de apresentar tais sintomas, foi encaminhado para a internação por um dos

técnicos, mas, ao chegar ao Serviço de Recepção e Intercorrências (SRI), teria fugido pulando as grades do hospital. Dias depois teria voltado para o Centro e o mesmo técnico tentou levá-lo novamente para o SRI para dar entrada na sua internação, sendo, para tanto, necessário chamar os seguranças do hospital, amarrá-lo dentro do Centro e levá-lo amarrado para o SRI.

* * *

Esse caso se mostra paradigmático, pois nele ocorreu uma acusação de fingimento de *doença mental* dentro de uma instituição psiquiátrica. Questionou-se o diagnóstico médico e, desconfiando que o paciente não sofria de *doença mental*, acreditou-se que ele fosse apenas um indivíduo envolvido recorrentemente em atos ilícitos, apresentando, devido a isso, um *desvio* de comportamento.

Pode-se, aqui, demarcar a presença de uma fronteira que se refere a existência de uma linha tênue que separa a *sanidade* da *loucura*. A acusação de fingimento da *doença mental*, neste caso, evidencia que o reconhecimento da *loucura*, ou mesmo da *sanidade*, nem sempre ocorre de forma clara. Em determinados casos (como no acima descrito) ela se dá de maneira ambígua, podendo levar, inclusive, a uma transformação interpretativa e, aquele que era considerado *são* pode passar a ser percebido como *louco*.

Este usuário sempre procurou a marginalidade, seja como ladrão, como *louco* ou como usuário ou traficante de drogas e historicamente o fato de alguém ser considerado *marginal* ou *vagabundo* era suficiente para que essa pessoa sofresse acusações de *loucura* e fosse encaminhada para tratamento psiquiátrico, uma vez que o desvio se associa, recorrentemente, à *doença mental*.

Ressalta-se ainda que a concepção médico-psiquiátrica, trazida pela supervisora do Centro, assemelha-se à perspectiva, presente em Szasz (1979:50), de que dentro do saber médico considera-se que “a doença simulada é uma doença”. Segundo o autor essa “opinião que a doença simulada é uma forma de doença mental tornou-se popular durante a II Guerra mundial, especialmente entre os psiquiatras americanos, quando se acreditava que apenas uma pessoa ‘louca’ ou ‘doente’ poderia simular uma doença” (p.51) e mais, Foucault evidencia que o simples fato de alguém desejar ser *louco*, leva essa pessoa à *loucura*, em suas palavras:

“A loucura sem a intenção de parecer um louco ou a simples intenção sem loucura merecem o mesmo tratamento, talvez pelo fato de obscuramente terem a mesma origem: o mal ou, pelo menos, uma vontade perversa. Por conseguinte, a passagem de uma para a outra será fácil, e admite-se facilmente que alguém se torna louco pelo simples fato de ter desejado ser louco”. (2007:140)

Retomando, então, o colocado pela psicóloga supervisora, o fato dele aceitar viver como *louco* evidenciaria uma possível *loucura*. Portanto, mesmo que os técnicos estivessem corretos e o paciente, a princípio, não possuísse sintomas psicóticos, após conviver durante tanto tempo sob tratamento psiquiátrico e convivendo com outros pacientes ele poderia ter *ficado louco*. Essa concepção retornaria à discussão contida em capítulo anterior de que a *loucura* pressupõe o contágio: conviver com pacientes psiquiátricos poderia levar à *loucura*.

A idéia de que qualquer um pode ficar *louco* e que existem situações que propiciam o aparecimento dos sintomas foi evidenciada durante uma conversa com a Coordenadora de Saúde Mental de Niterói: segundo ela a *loucura* seria uma doença que não distingue idade, classe social e gênero, ela pode vir a acometer qualquer um. Essa concepção, somada a idéia do contágio, poderia ter sido responsável pela avaliação feita pelos técnicos no que se refere a este paciente, no entanto, essa idéia de contágio não foi verificada no discurso da equipe técnica, eles alegaram que, devido ao curto período de convívio com o paciente, nunca tinham visto ele *abrir um surto* e que as dúvidas quanto ao seu diagnóstico desapareceram quando ele começou a apresentar *manias persecutórias* e a manter um discurso desconexo. Seu comportamento, que era entendido como *normal*, passou a ser interpretado de outra maneira, uma vez que ele teria demonstrado que também *fica louco*.

O discurso da equipe técnica enfatizou, portanto, o pouco tempo de convívio com o paciente, evidenciando a importância que a convivência e a sociabilidade têm no reconhecimento do *surto* e também na possível prevenção do mesmo. Ficou clara a importância da dimensão social no reconhecimento dos períodos de *loucura* para a equipe e, mesmo no que tange à dúvida acerca do diagnóstico do paciente, também se referia a uma dimensão social, relacionada a julgamentos baseados no convívio cotidiano entre equipe técnica e pacientes.

4. DIZE-ME COM QUEM ANDAS E TE DIREI QUEM ÉS: UM ESTUDO SOBRE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS E SUAS RELAÇÕES SOCIAIS.

“É uma triste contingência esta, de estar um homem obrigado a viver com semelhante gente. Quando me vem semelhante reflexão, eu não posso deixar de censurar a simplicidade dos meus parentes, que me atiraram aqui, e a ilegalidade da polícia que os ajudou.”

Lima Barreto, 1956.

Partindo do pressuposto simmeliano (2005) de que a unidade da vida social é a interação, será discutido neste capítulo o papel que o Centro de Convivência tem no desenvolvimento das relações sociais de seus usuários, partindo, para tanto, da análise das interações que ocorrem cotidianamente entre os seus frequentadores²⁶.

A hipótese que baliza este estudo é a de que o Centro de Convivência é o *locus* privilegiado de interação dos seus frequentadores e, conseqüentemente, o local de estabelecimento de suas relações sociais. Não se pretende, no entanto, afirmar que, pelo fato do Centro se constituir como um *locus* de relações sociais, esses usuários não transitem por outras *províncias de significado* (Schutz, 1979) e que não tenham outras alternativas de atuação em seu *campo de possibilidades* (Velho, 2003). Destaca-se que os pacientes, em sua maioria, possuem laços em outras redes, notoriamente com a igreja, com a família e em regiões e bairros da cidade (principalmente o de sua residência e aquele em que realiza tratamento) evidenciando que, como membros de uma sociedade complexa, esses indivíduos transitam por outros *conjuntos de significados* (Barth, 2000).

Esta esfera de análise, que privilegia o Centro de Convivência como o principal local para o desenvolvimento das relações sociais, pode parecer, à primeira vista, conflitante com o ideal trazido pela Reforma Psiquiátrica (e sublinhado no primeiro capítulo desta dissertação) de que os pacientes devem ser valorizados enquanto seres sociais e que passam a ser estimulados, tanto a participar de seu ambiente social e familiar como a ter um maior trânsito por outras *redes de significado* (além da esfera da instituição de tratamento) não se pautando, portanto, em uma política de isolamento dos usuários.

²⁶ A este trabalho, assim como no de Strauss (1999:61), “interessa primordialmente a interação que ocorre entre as pessoas como membros de grupos – por sutil que seja a natureza de sua afiliação ao grupo”.

O estímulo a esse tipo de inserção social, para além do espaço institucional, está presente no Centro. Percebe-se, porém, que mesmo que exista a preocupação de que o paciente transite por outros espaços, este trânsito, quando existe, restringe-se quase exclusivamente à igreja e à família, mantendo o paciente restrito ao espaço institucional (e das ruas próximas – aonde alguns praticam a mendicância). Perelberg (1976) sublinha o papel que hospital psiquiátrico tem para seus pacientes: “As pessoas só procuram o hospital porque este cumpre uma função para elas”. Essa função não é apenas de lugar de tratamento, mas também de espaço para o desenvolvimento de sua *rede de relação*.

Pode-se supor que o pouco trânsito entre diferentes *províncias de significado* deve-se a uma restrição do seu *campo de possibilidades* devido ao *estigma* (1988) sofrido por serem pacientes psiquiátricos, situação que levaria a uma diminuição das possibilidades de atuação fora da instituição. Perelberg (1976:175) destaca: “No caso da doença mental, ela redefine a totalidade do indivíduo que perde a capacidade de exercer outros papéis sociais” e complementa: “O indivíduo é despojado de seus papéis anteriores e é revestido do papel de doente mental. Ele perde a liberdade, isto é, a capacidade de exercer outros papéis sociais” (p.203), ou seja, nos termos de Velho (In Strauss, 1999:15), são indivíduos que não possuem “uma noção de identidade dinâmica associada ao desempenho de diferentes papéis articulados a experiências específicas de vivências em *mundos sociais* particulares”. Esse fato, somado ao de que os usuários, em sua maioria, possuem uma renda mensal muito baixa e não possuem empregos (quando os têm, são temporários e de baixa remuneração: trabalho como pedreiro, faxineira ou segurança) e que na instituição têm direito a duas refeições diárias (almoço e lanche da tarde), colabora para que o Centro se constitua como um local de *ancoragem identitária* (Velho, 2003) dos usuários e o principal local para suas relações sociais.

Devido ao estigma sofrido por estes indivíduos, que acarretaria em uma diminuição das suas possibilidades de atuação, este trabalho pretende dar “voz” aos usuários do serviço e, assim, inverter a *hierarquia de credibilidade* (1977) presente, tanto na instituição quanto na sociedade mais ampla, que tende a invisibilizar as ações e discursos de pacientes psiquiátricos (assim como a sua inserção social e suas interações cotidianas). Este capítulo, que trata das relações sociais estabelecidas dentro do Centro e o sentimento de pertencimento que ele proporciona aos seus freqüentadores (como um meio de compreensão das esferas de sociabilidade destes pacientes), refere-se, assim como o trabalho de Goffman (1974:11), “ao mundo do internado, e não ao mundo do

peçoal dirigente”. Sublinha-se que, mesmo que este objeto possa ser identificado com o âmbito dos estudos da área da psicologia, as categorias aqui presentes são utilizadas dentro de critérios sócio-antropológicos e o enfoque aqui delineado refere-se a um campo de estudo específico: a antropologia da saúde e da doença dentro de uma perspectiva interacionista, enfocando, assim como faz Scheff (1977), a necessidade de incorporação dos processos sociais no estudo das dinâmicas da desordem mental.

Assim sendo, este capítulo consiste na descrição e análise das relações sociais estabelecidas pelos usuários dentro do serviço, e das que são estabelecidas fora do espaço físico do Centro, mas que se referem à instituição de alguma forma, assim como ao relacionamento entre as pessoas que compõem este serviço (funcionários e pacientes).

4.1. Relações com os funcionários

A hipótese do Centro como local de *referência identitária* para seus usuários pode ser pensada, primeiramente, a partir da análise do estreito relacionamento entre técnicos e usuários. Como já foi evidenciado no primeiro capítulo, esses funcionários, por iniciativa própria, criaram e desenvolveram este local de sociabilidade e de atividades visando a diminuição da ociosidade dos pacientes internados em um hospital psiquiátrico da cidade de Niterói e, a partir dessa iniciativa, passaram a manter um relacionamento com estes usuários que não se limita às atividades desenvolvidas dentro do Centro. Esta postura parece transmitir aos usuários que a relação estabelecida não é apenas profissional, mas também, em certo sentido, de amizade.

Esta relação de proximidade seria creditada, segundo os funcionários do Centro, à profissão dos quatro técnicos fundadores do Centro, pois o trabalho de técnico em enfermagem exigiria uma rotina de trabalho que teria como uma de suas funções o cuidado diário dos pacientes internados (o sistema de plantões possibilitaria períodos prolongados de interação entre paciente e técnico), o que diferiria da relação estabelecida entre médicos e/ou terapeutas com os pacientes, uma vez que as consultas ministradas por esses profissionais, mesmo que diárias, têm pouco tempo de duração, o que não levaria a uma maior proximidade entre os dois grupos, tal como acontece com entre pacientes e os técnicos de enfermagem.

A esta explicação, soma-se ainda ao fato de que os primeiros usuários do serviço apresentam uma longa *carreira* (Becker, 1977) de internações. Uma usuária relatou que sua primeira internação foi há mais de vinte e cinco anos e que conhece os técnicos há mais de quinze anos, o que colaboraria também para a proximidade existente entre os dois grupos.

No decorrer do trabalho de campo foi mais de uma vez dito, tanto por usuários quanto por técnicos, que muitos pacientes freqüentam o Centro de Convivência devido à relação que desenvolveram com os técnicos. Muitos dos usuários freqüentam as atividades desde o seu início, fazendo com que, além da proximidade oriunda do tempo de convívio, fosse desenvolvida uma rotina de freqüência e essa freqüência ao Centro teria sido responsável pela diminuição de internações. Um usuário disse ter passado, durante toda a sua vida, por aproximadamente quinze internações, segundo ele, durante determinados períodos tinha uma média de três internações por ano, após o ingresso no Centro, há seis anos, não passou por mais nenhuma internação.

Os familiares dos usuários, no grupo de família, evidenciaram, para além da relação com os técnicos, a melhora obtida no comportamento social dos pacientes após a entrada no serviço: uma mãe disse que o Centro ajudou muito seu filho (catatônico), pois ele teria apresentado melhora em seu quadro após a freqüência. Ela relatou, ainda, que o filho quase não sai de casa, mas que quando é para ir para o Centro ele demonstra animação em se encontrar com os demais usuários e com os técnicos. A irmã de um usuário afirmou que o Centro de Convivência é uma referência para o irmão e que, quando acontecem brigas ou situações conflituosas em casa, ele ameaça chamar um dos técnicos para resolver o problema, tamanha seria a confiança depositada nesses funcionários.

Além da proximidade que os pacientes desenvolvem com os funcionários, eles também elaboram relações de amizade com outros pacientes: duas usuárias passaram a dividir a moradia após o convívio no Centro, duas se tornaram grandes e melhores amigas (tendo relações fora do espaço da instituição) e o aniversário de um usuário foi comemorado na casa de outro paciente.

As demonstrações de afeto por parte dos usuários, em relação aos técnicos, são freqüentes: alguns pacientes saem correndo ao encontro dos funcionários quando chegam ao Centro; declarações sobre o quanto gostam dos funcionários e presentes dados a eles (tais como jornais, salgados e brincos) também são constantes.

Sem deixar escapar a discussão sobre a relação entre técnicos e usuários, tomemos como exemplo um episódio ocorrido, após a inserção do trabalho de campo, que evidencia a proximidade entre esses dois grupos: como foi evidenciado em capítulo anterior, uma funcionária que havia sido admitida no Centro em 2006, foi demitida (à revelia dos integrantes da equipe técnica e dos usuários) por não ser funcionária concursada e pelo fato de a Rede de Saúde Mental do município (assim como todo o Sistema Municipal de Saúde) estar passando por cortes orçamentários visando o enxugamento de gastos para a nova gestão municipal. Quando este acontecimento foi passado para os pacientes, eles se organizaram e fizeram um abaixo-assinado para que a funcionária fosse mantida em seu cargo. Esse episódio evidencia, além da proximidade entre os técnicos e usuários – demonstrada através da organização dos pacientes na tentativa de manter o cargo da funcionária –, o quanto essa manifestação foi fundamental para o desenrolar da situação: se antes nenhuma solução teria sido tomada, após tal organização o caso foi solucionado de forma que o emprego da técnica foi mantido. Percebe-se, dessa forma, que o ideal, oriundo da Reforma Psiquiátrica, do estímulo à *autonomia* e à agência do indivíduo portador de transtorno mental foi valorizado de fato – os usuários se valeram de sua *autonomia* e se organizaram, alcançando o objetivo proposto²⁷.

Durante a pesquisa verificou-se que a proximidade, previamente evidenciada, entre técnicos e pacientes não se confunde com a ausência hierárquica. Pelo contrário, existe uma hierarquia responsável por separar e diferenciar os dois grupos e ela se explicita através da presença de banheiros e refeições diferenciadas e também no aconselhamento, por parte de um então técnico, para que eu não almoçasse com os pacientes, pois não deveria me misturar “a tal ponto”. A permissão ou proibição de entrada de usuários na sala dos técnicos também demonstra a diferença decisória entre os grupos: a entrada na sala é feita, de maneira geral, livremente, no entanto, os técnicos podem proibir a entrada de alguns e permitir a entrada de outros. Deve-se ainda destacar mais um exemplo de campo que demonstra a presença hierárquica em um ambiente em que a proximidade entre os diferentes grupos é estimulada: os membros da equipe dirigente são chamados, recorrentemente, mesmo quando mais novos que os usuários,

²⁷ Em capítulo anterior foi evidenciada a dimensão existente de uma *hierarquia de credibilidade* na resolução deste caso. Mas não se pode deixar de dimensionar, no entanto, o quanto a atitude dos usuários foi fundamental para que outras instâncias de poder tomassem conhecimento sobre o caso e, assim, ele fosse solucionado.

por “senhora”, “dona”, “tia” e “doutora”, todos eles termos que evidenciam que a divisão hierárquica passa também pelo plano dos discursos e não apenas pelo das ações.

Deve-se, ainda, sublinhar que a proximidade entre os dois grupos pode levar, em alguns casos, a uma má interpretação por parte dos pacientes: em dois casos um sentimento, que não se restringia ao âmbito profissional, foi desenvolvido. Esses dois exemplos devem ser destacados: uma técnica deu carona para um usuário (prática recorrente no Centro) e durante o percurso ele se declarou para ela, disse que havia sonhado com ela mais de uma vez, que a beijava e que mantinham relações sexuais. Essa situação causou estranhamento na funcionária que disse que ele estava confundindo os sentimentos e que ela era uma mulher casada e que exigia respeito. O outro exemplo é o de um usuário que me perguntou se o curso superior que havia feito tinha alguma ética profissional que impedia o relacionamento com um paciente, pois ele estaria sentindo um encantamento. Em ambos os casos a situação foi resolvida sem prejudicar a relação entre pacientes e técnicos ou diminuir a frequência daqueles ao Centro, mas demonstram que a proximidade estabelecida tem fronteiras frágeis que podem resultar em uma má compreensão do seu significado.

No que tange à relação dos usuários do Centro de Convivência com seus médicos e psicólogos, verifica-se que, em sua maioria, os pacientes declaram que gostam de seus médicos. Um deles relatou que faz um tratamento continuado com seu médico, consultando-se há mais de dez anos com o mesmo profissional, esse tratamento de longo prazo possibilitaria, segundo ele, um conhecimento mais aprofundado sobre os pacientes, levando a um melhor acordo sobre os remédios ministrados, que acarretaria uma melhora na condição de vida. Quando um remédio causa algum sintoma considerado prejudicial para o paciente ele pode conversar com o seu médico e pedir para trocar – alguns usuários, no entanto, contam que simplesmente deixam de tomar os remédios que lhes causam efeitos adversos.

Os técnicos, porém, ressaltaram que há um déficit de médicos concursados nos ambulatórios da Rede de Saúde Mental do município, o que faria com que alguns usuários tivessem seu tratamento prejudicado, uma vez que os médicos contratados não ficam muito tempo empregados, com trocas de profissionais nos serviços, constantemente. Ainda, segundo os técnicos, alguns médicos (mesmo os concursados) ministrariam suas consultas sem ao menos olhar para os pacientes, não mostrando uma preocupação mais abrangente com o usuário, se restringindo apenas a receitar os remédios psiquiátricos.

Sobre a relação entre paciente e psicólogos, destaca-se que poucos fazem tratamento com estes profissionais, sendo, para tanto, necessário um encaminhamento e indicação do psiquiatra responsável. Um paciente que faz acompanhamento psicológico disse-me que este é o serviço de que ele mais gosta, mais do que das atividades desenvolvidas no Centro de Convivência e no ambulatório e do que dos remédios que toma, ele diz saber que é um tratamento longo e que o efeito não é imediato como o dos remédios, mas que este é o serviço que lhe trouxe mais melhoras.

O Centro conta com a supervisão de uma psicóloga, que, no entanto, não é responsável por consultas a nenhum dos usuários do serviço, ela discute os casos trazidos pela equipe técnica em reuniões semanais e a presença mais intensiva de um profissional dessa área dentro do Centro parece ser evitada: um paciente teria dado a declaração de que o Centro de Convivência não é lugar para psicólogos, que o tratamento com eles deveria ser feito dentro do hospital e uma das técnicas apelidou esses profissionais de “psicoLOUCOS”, por acreditar que todos os profissionais dessa área procurariam essa carreira buscando entender seus próprios problemas psicológicos.

Percebe-se, então, que a relação entre usuários e médicos/terapeutas, sob o ponto de vista dos pacientes, é boa, enquanto que, sob o olhar dos técnicos do Centro de Convivência, ela apresentaria problemas graves – não evidenciados, no entanto, pelos usuários. Pode-se levantar a hipótese de que essa relação conflituosa entre técnicos e médicos/psicólogos (profissionais de carreiras consideradas, no âmbito da saúde, como superiores hierarquicamente) funda-se na diferenciação hierárquica entre essas carreiras e a dos técnicos do Centro. O discurso proferido pelos técnicos sobre esses profissionais consiste em acusações de que eles têm “nariz em pé” e tendem a não “dar ouvidos” aos técnicos de enfermagem, desconsiderando as suas experiências cotidianas com os pacientes.

4.2. Relações amorosas

Aproveitando a enunciação feita anteriormente do sentimento que alguns pacientes desenvolvem em relação a membros da equipe técnica, deve-se destacar que os acontecimentos acima descritos são exceções à regra. A relação amorosa entre usuários, no entanto, é prática corrente no Centro: quatro casais freqüentavam, por

ocasião da pesquisa, as atividades do serviço e, nos doze anos de existência, aproximadamente quinze casais já foram formados entre pacientes.

Destaca-se que, dos quatro relacionamentos que ocorrem atualmente dentro do Centro de Convivência, três se iniciaram dentro de instituição psiquiátrica – um dentro do hospital, durante a internação dos pacientes em questão, e dois no próprio Centro – e outro fora da instituição.

Neste último caso, a tia de um usuário (na ocasião ele não freqüentava o Centro) o apresentou para uma paciente (que já realizava tratamento psiquiátrico no hospital em que o Centro foi desenvolvido). Na época a usuária mantinha um relacionamento com outro paciente da instituição (com quem tem dois filhos) que, no entanto, na ocasião passava por uma internação. Nesse período os dois começaram a namorar e, atualmente, moram juntos, têm uma filha e o relacionamento dos dois já dura mais de dez anos.

Este usuário já fazia tratamento psiquiátrico devido a sua dependência ao álcool e passou a freqüentar as dependências do Centro de Convivência por influência da esposa. Segundo os técnicos, ele, alcoolista, a seguia (quando ela ia realizar seu tratamento psiquiátrico) armado com uma faca (agressões físicas também aconteciam) devido ao ciúme que sentia dela. Quando a equipe dirigente percebeu essa situação começou a inseri-lo nas atividades do serviço e as brigas entre o casal passaram a ser intermediadas pelos funcionários, o que, segundo os técnicos, teria resultado em uma melhora para os dois usuários (como indivíduos) e para a relação dos dois (como um casal).

O casal que se conheceu durante uma internação no hospital psiquiátrico também teve um de seus membros incluído nas atividades do Centro devido à freqüência do outro. Eles começaram a namorar e ele, que retomava o contato com a família por intermédio dos técnicos, começou a dormir na rua e a faltar as atividades do Centro para ficar com ela – que havia sido expulsa de casa devido à adicção em drogas. Percebendo isso, a então psicóloga supervisora do Centro considerou que seria melhor que ela também fosse inserida nas atividades, o que, no entanto, trouxe diversos problemas na convivência do grupo. Segundo o depoimento de uma das técnicas: ela, “usuária moradora de rua”, não se adaptava às regras do Centro (brigava com outros usuários, respondia agressivamente aos técnicos, abaixava as calças e urinava no chão), o que resultou, ainda segundo a técnica, na necessidade de “moldá-la para viver em sociedade”. Esse processo de *molde* teria sido muito produtivo para a equipe técnica,

uma vez que ela “se tornou” uma pessoa carinhosa que segue corretamente as regras que regem o Centro.

Este processo pode ser entendido, nos termos de Strauss (1999:89), como uma forma de *forçamento de status*: “grupos de todo tamanho e composição podem forçar, e o fazem, seus membros a assumir e a abandonar todos os tipos de identidades temporárias”, esse tipo de transformação da identidade poderia, segundo o autor, ser estimulada por representantes institucionais, tal como ocorreu no caso acima relatado.

Cabe aqui uma discussão sobre a idéia, que parece prevalecer entre os técnicos, de que o Centro atua no “molde da personalidade” e na “inserção social” do usuário. Esse ideal deve ser problematizado: os indivíduos sempre estão inseridos socialmente, mesmo que essa inserção se dê de forma diferenciada e estigmatizada. Goffman (1974) evidencia que o estigma não existe “fora” das relações sociais e Becker (1977) ressalta que o desvio é criado pela sociedade (é relacional e de caráter eminentemente político): uma pessoa só é rotulada como desviante uma vez que existe a interação com outros indivíduos de seu meio social, ou seja, o desvio é produto de um processo que envolve respostas de outras pessoas a determinado comportamento. Assim sendo, mesmo lidando com indivíduos desviantes e estigmatizados, o Centro não está inserindo ninguém na sociedade, o que ele pode estar fazendo é estar transformando a forma de inserção social dos seus usuários, fazendo com que eles estabeleçam interações sociais menos estigmatizadas.

Na década de 1970 Perelberg (1976) indicou que os pacientes psiquiátricos tinham suas possibilidades de atuação diminuídas, o que lhes restringia, também, os lugares em que podiam atuar cotidianamente, restando-lhes, muitas vezes, apenas a possibilidade de exercerem o papel social de doentes mentais. Com o trabalho etnográfico verificou-se que, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, esta é uma realidade que ainda é vivida por usuários do Centro de Convivência estudado.

O que discute-se aqui é: ter sua atuação restrita ao papel de paciente psiquiátrico não é uma forma de inserção social? Mesmo tendo pouco trânsito por outras *redes sociais*, os indivíduos sempre estão inseridos socialmente, mesmo que o papel por eles desenvolvido seja percebido como estático e estigmatizado (tal como o do próprio paciente psiquiátrico ou como o dos mendigos e presidiários) e que, devido ao caráter desviante e marginal que esses papéis carregam e que outras definições possíveis para atuação sejam apagadas, eles possuem um lugar social estabelecido, que restringe suas atuações, mas que os identifica socialmente.

As instituições, portanto, como ressaltou Goffman (1988:23), “não substituem algo já formado pela sua cultura específica, pode-se dizer que ela pode, em certa medida, apenas transformar”. No caso estudado verifica-se, partindo de uma análise do discurso da equipe técnica, que essa transformação refere-se a uma mudança da atuação dos usuários, dentro e fora do Centro de Convivência. Valores e normas instituídos socialmente – tal como o da manutenção da higiene e do trabalho – têm que ser absorvidos para que o processo de transformação tenha sido satisfatório. Quando a usuária em questão passou a se inserir em projetos de geração de renda, tal como participação em bolsas de trabalho assistido dentro da instituição e pintura de quadros destinados a venda; a evitar atitudes que infringiam normas (sociais ou do Centro), como falar palavrões, brigar com outros pacientes, urinar no chão; assim como passar a cuidar de sua aparência e portar-se de maneira carinhosa com técnicos e usuários, ela foi, nos termos dos técnicos: “moldada socialmente”.

* * *

Os filhos dos usuários do Centro não costumam ser criados por eles. Na maioria dos casos alguém da própria família (avó, notoriamente) se encarrega da criação das crianças (em conjunto, ou não, com os pais); em outros casos pessoas que não são familiares tomam esse encargo. Uma paciente do serviço teve um filho que foi adotado por uma família italiana logo após o seu nascimento (nunca mais tendo notícias do mesmo) e o segundo filho que teve foi criado pelo avô e, por ocasião de sua morte, foi encaminhado para um orfanato. Atualmente, mesmo não o tendo o criado, eles se encontram ocasionalmente. Nota-se, com isso, que a convivência entre pais e filhos continua existindo, na maioria dos casos, mesmo quando a criação não foi de responsabilidade dos pais e, mesmo nesses casos, os filhos costumam ser citados por eles de forma extremamente carinhosa.

Apenas um dos quatro casais atualmente existentes no serviço teve filho, sendo que a usuária que constitui esse casal também teve, anteriormente, dois filhos com um outro paciente (que hoje é companheiro de outra usuária do serviço) – nenhum dos filhos foi criado por ela nem pelos dois companheiros que teve. A filha deste casal de usuários tem seis anos de idade e a sua guarda foi passada informalmente para uma “comadre” (a criança não é registrada). Essa mulher, responsável pela criação da menina, estaria, segundo os usuários, planejando devolver para os pais biológicos a

guarda da criança. O casal, a respeito da possibilidade de voltar a criar a filha, diz que conseguiriam assumi-la e que não o fizeram anteriormente porque a usuária (mãe da criança) não estava bem de saúde (estava em período agudo) na ocasião do parto, segundo seu companheiro, ela estaria muito agressiva, atirando pedras e coisas em todos que chegavam perto dela e teve que ser internada na época, o que impossibilitou que cuidasse da menina. Atualmente eles (o casal) avaliam que têm possibilidade de criar a criança uma vez que a usuária está “passando bem”. Mesmo não estando com a guarda da criança, eles mantêm contato com ela, recebendo e fazendo visitas.

Esta relação, estabelecida entre os usuários com seus filhos, que na maioria das vezes os leva à não criação de sua prole, pode ser pensada a partir da discussão sobre *autonomia* dos pacientes psiquiátricos que surgiu, e se estabeleceu, como um dos pilares da Reforma Psiquiátrica e que está presente no primeiro capítulo desta dissertação. Este é um valor que passou a ser muito enfatizado nos debates e estudos sobre saúde mental: os pacientes psiquiátricos passaram a ser pensados como indivíduos autônomos e capazes, diferente da perspectiva anterior em que vigorava uma idéia de que eles eram incapazes e que, por isso, deveriam ser tutelados pelo Estado através de uma política de isolamento em asilos. Durante a inserção do trabalho etnográfico verificou-se que o discurso de que os usuários são pessoas autônomas e responsáveis pelos seus atos está presente no Centro. Quando precisam que os usuários realizem determinada tarefa ou que respeitem determinada regra, a *autonomia* é evocada, como foi visto anteriormente, o discurso que vigora é o de que “se eles são adultos capazes de se casar, ter filhos e ter conta em banco, também o são para fazer aquilo que está sendo pedido”.

A propósito do argumento utilizado pelos técnicos, de que eles têm filhos, se casam e têm contas em banco e que, devido a isso, estariam aptos a realizar exigências da equipe técnica, deixa de lado a perspectiva de que eles realmente se casam e têm filhos, mas em suas auto-avaliações (no caso anteriormente descrito do casal que deu a guarda de sua filha para uma “comadre”) ou na percepção de pessoas próximas (como no caso da usuária que teve dois filhos, um dado para adoção e outro criado por seu pai), muitas vezes estariam inaptos para criá-los, precisando que outros assumissem esse papel ou os auxiliassem para assumir tal responsabilidade.

Evidenciam-se, assim, os limites e as mensagens contraditórias quanto a *autonomia* dos pacientes psiquiátricos, pois, mesmo sendo um valor que é estimulado constantemente, fica explícito, em diversos contextos, os seus limites, evidenciando que

não se apresenta como um valor absoluto, uma vez que, na prática, não acontece de forma plena.

* * *

Quanto às manifestações de afeto dentro do Centro, elas não costumam ser exacerbadas, mesmo que os casais comumente se mantenham em proximidade física, não há beijos na boca nem abraços calorosos.

Uma usuária relatou, no entanto, que nem sempre foi assim, quando teve sua primeira internação, há vinte e cinco anos, pacientes faziam sexo nos corredores do Hospital Psiquiátrico, o que, segundo ela, não ocorre mais. Outra paciente, no entanto, evidenciou que atitudes como essa continuam existindo dentro do Centro, segundo ela um usuário (casado) já propôs a ela que eles fizessem sexo em uma das salas do serviço. Ela teria recusado, mas ele já teria obtido sucesso com outra usuária (também casada).

Essas propostas e atos sexuais nunca teriam sido presenciados e sequer comentados com os membros da equipe dirigente, o que faz com que os técnicos, a respeito das relações amorosas no local, declarem que o que vigora são relações respeitadas com o local, isto é: sem que ocorram intercursos sexuais e demonstrações exacerbadas de afeto entre os casais. Esse posicionamento atual, segundo os técnicos, deve-se ao fato de sempre ter havido uma preocupação muito grande de que eles “respeitassem o lugar”, ainda que os namoros nunca tivessem sido proibidos ou desencorajados, pelo contrário, em entrevista, uma das técnicas relatou que os relacionamentos entre pacientes era terapeuticamente produtivo e que ela percebe melhora no comportamento daqueles que namoram com outros usuários, pois um passa a estimular o progresso do outro e a “segurar a onda do outro”. Foi evidenciado, por outro lado, que quando um dos integrantes do casal entra em crise o outro tende a se “desorganizar” também.

Os relacionamentos formados dentro do Centro tendem a ser duradouros, todos os quatro casais de usuários têm mais de cinco anos de duração, contabilizando, o mais antigo, quinze anos de relacionamento. Mesmo que longos, verificou-se que “trocas de casais” aconteceram mais de uma vez entre pacientes do Centro (principalmente durante períodos de internação de um dos integrantes do casal), sete dos oitos usuários que atualmente se relacionam com pessoas do Centro já namoraram outras pessoas de lá: um deles já tinha se relacionado com pelo menos outras três usuárias antes de iniciar o

relacionamento atual. O fato dos usuários estabelecerem relacionamentos amorosos colabora com a hipótese central desse estudo de que o Centro de Convivência assume uma posição de local privilegiado para o desenvolvimento de relações sociais de seus usuários.

O convívio entre esses ex-casais costuma ser pacífico, em algumas ocasiões, no entanto, eclodem demonstrações de ciúmes que podem chegar a tentativas de agressão. Uma usuária xingou e ameaçou agredir fisicamente uma outra usuária ao saber que antes de começar o seu namoro, seu parceiro teve uma breve relação amorosa com a outra paciente. Em outra ocasião esta mesma usuária brigou com seu namorado porque uma outra ex-namorada dele (também paciente psiquiátrica, mas não usuária do serviço) fez uma visita ao Centro de Convivência. Estas demonstrações de ciúmes não são regra, uma vez que esta mesma usuária, concordou em ir morar, durante um curto período de tempo, na casa uma outra ex-namorada de seu atual companheiro (junto com o atual companheiro da ex).

Se a relação entre ex-namorados gera alguns conflitos (principalmente devido a ciúmes), as relações amorosas em si – tal como foi exemplificado com caso do homem que seguia a companheira devido ao ciúme – são, muitas vezes, extremamente conflituosas. Três relacionamentos, de usuárias com não-usuários²⁸, teriam sido responsáveis por desencadear, aquilo que, nos prontuários médicos, chamam de *reagudização* do quadro clínico. Nas palavras de uma usuária: o relacionamento foi “responsável por [ela] ter ficado doente” e por ter tido sua primeira internação e é, ainda hoje, responsável por muitas de suas internações psiquiátricas.

Este caso merece ser relatado: após oito anos de casada, a usuária começou a escutar vozes e ver vultos, o marido (nesta ocasião a usuária já desconfiava que ele estava tendo um caso com a secretária da gráfica aonde ele trabalhava) a levou de São Paulo (onde moravam) para a casa da tia (em Niterói) com dois de seus quatro filhos (os outros dois ficaram com ele), para que ela iniciasse o tratamento psiquiátrico. Após a vinda para Niterói o marido foi morar com a amante, e a tia, após um mês de sua chegada, encaminhou os dois filhos da paciente de volta para São Paulo (para ficarem sob os cuidados do pai). Esse acontecimento teria deixado a usuária muito abalada emocionalmente, em suas palavras: “não comia e não tomava mais banho”, além de

²⁸ O trânsito entre outras *redes* fica evidenciado quando os usuários são indagados sobre seus relacionamentos amorosos com pessoas de fora do Centro, alguns evidenciam que os conheceram na igreja, na escola ou por intermédio de conhecidos.

apresentar o quadro anteriormente descrito, que teria acarretado sua primeira internação psiquiátrica. Ela diz ter começado a desenvolver sua *doença* devido ao ciúme em excesso que sentia do marido e a grande carga de trabalho que tinha em casa – “era mãe e pai ao mesmo tempo”, o marido trabalhava como viajante da gráfica e ficava apenas uma semana por mês sem viajar e, durante esse tempo, quase não ficava em casa, não ajudando nos serviços domésticos e no cuidado com os filhos.

Mesmo após o divórcio, essa paciente continuou a desenvolver crises devido às brigas com seus sucessivos companheiros, a última foi durante o mês de fevereiro de 2008 quando, segundo a equipe técnica, após uma briga com o atual companheiro (irmão de um usuário do serviço – o que evidencia o Centro como local em que as relações sociais florescem), saiu de casa e foi para a casa da filha em São Paulo. Já em crise, a filha ameaçou interná-la e, ao saber dessa ameaça, ela fugiu (pulando o muro da casa) e ficou mais de um mês desaparecida. Foi encontrada internada em um hospital psiquiátrico da cidade após ter andado nua pelas ruas (“Não posso deixar de considerar a siingular (sic) mainia (sic) que tem os doidos, principalmente os de baixa extração, de andarem nus”, Barreto, 1956:39). Atualmente, ela já se encontra em Niterói e continua a freqüentar as atividades do Centro.

O fato de, mesmo após o fim do primeiro relacionamento, a usuária ter desenvolvido outras relações amorosas que a faziam levar a *reagudização* de seu quadro psiquiátrico demonstra um padrão seguido por ela no que tange ao estabelecimento de relações afetivas conflituosas. Além de desencadeadoras de crises, essas relações amorosas se mostram extremamente problemáticas: três usuárias deram o depoimento de que agressões físicas aconteciam nas suas casas, no entanto, apenas um desses relacionamentos chegou ao fim. Em um dos casos, estas agressões ainda são recorrentes e em outro as agressões não aconteceram mais, depois que o companheiro passou a freqüentar o Centro. Esse padrão se mostra, então, freqüente quando percebe-se que agressões ou *reagudização* devido a problemas no relacionamento amoroso aconteceram com mais de uma usuária²⁹. Destaca-se, ainda, que durante o período da pesquisa foram colhidos outros relatos sobre relações conjugais em que agressões físicas aconteciam e, em todos eles, o alcoolismo apareceu como responsável por tais

²⁹ É importante frisar que, até o presente momento da pesquisa, esse tipo de relação se mostra muito mais freqüente com mulheres do que com homens. Mesmo que o depoimento do homem, alcoólatra, que mantinha uma relação na qual agressões físicas aconteciam mutuamente ter sido dado, o fato da relação conflituosa ser responsável, no discurso dos usuários, por períodos de crises psicóticas, só foi citado por mulheres entrevistadas.

atitudes. No prontuário da paciente que teve sua última internação em fevereiro de 2008, consta um relato do Centro de Convivência, do dia 19/07/2004, no qual “Ela fala que quando D. [seu companheiro] bebe tem mania de puxar os cabelos e de dar tapa no rosto dela e ela não gosta”, no mesmo prontuário, referente a um relato do ambulatório, no dia 22/07/2008, está escrito que ela “Relembra outros relacionamentos anteriores ao atual onde os companheiros também eram alcoolistas e dependentes dela financeiramente”.

A exposição desses dados, colhidos durante a pesquisa etnográfica, não pretende evidenciar que as relações amorosas entre pacientes psiquiátricos são, inevitavelmente, *loucas* – ou seja, sempre fora dos padrões sociais que vigoram em nossa sociedade. Infelizmente, a realidade aqui descrita é também compartilhada por grande parte da população feminina do nosso país, não oferecendo, portanto, diferença significativa quando se analisa, comparativamente, com os dados nacionais evidenciados por Oliveira (2005:234): “O fenômeno da violência de gênero – também chamada violência contra a mulher acontece no mundo inteiro e atinge às mulheres independente da idade, grau de instrução, classe social, cor, raça, etnia e orientação sexual” e prossegue: “Segundo dados da Fundação Perseu Abramo, uma em cada cinco brasileiras declara espontaneamente ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum homem” (p.235).

Com base nos dados da pesquisa *A mulher brasileira nos espaços público e privado – 2001* da Fundação Perseu Abramo, que realizou

“2.502 entrevistas estratificadas em cotas de idade e em áreas urbana e rural, distribuídas geograficamente em 187 municípios de 24 estados das 5 macrorregiões do país” verifica-se que “A responsabilidade do marido ou parceiro como principal agressor varia entre 53% (ameaça à integridade física com armas) e 70% (quebradeira) das ocorrências de violência em qualquer das modalidades investigadas, excetuando-se o assédio. Outros agressores comumente citados são o ex-marido, o ex-companheiro e o ex-namorado, que somados ao marido ou parceiro constituem sólida maioria em todos os casos.” e “O ciúme desponta como a principal causa aparente da violência, assim como o alcoolismo ou estar alcoolizado no momento da agressão (mencionadas por 21%, ambas), razões que se destacam, em respostas espontâneas sobre o que acreditam ter causado a violência sofrida, superando em larga escala as demais menções”.(www.fpabramo.org.br/)

As relações entre os quatro casais de usuários, no entanto, não são por eles consideradas como conflituosas: o casal que tinha um relacionamento conturbado, devido ao ciúme sentido pelo parceiro, passou a desenvolver uma relação aparentemente harmoniosa. Durante uma conversa o casal afirmou que os técnicos, assim como a igreja

evangélica que freqüentam, foram responsáveis por essa mudança no relacionamento do casal, uma vez que o alcoolismo do parceiro foi superado.

Três dos quatro casais afirmam que existe uma cooperação e divisão igualitária de tarefas em casa, o que evidencia que vivem um “relacionamento de papel conjugal conjunto”, nos termos de Bott (1976): o casal participa de atividades e passa quase todo o tempo junto, estabelecem acordo nas decisões domésticas e participam delas de forma igualitária, se organizando, predominantemente, de forma conjunta. No entanto, um usuário relatou que, em seus relacionamentos amorosos, não permite que a mulher tenha um trabalho fora de casa, cabendo a ela apenas o desenvolvimento dos trabalhos domésticos. Nesse caso a relação está baseada em valores patriarcais, na qual cabe ao homem sustentar a casa e à mulher os encargos domésticos. Esse usuário procura estabelecer um “relacionamento de papel conjugal segregado” no qual tarefas são realizadas separadamente, a divisão de trabalho na manutenção do lar é bem marcada e evidencia uma maior segregação entre o casal. Destaca-se, ainda, que um dos quatro casais de usuários tem um relacionamento que pode ser considerado como de “papel conjugal segregado” havendo, no entanto, uma inversão de papéis em relação ao anteriormente citado, pois caberia, neste caso, à mulher (uma professora aposentada) o sustento do lar e ao companheiro grande parte dos afazeres domésticos.

Com isso fica evidente que mesmo que padrões de relacionamento se repitam no que diz respeito a usuários individualmente, o mesmo não pode ser dito quando se pensa os usuários como pertencentes a um grupo. Nesse caso um padrão comportamental não pode ser traçado, uma vez que os tipos de relacionamento diferem entre si de maneira radical.

4.3. Relações familiares

Na discussão sobre relações amorosas pôde-se perceber que, uma vez que essas relações dão origem a casamentos, elas passam também a se enquadrar no âmbito das relações familiares. Todavia, neste momento, serão apenas discutidas considerações que dizem respeito às relações com a família de origem³⁰.

³⁰ Perelberg (1978:131) ressalta em seu estudo que o termo “família” pode referir-se apenas à família conjugal como também pode incluir pessoas que possuem laços de consangüinidade e afinidade. Ela destaca que, diferente do que foi presenciado durante a pesquisa de campo para esta dissertação, “família

As relações familiares, em sua maioria, são conflituosas e evidenciam a dificuldade que as famílias têm em conviver com parentes que são pacientes psiquiátricos. Melman (2001:142) discute sobre essa questão e para ele “A presença de um transtorno mental grave faz com que os parentes mais próximos mergulhem num mar de dificuldades de toda natureza” e, devido a isso, “Nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar (*family burden*) foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social” (p.79).

No que diz respeito à relação familiar e à tentativa de inserção dessas famílias no tratamento dos usuários, é necessário destacar que o Centro não tem obtido muito sucesso nesse sentido. Reuniões de família são marcadas (não com muita assiduidade), mas o quorum é muito baixo. Os técnicos relatam que houve uma época em que mais famílias compareciam, mas que o fato delas terem a obrigação de ir para falar e escutar problemas vividos na esfera familiar fez com que muitos parassem de freqüentar as reuniões. Durante o primeiro semestre do ano de 2008, alternativas para o incremento do número de famílias nessas reuniões foram pensadas, mas não foi obtido muito sucesso – apenas uma reunião foi realizada no primeiro semestre do ano de 2008 e no segundo semestre duas reuniões aconteceram. A dinâmica desses encontros sofreu modificação e essas reuniões passaram a assumir a característica de momento de confraternização entre pacientes, técnicos e familiares.

Em uma dessas duas reuniões foi promovido um lanche para os familiares (financiado pelos técnicos) e o comparecimento foi alto quando comparado às reuniões anteriores, compareceram onze familiares, sendo considerado, pela equipe técnica como um sucesso. Na segunda foi promovido um bingo, mas o quorum foi baixo novamente, aparecendo somente cinco familiares.

Os técnicos mantêm um discurso que valoriza a importância da participação da família no tratamento dos usuários, falam em trocas de experiências que podem levá-los a um melhor reconhecimento de características tanto individuais dos usuários quanto de suas relações familiares, mas parecem não conseguir transmitir essa preocupação para as famílias que, de forma geral, não comparecem regularmente.

não pareceu um termo manipulado pelas pessoas. Elas se referiam mais a categorias de parentesco” tais como “pai”, “mãe”, “tia”, “tio” etc.

Para além dessas reuniões, dois dias da semana são reservados para receber e conversar com familiares (as segundas e quintas feiras, na parte da tarde). A frequência de parentes nesses dias também é muito baixa (quase nula) e restringe-se, quase que unicamente, a integrantes de famílias de alguns usuários que, mesmo em outros dias não reservados à família, têm uma frequência mais regular ao Centro de Convivência.

* * *

Anteriormente foi sublinhado (no item sobre relações amorosas) o caso da paciente que fugiu da casa da filha após a ameaça de internação, neste exemplo ficou patente que as ameaças de internação, por parte de familiares, parecem ter um efeito amedrontador imenso para os usuários. Além deste caso, ressalta-se que uma outra paciente também fugiu de casa após uma briga em família em que a mesma ameaça teria sido feita. Era segunda-feira (logo após um feriado³¹) quando a discussão (seguida de agressões físicas) se desenrolou em sua casa, ela permaneceu sumida durante toda a noite que se seguiu e na terça de manhã procurou o Centro de Convivência relatando a briga. Os técnicos conseguiram um lugar para ela dormir naquela noite e, nesse meio tempo, a família os procurou, falando que passaram a ficar mais tranquilos após a entrada dela no Centro, pois antes dela frequentar esse serviço um episódio semelhante teria ocorrido e a usuária teria ficado aproximadamente um mês sumida devido ao medo de uma suposta internação, ela teria sido encontrada pela família mendigando em frente a uma igreja do bairro de Icaraí – Niterói. Segundo os familiares, episódios como esses não ocorreram mais após o ingresso dela no Centro: quando brigas semelhantes acontecem, ela recorre rapidamente ao serviço o que corrobora a hipótese central deste capítulo de que o Centro de Convivência assume um lugar de *ancoragem identitária* para seus frequentadores.

Situações desse tipo, que evidenciam o sentimento de pertencimento que os usuários têm em relação ao Centro, apareceram durante os grupos de família, os familiares presentes deram declarações que evidenciaram ou uma melhora no comportamento após a frequência ao serviço, ou que o Centro é uma importante referência para os pacientes.

³¹ Período em que um maior número de brigas parece acontecer, devido ao incremento do tempo que os usuários passam em suas casas.

Foi constatado, durante o trabalho etnográfico, que a relação conflituosa com as famílias de origem também pode levar a *crises* (assim como foi relatado no item sobre as relações amorosas). Pelo menos dois pacientes tiveram sua primeira internação após uma briga (com agressão física) em família – mais precisamente com seus irmãos. Esses acontecimentos teriam sido, para eles, responsáveis pela sua *doença*. Uma usuária relatou ter presenciado o marido tendo uma relação sexual com a sua irmã, na época ela não teria tomado atitude nenhuma, tempos depois, grávida e separada do marido, teve uma briga com a irmã e a agrediu fisicamente, tendo sua primeira internação psiquiátrica.

Essa usuária, no entanto, em outras conversas, mostrou variações na história contada sobre sua primeira internação, sempre no entanto, contendo agressões físicas a algum membro de sua família. Segundo membro da equipe técnica, essa usuária, assim como outros, principalmente em suas fases agudas, tendem a demonstrar manias persecutórias mais acentuadas relacionadas às suas famílias. Foi presenciado, mais de uma vez, usuários falando que seus parentes iam interná-los ou matá-los, o que, no entanto, não se verificou com o decorrer do tempo.

Em outra ocasião, que não levou à *crise*, mas que evidenciou a relação familiar conflituosa vivida por muitos dos usuários, um paciente idoso chegou passando mal ao Centro, com fortes dores no peito e pressão alta. Ele foi imediatamente encaminhado para a emergência do hospital, mesmo que esta instituição seja responsável apenas por tratamentos psiquiátricos e não clínicos. Após medicado, perguntou-se porque ele teria saído de casa se sentia tais dores, ele respondeu que não falou nada para ninguém de sua família porque nenhum deles se importaria com o fato. Esse mesmo usuário declarou que os seus familiares sequer fazem visitas a ele, durante períodos em que está internado.

Os casos em que a relação familiar é conflituosa são mais recorrentes do que aqueles em que as famílias conseguem ter uma boa relação com o parente paciente psiquiátrico mas, em alguns casos, uma relação conflituosa pode transformar-se em uma relação harmoniosa: uma paciente idosa, que sempre teve uma péssima relação com suas duas filhas, passou, após a última internação (no mês de março de 2008), a ter um bom relacionamento com elas: as filhas, que a haviam expulsado de casa (levando-a a alugar um quarto na comunidade próxima ao Centro) e cortado os vínculos sociais com ela, a convidaram para morar novamente com elas. Uma das filhas em conversa com os técnicos, disse que, apenas após a última internação, passou a conseguir lidar melhor

com a doença e com o temperamento da mãe. Segundo uma das técnicas, o período de afastamento teria sido fundamental para a melhora do relacionamento entre elas.

A relação harmoniosa pode, no entanto, sofrer novamente uma modificação e voltar a se apresentar de forma conflituosa: após alguns meses residindo na mesma casa essa paciente e suas filhas voltaram a apresentar uma relação conflituosa, que levou a mãe a alugar novamente um quarto na comunidade próxima ao Centro. O convívio diário resultou, nesse caso, em conflitos familiares que só foram resolvidos com o distanciamento físico de seus integrantes.

Conversas com os funcionários, que consistem basicamente em pedir aconselhamentos e em dar notícias sobre o relacionamento familiar, evidenciam que, em alguns casos, existe uma integração de fato entre o Centro e a vida familiar do paciente, isso, no entanto, não acontece constantemente, chegando, em alguns casos, a um total abandono do paciente por parte da família (que expulsa o usuário de casa e não recebe os telefonemas dos técnicos).

Em uma anotação no prontuário de um paciente, no dia 22/02/08, uma técnica evidencia a ausência de relação entre família do usuário e local de tratamento: “Mora com uma prima que não cuida muito bem dele, essa prima já foi chamada varias vezes para participar do grupo de família ou vir falar do [paciente], porém ela não vem. H. se queixa muito dela e diz que ela recebe o benefício dele e não lhe dá dinheiro nenhum para ele comprar cigarros”

Para além das relações que são (ou já foram) constantemente conflituosas, existem aquelas que são extremamente ambíguas. Um paciente, que além de psicótico possui problemas neurológicos, tem uma mãe extremamente presente e cuidadosa. Essa mãe aparece com frequência ao Centro, chegando a passar dias inteiros em suas dependências e a participar de oficinas lá ministradas. Segundo a própria, sua vida é “cuidar do filho”. Essa relação que aparentemente é boa, alterna-se com períodos de intensa crise familiar, nas quais surgem declarações de que ela (a mãe) deveria ter abortado ou que deveria ter dado o filho para adoção quando ele nasceu, por não agüentar mais o convívio com ele. Após conversa com a equipe do Centro, em que tais declarações surgiram, ela foi aconselhada a procurar atividades artísticas gratuitas (tal como artesanato) fora da instituição, para que laços sociais fossem desenvolvidos para além dos laços familiares. Ela, no entanto, se negou a participar dessas atividades e continua a viver exclusivamente para o filho doente e a reclamar disso. Durante períodos de crise familiar o paciente faz pedidos para a equipe técnica para que

arrumem um outro local de moradia para ele, por não agüentar mais a mãe. Após diversos pedidos desse tipo a então supervisora do Centro começou a pensar em aloca-lo em uma residência terapêutica (por não considerar que ele conseguiria viver sozinho, devido a seus problemas neurológicos). Quando as brigas se cessavam em casa, e o assunto da residência terapêutica era evocado, ele se negava terminantemente a conversar sobre, dizendo que seu lugar era com a família.

Para além das relações familiares conflituosas, existem tanto as relações familiares que se desenrolam de forma aparentemente harmoniosa, quanto as que são (quase) inexistentes.

A mãe de um usuário catatônico, cujo médico a disse que era um paciente que deveria ser encaminhado para uma colônia psiquiátrica, devido a sua dificuldade em se sociabilizar, por ser catatônico, é responsável por levá-lo e buscá-lo no Centro e, mesmo com as dificuldades que tem para fazê-lo, o faz regularmente por acreditar que a presença do filho no Centro é importante para seu tratamento.

Por outro lado, algumas relações familiares são completamente desconhecidas pela equipe do Centro, seja porque elas são, de fato, quase inexistentes, devido ao fato da família residir em outros municípios ou estados, seja por brigas ocorridas em família que levaram ao distanciamento. Nesses casos pouco contato face a face é estabelecido entre o usuário e seus familiares e, as poucas informações sobre eles são obtidas, principalmente, por contatos telefônicos ou através de terceiros.

A partir dos relatos de campo acima assinalados, percebemos que as relações com os parentes variam em relação à sua distância social. Bott (1976) classifica esta distância segundo quatro graus: “íntimo”, “efetivo”, “não-efetivo” e “estranho”, para tal classificação ela se baseia em dois critérios: intimidade com os parentes e grau de conhecimento dos mesmos. Os parentes “íntimos” se visitam freqüentemente e prestam ajuda mútua. Os “efetivos” estabelecem um relacionamento não tão próximo, porém mantêm alguns contatos. Entre os parentes “não-efetivos” não é estabelecido nenhum tipo de contato, porém existe o conhecimento sobre informações referentes a ambos os lados. Por fim, os “estranhos” desconhecem qualquer informação sobre o parente.

Foi possível perceber os quatro tipos de relacionamento, enunciados pela autora, no Centro de Convivência. No que se refere aos relacionamentos “não efetivos”, a expulsão de casa por parte dos parentes segue-se de um distanciamento entre as partes. Podemos exemplificar este tipo de relação com a usuária que foi expulsa de casa devido à adicção em drogas e, mesmo tentando contato com a família via ligações telefônicas

(em que consegue informações sobre eles), não é aceita para o convívio familiar. Quando esse distanciamento ocorreu há muitos anos a relação pôde passar a ser considerada como “estranha” uma vez que informações sobre os parentes vão se tornando cada vez mais escassas e levando a um total desconhecimento de onde os parentes estejam e sequer saber se ainda estão vivos. Esse tipo de relação parece ocorrer apenas com um usuário, idoso, morador de rua, que não fala sobre parentes e passa os dias e as noites nas imediações do hospital e do Centro de Convivência.

As relações “efetivas” e “íntimas” são as mais presentes no Centro, isso não quer dizer, no entanto, que, como foi visto anteriormente, a dimensão do conflito não esteja presente, elas ocorrem com mais frequência, inclusive, porque há, em muitos casos, uma proximidade física entre os familiares. As relações “efetivas” se referem notoriamente aos pacientes que não vivem mais com seus filhos ou com parentes. Uma usuária declarou que fica vários meses sem ver ou ter notícias do filho que trabalha como motorista de transporte coletivo e mora em outro município. Esse fato não faz, porém, com que o contato entre eles não exista, de tempos em tempos ela vai visitá-lo, de fato nas suas últimas tentativas de encontrá-lo ele não se encontrava em seu local de trabalho e ela não obteve sucesso. Exemplos como esse são recorrentes no Centro, senão com filhos, com outros parentes (como irmãos, pais, tios ou tias), que se comunicam por telefone ou se visitam sem muita regularidade.

Os relacionamentos de tipo “íntimo” ocorrem com aqueles que ainda vivem com sua família de origem, como no caso acima relatado da mãe que oscila entre uma relação de devoção total ao filho e reclamações de não agüentar mais o convívio com ele.

Com base nestes dados percebe-se que, mesmo que conflituosas, as relações familiares configuram uma parcela (importante) da *rede de relação* dos usuários do Centro de Convivência, uma vez que se constatou apenas um caso em que o tipo de relação estabelecido fosse “estranho” e, por tanto, inexistente.

4.4. Relações de trabalho

Ainda pensando o Centro como um lugar privilegiado para o desenvolvimento das relações sociais dos usuários, deve-se trazer à discussão a importância que o

trabalho assume, na concepção da equipe dirigente, para a melhora terapêutica dos usuários do serviço.

Em um projeto feito pelo Centro para a coordenação de saúde mental, sobre bolsas de trabalho a serem destinadas para o Centro de Convivência consta: “A atividade é vital para o usuário. O trabalho é importantíssimo na valorização de sua cidadania. A bolsa de trabalho é uma atividade que aliada ao tratamento favorece para que o usuário de saúde mental possa executar com satisfação, tarefas e papéis necessários a uma vida produtiva, compondo assim seu projeto terapêutico. (...) A bolsa de trabalho traz segurança ao usuário, pois há técnicos que conhecem suas limitações e junto com a equipe de assistência, podem atuar juntos para favorecer a superação de possíveis obstáculos”.

As bolsas de trabalho acima mencionadas referem-se ao trabalho assistido, financiadas pela Rede de Saúde Mental e vinculadas à Secretária de Saúde de Niterói, com as quais o Centro de Convivência conta. O serviço conta com “bolsas de recepção”, “bolsa de reciclagem” e “bolsas de manutenção”. Estas vagas foram, no entanto, subdividas para oito usuários, pelo fato de acreditarem que assim mais pacientes são contemplados e desta forma trabalham menos tempo, tendo disponibilidade de horário para desenvolver outras atividades no Centro.

A função dos bolsistas de recepção é desenvolver papéis e tarefas referente a recepção do Centro de Convivência, realizar atividades de limpeza, ajudar nas refeições, colocar e retirar as mesas do almoço, pegar prontuários e ir na lavanderia.

O trabalho na bolsa de reciclagem consiste em receber os materiais trazidos pelos usuários, amassar as latinhas de alumínio, separar o material trazido, pesá-lo, fazer anotações sobre a pesagem, arrumar o material no depósito, vender o material (função realizada em conjunto com o técnico que monitora a atividade), fazer a arrumação do depósito e participar de reuniões da bolsa. Além do bolsista dessa atividade, outros usuários conseguem obter renda através da reciclagem, atuando como catadores e recebendo dinheiro equivalente ao material levado para o Centro.

A bolsa de manutenção exige que o bolsista faça atividades de pintura (determinada pelos técnicos), faça a limpeza e manutenção do jardim, pequenos reparos, obras e participe de reuniões da bolsa.

Além desses oito bolsistas com trabalho dentro do Centro de Convivência, outras cinco usuárias do serviço também têm bolsa de trabalho assistido dentro das dependências do hospital psiquiátrico.

Atualmente três usuárias são bolsistas da cantina do hospital, elas trabalham na limpeza do local e servem os clientes do estabelecimento. Uma outra vaga da cantina se encontra em aberto pelo fato de uma usuária do Centro ter sido demitida devido ao grande número de faltas que vinha tendo. Uma outra paciente é bolsista do ambulatório e seu trabalho consiste em pegar prontuários no arquivo e levá-los para o ambulatório e, após o seu uso, retornar com eles, assim como desenvolver outras funções a ela requisitadas.

Assim sendo, são treze os usuários do serviço que recebem remuneração referente ao trabalho desenvolvido em bolsas de trabalho assistido e, mesmo recebendo uma baixíssima remuneração (uma vez que o trabalho é considerado terapêutico), tiram dali o dinheiro para a compra de cigarros, cafezinhos e mantimentos para suas casas. Em suas funções, os bolsistas não tiram mais do que R\$ 200,00 por mês: eles ganham por hora trabalhada que, para aqueles vinculados ao Centro, tem o valor aproximado de R\$2,80.

Mesmo sendo baixa a remuneração recebida, o trabalho é valorizado, devido à idéia de que ele irá favorecer o usuário pelo fato de estar desempenhando tarefas que se aproximam de uma vida produtiva, que desenvolvem a confiança, que valorizam da atividade desenvolvida e que levam a um melhor agenciamento do projeto terapêutico do usuários. O trabalho assistido desenvolvido pela Rede de Saúde Mental de Niterói se afasta da idéia de 'laboterapia' trazida por Goffman (1974:82) em que "os pacientes recebem tarefas, geralmente inferiores – por exemplo, varrer as folhas, servir à mesa, trabalhar na lavanderia e limpar os pisos. Embora a natureza de tais tarefas decorra das necessidades de trabalho do estabelecimento, a afirmação apresentada ao paciente é que essas tarefas ajudarão a reaprender a viver em sociedade e que sua voluntariedade e capacidade para enfrentá-las serão consideradas como prova diagnóstica de melhora", uma vez que o trabalho não é voluntário, ele gera renda, mesmo que ínfima, para os pacientes, renda essa que, algumas vezes, é a única com a qual o usuário pode contar.

A realização de trabalho terapêutico parece fundar-se no pressuposto de que o paciente pode "retornar a um estado de saúde através do trabalho" (Perelberg, 1976:128). Essa idéia parece compartilhada pelos usuários que, pelo menos em duas situações durante o trabalho de campo, mostraram uma vinculação direta entre o desenvolvimento de um trabalho e a sua saúde mental. Dois usuários, separadamente, disseram que quando conseguissem um trabalho fora da instituição (um deles é bolsista de manutenção) parariam de fazer o tratamento psiquiátrico a que se submetem,

mostrando que o fato de serem aceitos em trabalhos fora da instituição evidencia uma melhora na sua condição psiquiátrica. Essas declarações evidenciam, também, que, como indicou Goffman (1974:21): “(...) qualquer que seja o incentivo dado ao trabalho, esse incentivo não terá a significação estrutural que tem no mundo externo. Haverá diferentes motivos para o trabalho e diferentes atitudes com relação a ele.”

Sobre o trabalho desenvolvido por esses bolsistas e o sentimento de pertencimento por ele derivado, cabe fazer dois relatos de campo: uma briga ocorreu, certa vez, entre dois usuários do Centro. Uma das envolvidas era, neste dia, a bolsista de recepção e, assim, responsável pela limpeza do Centro. Ela repreendeu um senhor que havia jogado o cigarro no chão, ele não gostou e eles começaram a brigar, havendo, inclusive, por parte dele, ameaça de agressão física, ela respondeu que só não bateria nele porque ali era o local de serviço dela.

Outro relato é sobre uma senhora que é bolsista e que, além dos problemas psiquiátricos que possui (é diagnosticada como esquizofrênica e considerada como *doida de pedra* no Centro) é alcoólatra. Os técnicos, ao perceberem que ela, vez ou outra, aparecia bêbada para as atividades, resolveram conversar com a sua família, pois pensavam em cortar a sua bolsa por acreditarem que o dinheiro ganho não poderia funcionar como um estímulo à adicção. Ao conversarem com a filha dessa senhora foram informados que o dinheiro da bolsa de trabalho era todo entregue a ela no dia em que era pago a sua mãe, e o dinheiro com que bebia era o que a mãe conseguia na rua (através da mendicância).

Mesmo se tratando de um trabalho assistido, visando uma melhora terapêutica para os pacientes, os usuários que têm bolsas se referem ao Centro como o local de trabalho deles, o que, para os técnicos, deveria ser evitado. A todo tempo o caráter terapêutico do trabalho é evidenciado pelos funcionários e existe uma grande preocupação em que os bolsistas não sejam tratados como mera mão-de-obra para a instituição. Houve, por ocasião da pesquisa, um mal-estar por parte dos técnicos do Centro em relação à postura tomada pelo ambulatório no que se refere ao trabalho de uma de suas bolsistas que é, também, paciente do Centro. A usuária foi requisitada para trabalhar uma hora a mais por dia para cobrir o horário de almoço da funcionária do ambulatório, uma vez que a outra funcionária (que alternava o horário de almoço com esta) havia sido demitida. Essa postura, em conjunto com as outras atribuições que a usuária estaria recebendo do ambulatório, estaria fazendo com que a paciente estivesse se voltando cada vez mais para dentro do hospital, ao passo que a função do Centro, e

do ideal trazido pela Reforma Psiquiátrica, é que os pacientes psiquiátricos se desvinculem cada vez mais do espaço de tratamento. Esse fato, em conjunto com as reclamações que a usuária estaria fazendo junto aos técnicos do Centro, devido ao excesso de trabalho que estava tendo, trouxe a discussão, em reunião de equipe, que os trabalhos voltados para a geração de renda não podem nunca perder de vista que estão lidando com pacientes psicóticos e, portanto, a cobrança e a exigência não poderia ser equivalente à feita a um trabalhador “normal”, uma vez que ela estaria assumindo responsabilidades que antes eram de uma funcionária contratada.

Percebe-se ainda que existe um imaginário, principalmente dos integrantes de Centro de Atendimento Psicossocial de Niterói (CAPs), que o Centro de Convivência tem como função primeira disponibilizar bolsas de trabalho e oportunidades de geração de renda. Esse fato gera um grande desconforto para a equipe do Centro, uma vez que essa não é a função do serviço. Os usuários que frequentam esse setor têm como principal demanda a socialização, demanda esta que passa, também, pelo problema da geração de renda, mas não se restringe a isso. Conversas entre os dois setores se deram para explicar que não era possível dar bolsas de trabalho a todo e qualquer paciente para lá encaminhado, que era necessário um acompanhamento e um período de experiência para que isso pudesse acontecer. A inclusão em oficinas de geração de renda poderia ser feita, uma vez que aquilo que é produzido nas atividades é vendido e o dinheiro da venda é dividido por três (quem faz, quem vende e o equivalente ao dinheiro gasto com material – revertido para compra de outro). No entanto, alguns pacientes encaminhados para o Centro com a demanda de trabalho assistido, após entrevista de admissão, tenderam a não voltar mais, ao saberem que não teriam um trabalho imediatamente e que contariam apenas com a renda gerada em oficinas de geração de renda.

Afinal, além do trabalho dos bolsistas, o Centro desenvolve oficinas que visam a geração de renda para seus usuários: como foi relatado no primeiro capítulo desta dissertação, as oficinas que visam a geração de renda parecem priorizadas, uma vez que os recursos são obtidos a partir da própria venda dos objetos produzidos, assim sendo, a oficina de culinária, a da pintura, o artesanato, o salão de beleza e a oficina de reciclagem são as que acontecem com mais frequência.

Tendo em vista a grande demanda por atividades que privilegiem a geração de renda e os trabalhos desse tipo desenvolvidos no Centro de Convivência, a coordenação de saúde mental estipulou que o Núcleo de Geração de Renda da rede fosse transferido para dentro do Centro de Convivência, alocando, então, os técnicos e pacientes que já

participam desse núcleo, iniciado em 2006, no Centro. A primeira atividade, que já era desenvolvida anteriormente por esse núcleo, que passou a ser desenvolvida no serviço foi a oficina de misto quente, em que sanduíches são feitos por pacientes e vendidos para cantinas de toda Rede de Saúde Mental. Com a fusão dos dois serviços acredita-se poder incrementar o número de atividades de geração de renda desenvolvidas no município e o número de usuários que delas participam.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Nesta etnografia buscou-se enfatizar trajetórias individuais de usuários, assim como as relações sociais por eles estabelecidas dentro do Centro de Convivência. O foco de análise não foi o indivíduo isoladamente, mas sim, mesmo durante análise de trajetórias, uma perspectiva que privilegia os usuários como pertencentes a um grupo. Assim sendo, este estudo se distanciou de trabalhos semelhantes, oriundos do campo de conhecimento comumente identificado como *psi*, uma vez que a dimensão da sociabilidade e das relações sociais estabelecidas dentro do Centro se constituíram como o objeto de análise.

Esta dissertação buscou, portanto, descrever acontecimentos de campo e, conseqüentemente, fazer relatos sobre fragmentos de trajetórias individuais, descrições essas que procuraram não perder de vista que os indivíduos que freqüentam as atividades do Centro de Convivência estudado possuem semelhanças em suas histórias de vida, fazendo com que, para além do fato de freqüentarem o mesmo ambiente, se constituam como um grupo. Uma vez que este estudo parte de uma perspectiva sócio-antropológica, buscou-se, seguindo o exposto por Velho, na apresentação da obra de Strauss (1999), não isolar as identidades individuais das coletivas, pois elas se constituem reciprocamente.

Com base nos discursos dos técnicos e dos pacientes, assim como nas análises dos prontuários destes últimos e das relações sociais estabelecidas dentro do serviço estudado, percebeu-se que os pacientes apresentam trajetórias de vida marcadas pela *estigmatização*, sendo considerados indivíduos *desviantes* devido à *doença mental*. Para além da *loucura* eles, também, são oriundos das camadas populares de nossa sociedade, sendo, por isso, considerados como duplamente *desviantes* pelo senso-comum.

Nesta parte do trabalho, algumas discussões desenvolvidas ao longo dos capítulos anteriores serão retomadas, para que seja possível chegar a considerações sobre o resultado deste estudo.

Esta dissertação teve início com um mapeamento sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, notoriamente sobre seus principais fundamentos: o estímulo à *autonomia* e a *cidadania* dos pacientes psiquiátricos. A partir dessa discussão foi visto que, nesse contexto, buscava-se novos lugares sociais para os usuários de serviços de atenção à saúde mental e, a partir da sua valorização enquanto indivíduos e seres sociais, tentava-

se modificar a concepção da *loucura* no imaginário social (Amarante, 2003). Assim sendo, dentro desta perspectiva, emergiu a reivindicação da *cidadania* dos pacientes psiquiátricos, tendo como intenção principal possibilitar uma nova forma de inserção do *louco* na sociedade, sendo necessário, para tanto, que os pacientes psiquiátricos tivessem *autonomia* para exercer seus direitos e deveres sociais.

Este conceito, de *autonomia*, no entanto, foi pensado de diferentes formas, segundo diferentes autores. Para Tenório (2001), ela era pensada a partir de uma perspectiva psicologizante, como uma representação singular para cada paciente. Para Tikanori (1996), no entanto, a ênfase dada remetia tanto à dificuldade de estabelecimento de relações sociais por parte dos pacientes psiquiátricos, quanto ao estímulo ao maior trânsito por outras redes sociais que não as relacionadas à instituição de tratamento, por parte da Reforma Psiquiátrica.

A perspectiva deste último autor e, também, a de Elias (1990), é a que encontra maior lugar no estudo aqui desenvolvido, uma vez que a *autonomia* é, aqui, entendida como um valor geral, baseando-se em uma explicação sociológica desta categoria (e não uma explicação de primado psicológico como faz Tenório).

Assim sendo, a perspectiva evocada por Tikanori, que relaciona *autonomia* com o número de relações sociais estabelecidas, retorna a um dos pontos-chave desta dissertação: os usuários do serviço contam quase que exclusivamente com as relações sociais estabelecidas dentro do Centro de Convivência, sendo possível, assim, estabelecer uma relação com o exposto anteriormente por esse autor e afirmar que eles demonstraram possuir tanto um pequeno grau de *autonomia*, quanto uma pequena *rede de relação*.

Tendo em vista esse trânsito restrito por outras *redes de relações* dos seus usuários, o Centro apresenta como sua característica principal a atuação no campo social e cultural, e não no da saúde, assumindo, portanto, uma faceta de prevenção de internações via estímulo à sociabilidade. Para tanto, oficinas de artísticas, de geração de renda, assim como as que visam apenas a sociabilidade entre os usuários, são desenvolvidas no Centro. O estímulo ao aprendizado de um ofício, via inserção em trabalhos assistidos na instituição ou via oficinas que ensinam, por exemplo, o ofício de cabeleireiro, se constitui, na visão dos técnicos, como marca do serviço.

Mesmo que este estímulo à sociabilidade dos pacientes esteja presente no Centro (e que se constitua como seu objetivo principal), as *redes de relações* estabelecidas se encontram, quase sempre, restritas ao próprio serviço. Exceções referem-se, quase que

exclusivamente, às relações estabelecidas com a família e com a igreja. A hipótese aqui levantada foi a de que esta dificuldade de trânsito deve-se ao *estigma* sofrido por esses pacientes, devido às acusações públicas que sofreram por estarem realizando tratamento em instituição psiquiátrica.

No segundo capítulo desta dissertação surge a discussão sobre a dimensão que este *estigma* assume nos contatos diários dos usuários. Percebe-se que esse *estigma* se constitui como algo muito mais abrangente do que o inicialmente pensado, pois, ao começar o trabalho de campo, tornou-se claro que ele não se restringe apenas àqueles que fazem tratamento psiquiátrico, ele atinge também pessoas que com eles se relacionam. O *estigma* da *loucura* passaria, em algumas situações, como que por contágio, àqueles que convivem ou trabalham com pacientes psiquiátricos. Estes poderiam, portanto, passar, também, a ser percebidos como *loucos* em potencial, uma vez que a proximidade geraria o risco do contágio.

Esta idéia do contágio, presente no discurso do senso-comum sobre a *loucura*, se oporia, no entanto, a outra premissa do senso-comum: a de que o *desvio* e, portanto, a *loucura*, referem-se a algo intrínseco, biológico e inerente ao portador da *doença mental*. Esta perspectiva, que daria idéia da *loucura* como algo físico, poderia nos levar a pensar que a outra perspectiva, acima descrita (de que a *loucura* pode ser pega por contágio) é a ela contrária e oposta em seus termos.

Estas idéias, presentes no senso-comum estão, de certa forma, presentes, também, na bibliografia consultada sobre a *loucura*. Nesse segundo capítulo está presente uma discussão sobre a idéia do contágio da *loucura*, e no terceiro é feita uma discussão sobre a fisicalidade da *doença mental*, utilizando, para tanto, não apenas fontes secundárias, como também, relatos de campo.

Primeiramente, evidenciou-se que a idéia, presente em Szasz (1979), de que a *doença mental* é considerada como uma doença eminentemente moral, poderia remeter à concepção, evocada pelo senso-comum, de que existe o contágio da *loucura*. Esta associação foi estabelecida, uma vez que pode-se considerar que as relações estabelecidas entre uma pessoa considerada *sã* e um pessoa considerada *louca* perpassam distintas moralidades que se pode levar a uma relativização da *loucura* por parte da pessoa considerada *sã*, levando-a a uma diferente forma de percepção do mundo, a partir da aceitação da concepção de mundo vivenciada pelos considerados *loucos*, ao passo que o que vigora, no senso-comum, é que esta se constitui como uma percepção *desviante*, equivocada e *louca* da sociedade.

Por outro lado, a perspectiva de Duarte (1986) mostra-se mais completa e, talvez, possa vir a explicar a oposição acima descrita de que a *loucura* é contagiosa e, ao mesmo tempo, intrínseca ao indivíduo. Este autor percebe as perturbações nervosas (dentre elas a *loucura*) como perturbações físico-morais, ou seja, elas não podem ser explicadas apenas como uma doença moral, tal como faz Szasz, mesmo que esta concepção seja considerada, pelo autor, como uma dimensão presente e importante para a compreensão das perturbações físico-morais. A dimensão física também estaria presente nas explicações sobre as perturbações nervosas e, tal como foi percebido em campo, encontra lugar marcante no discurso dos pacientes.

Talvez, devido a esta percepção da doença, não sendo considerada apenas como social e moral, mas, também, como inscrita nos corpos (o que remeteria à idéia de que a *doença mental* é uma doença da e na cabeça), faz com que seja possível compreender a dimensão, evocada pelo senso-comum, de que este *desvio* é intrínseco e inato. Uma vez que a *doença mental* se constituiria como uma doença como qualquer outra, ela passaria a ser pensada dentro de critérios biológicos e, portanto, como algo físico. Quando pensada como uma doença social ou moral ela poderia ser percebida como algo passível de ser adquirido, como algo contagioso. Assim sendo, quando percebida como uma perturbação físico-moral (ou seja, abarcando estas duas concepções), ela poderia ser entendida, tal como a perspectiva presente no senso-comum, como uma doença pensada, tanto como física, como moral. Portanto, o que se apresentava como uma contradição em termos não parece mais tão distante, podendo ser entendida como vertentes explicativas complementares para a *loucura*.

A própria utilização da categoria *doença*, por parte dos usuários, para se referir aos períodos de *surto*, remete à dimensão física da doença. Como foi dito, ela é pensada como uma doença semelhante a qualquer outra, tendo, no entanto, a cabeça como origem do mal que os acomete. A utilização recorrente desta categoria indicou que dificilmente os usuários se auto-referiram como *loucos*.

No terceiro capítulo está presente uma discussão sobre como a categoria *loucura* que, apesar de não ter sido percebida como uma palavra *tabu* no Centro, era usada, quase que exclusivamente, como categoria acusatória, sendo utilizada a designação *doente* quando se referiam a períodos de *surto* e/ou internação por eles passados. Foi visto, ainda, que a sanidade também pode ser usada como categoria acusatória, uma vez que um usuário do Centro foi apontado, pelos técnicos, como sendo *vagabundo* e não um *doente mental*, acusação esta que sofreu modificação após terem presenciado um

surto do paciente, que resultou em sua internação e na mudança de percepção sobre o usuário, deixando de ser pensado como alguém que fingia a doença para passar a ser pensado como alguém que, de fato, possui a *doença*.

No terceiro capítulo também foi visto que, ainda no que se refere aos usos e caracterizações da *loucura* pelo senso-comum, este parece definir a *loucura* de forma homogênea e estática. Os pacientes psiquiátricos tendem a ser definidos como “loucos e ponto”, não existindo margem de manobra para a *doença mental* e considerando-se que “uma vez louco, sempre louco”. Ao passo que os técnicos do Centro de Convivência não fazem uma caracterização tão estática da *loucura*, dificilmente referem-se aos pacientes como *sendo loucos*. A *loucura* parece ser entendida como algo transitório, quando entram em períodos *agudos*, as pessoas são acusadas de *estarem loucas*.

Mesmo que pensada de forma transitória, a *loucura* mais aparente de alguns pacientes faz com que eles sejam chamados de *doidos de pedra* pela equipe técnica. Essa categoria, no entanto, também passaria a idéia da *loucura* como algo estático, uma vez que as rochas permanecem inalteradas por longos períodos de tempo. No entanto, esses pacientes, que seriam chamados de *doidos de pedra* por possuírem uma *loucura* mais aparente, ou seja, por serem facilmente acusados de *loucos* pelo senso-comum (por terem, segundo a avaliação dos outros, cara e jeito de *maluco*), têm períodos de *crise* que são percebidos pela equipe técnica, que considera que, durante esses períodos, eles *ficam loucos*, por apresentarem características outras, para além das que fizeram com que fossem assim apelidados. Percebe-se, então, que mesmo que tenham recebido um nome que passa a idéia de uma *loucura* invariável (e, realmente, são pacientes que deliram constantemente e que não conseguem articular discursos concatenados), eles são percebidos como *estando loucos* apenas quando entram em *surto*.

Depois das discussões acima referidas, buscou-se, no último capítulo, evidenciar a dimensão da sociabilidade presente no Centro de Convivência. Foi discutido que a condição de *doentes mentais* (assim como *estigma* e a acusação de *desvio*, acarretados por isso) em que esses usuários se encontram diminuiria as possibilidades de trânsito por diferentes *províncias de significado* e levaria a uma restrição nos seus *campos de possibilidades*, o que faria com que eles não pudessem representar outro papel senão o de pacientes psiquiátricos. Esta condição faria, ainda, pelo menos no caso estudado, com que o local de tratamento se transformasse no *locus* privilegiado para o desenvolvimento das relações sociais dos usuários, uma vez que o

desenvolvimento dessas relações se encontraria impossibilitado (ou, ao menos, diminuído) em outros ambientes.

Constatou-se que as relações sociais que proliferam dentro do Centro passavam por diferentes instâncias de relacionamento, a saber: familiar, amoroso, de trabalho e com os profissionais locais. Os motivos pelos quais os usuários freqüentariam o Centro também encontraria variações. Como ficou evidenciado no último capítulo, a necessidade de alguns usuários faria com que eles procurassem o Centro quase que exclusivamente para alimentar-se, tomar banho, assim como para ter um lugar seguro aonde possam passar o dia e guardar seus pertences (basicamente roupas). Esses usuários parecem procurar o Centro porque lá encontrariam aquilo que não têm em suas casas (e alguns deles não as têm) e, assim, o local de tratamento passaria a fazer as vezes da residência (mesmo que não possam passar as noites no local).

Outros pacientes freqüentariam o serviço devido à relação que desenvolveram com os técnicos responsáveis pelo seu funcionamento. Longas trajetórias de internação levaram pacientes a ficar sob os cuidados dos quatro técnicos fundadores, antes mesmo que o Centro de Convivência tivesse sido criado. Com o desenvolvimento de oficinas de atividades, eles começaram a estabelecer um vínculo que excedia ao profissional. O tempo de relação e a forma carinhosa e protetora com que os técnicos tratavam os pacientes foram fundamentais para a proximidade entre os grupos.

As famílias também seriam, em alguns casos, responsáveis pela presença no Centro e a má relação familiar poderia levar à proibição de que o paciente ficasse em casa durante o horário de funcionamento do Centro, fazendo, inevitavelmente, com que ele freqüentasse assiduamente o local. Uma vez que alguns parentes são responsáveis pelo transporte dos usuários até ao Centro, caberia a eles a decisão sobre sua freqüência (levando ou não o paciente ao serviço). Quando a freqüência é, nesses casos, regular, pode-se pensar em duas hipóteses: o parente estimula a freqüência por não agüentar mais o convívio diário com o paciente ou porque acredita que a presença no Centro traria melhora ao usuário.

A possibilidade de garantir uma renda (única ou extra) com os trabalhos desenvolvidos no local também faria com que os usuários freqüentassem o Centro com relativa assiduidade, uma vez que recebem apenas por dia trabalhado, uma falta representaria menos dinheiro a ser recebido.

A freqüência ao Centro, por um (ou mais) dos motivos acima relatados (ou por qualquer outro que não tenha sido considerado aqui), faria com que os usuários

passassem grande parte de seu dia nas dependências da instituição. Esse fato faria com que ali desenvolvessem relações de amizade, ou até amorosas, fazendo daquele ambiente o local privilegiado de suas interações cotidianas. Assim sendo, deve-se enunciar que, mesmo que a política atual voltada para a saúde mental seja pautada no estímulo a um maior trânsito dos usuários pelos seus ambientes sociais, eles se encontram restritos ao ambiente institucional e ali encontram lugar para estabelecer vínculos sociais, seja com outros pacientes, seja com a equipe técnica.

Para concluir, após a retomada, em perspectiva, do conjunto de questões desenvolvidas nas diferentes partes do trabalho, cabe reiterar que, quanto às acusações de *desvio* e *estigma* de loucura sofridas pelos pacientes do Centro de Convivência estudado, elas se somariam a sentidos de *estigmatização* associados à pobreza em nossa sociedade. Caberia, então, seguindo a mesma perspectiva sócio-antropológica, formular questões que apontariam para um possível desdobramento da presente investigação: para os “pobres loucos” haveria construções de sentido que os distanciariam no que se refere à *estigmatização* dos “loucos ricos”? As *redes de relações* de pacientes de serviços como o Centro de Convivência estudado teriam limites distintos daquelas dos usuários de instituições de atenção à saúde mental freqüentadas por pacientes de classe alta e das camadas médias de nossa sociedade?

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. “A clínica e a Reforma Psiquiátrica” in: Amarante, P. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Engenheiro Paulo de Frontin, Rio de Janeiro: NAU, 2003

BARRETO, Lima. “Diário do Hospício” in: *O cemitério dos vivos*. São Paulo: Brasiliense, 1956.

BARTH, Frederik. *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada – relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECKER, Howard. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.

BERGER, Peter & LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1985.

BIRMAN, Joel & COSTA, Jurandir Freire. “Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária”. in: AMARANTE, Paulo (org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BOTT, Elizabeth. *Família e rede social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1976.

CARRANO, Austregésilo. *Canto dos Malditos*. Curitiba: Scientia et Labor, 1990.

COSTA, Suely Azevedo & BARBOSA, Dalva Reis. “Apresentando o Serviço de Recepção e Intercorrências – SRI”. *in*: BERENGER, Maria Emília *et al*, *Desinstitucionalização e psicose: experiências clínicas*. Niterói: EdUFF, 2008.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

ELIAS, Norbert. “A individualização no Processo Social”. *in*: ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

FOOTE-WHYTE, Willian. *Sociedade de esquina: estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

_____. *História da Loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2007

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. “Sintomas mentais e ordem pública”. *in*: FIGUEIRA, Sérvulo. *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

_____. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1985.

_____. *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

MALINOWSKI, Bronislaw. “Objeto, método e alcance desta pesquisa”. *in*: ZALUAR, Alba. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1975.

- MELMAN, Jonas. *Família e doença mental – repensando a relação entre profissionais da saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.
- PERELBERG, Rosine. *Fronteiras do Silêncio – um estudo de desvio e ritualização*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1976
- SCHEFF, Thomas. *Being mentally ill: a sociological theory*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1977.
- SCHUTZ, Alfred. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.
- SENNET, Richard. “Autonomia: uma autoridade sem amor”. in: SENNET, Richard. *Autoridade*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SIMMEL, Georg. *As grandes cidades e a vida do espírito*. in: *Mana: estudos de antropologia social*, vol. 11, n.2, outubro, p.577-592, 2005.
- STRAUSS, Anselm. *Espelhos e Máscaras: a busca de identidade*. São Paulo: Editora Edusp, 1999.
- SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.
- TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001
- TIKANORI, Roberto. “Contratualidade e reabilitação psicossocial”. in: PITTA, Ana (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- VELHO, Gilberto. *Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981
- _____. *Projeto e Metamorfose. Antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.

VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú. *Sobre a 'nova psiquiatria' no Brasil: um estudo de caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1990.

_____. *Eu dividido: uma análise antropológica da categoria esquizofrenia*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PPGAS/MN/UFRJ, 1998.

Sites consultados:

www.fpabramo.org.br/

http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/estadual/distribuicao_servicos_cidadao/volta_para_casa/

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)