

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RECEBER E PROVER CUIDADOS:
a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico

Renata Fabiana Pegoraro

**Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a obtenção do
título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.**

RIBEIRÃO PRETO - SP

2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RECEBER E PROVER CUIDADOS:

a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico

Renata Fabiana Pegoraro

Orientador: Regina Helena Lima Caldana

**Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a obtenção do
título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.**

RIBEIRÃO PRETO - SP

2007

Pegoraro, Renata Fabiana

**Receber e prover cuidados: a trajetória de uma
mulher em sofrimento psíquico. Ribeirão Preto, 2007.**

272 p. : il.; 30 cm

**Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências
e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e
Educação.**

Orientador: Caldana, Regina Helena Lima

1. Saúde Mental. 2. Cuidadores. 3. Mulheres

“Não faças de ti um sonho a realizar. Vai.”
(Cecília Meireles)

.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todos os usuários do Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita do Passa Quatro – SP (CAIS-SR), por terem me ensinado, cada um a seu modo, cada um a seu tempo, a ter mais paciência com os outros, persistência em meio às dificuldades que parecem não ter solução e acreditar ainda mais no que entendo ser importante e digno para o ser humano. Seus ensinamentos continuam comigo, tanto tempo depois, direcionando novos interesses quanto ao cuidar em saúde mental. Obrigada.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Regina Helena Lima Caldana. Por sua generosidade.

Às professoras Regina A. Furegato e Carmen Lúcia Cardoso pelas ricas sugestões ao texto apresentado no exame de qualificação.

À minha família, pelo incentivo à leitura e à escrita, desde muito pequena; valor adquirido para a vida toda.

Aos amigos, "deste", "daquele" e do "outro Estado" da região sudeste em que morei, em diferentes fases do doutorado. Pelo encorajamento.

Ao Ricardo. Por tudo. E pelo que está por vir.

À Rosana.

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
PRÓLOGO.....	1
CAPÍTULO 1 - DO TRATAR AO CUIDAR: UM NOVO OLHAR.....	7
1.1 DA LOUCURA À DOENÇA MENTAL: ASPECTOS DO TRATAMENTO EM ÂMBITO MUNDIAL.....	10
1.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	21
1.3 OS NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL.....	35
CAPÍTULO 2 - PAPÉIS ATRIBUÍDOS À FAMÍLIA NA PRODUÇÃO DA LOUCURA.....	45
2.1 A FAMÍLIA SAI DE CENA: É PRECISO ISOLAR PARA TRATAR.....	46
2.2 SÉCULO XX: AOS POUCOS A FAMÍLIA VOLTA À CENA.....	49
CAPÍTULO 3 - MULHER, LOUCURA E CUIDADO.....	71
3.1 GÊNERO E SAÚDE MENTAL - MULHER E CUIDADO.....	90
3.2 OBJETIVO.....	109
CAPÍTULO 4 - PERCURSO METODOLÓGICO.....	111
4.1 TIPO DE ABORDAGEM.....	111
4.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	114
4.3 LOCAL.....	115
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	117
4.5 <i>CORPUS</i> DE ANÁLISE.....	119
CAPÍTULO 5 - PERFIL DAS MULHERES EM PRIMEIRA INTERNAÇÃO E ESCOLHA DO.....	133
CASO PARA ESTUDO.....	133
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM PRIMEIRA INTERNAÇÃO.....	133
5.2 LIMITAÇÕES DO LEVANTAMENTO E ENCAMINHAMENTOS PARA A ESCOLHA DO CASO.....	139
CAPÍTULO 6 - HISTÓRIA DE ROSANA.....	143
CAPÍTULO 7 - ROSANA: ENTORNO E PERSPECTIVAS.....	159
CAPÍTULO 8 - PROBLEMA DE ROSANA E SEU TRATAMENTO.....	179
CAPÍTULO 9 - ROSANA: SEU CUIDADO, SEU DESTINO.....	203
9.1 CUIDADO FORMAL.....	203
9.2 CUIDADO INFORMAL.....	217
9.3 O SENTIDO DO CUIDADO FORMAL PARA A FAMÍLIA.....	232
9.4 ROSANA EM CENA.....	246
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	249
REFERÊNCIAS.....	253
ANEXOS.....	267

RESUMO

PEGORARO, R.F. **Receber e prover cuidados:** a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico. 2007. 272f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2007.

A situação da mulher em sofrimento mental é permeada pela experiência do cuidado que é recebido por ela através de seus cuidadores informais, em geral familiares mais próximos, nos serviços de saúde, e pelo cuidado que ela mesmo provê, seja a si, aos filhos, ao lar e a outros familiares. Tal situação, frente às atuais políticas de saúde mental que prevêm o aumento do número de serviços extra-hospitalares, e a extinção do modelo manicomial, está em posição de destaque na investigação científica. A partir disso, estabeleceu-se como objetivo geral desta pesquisa conhecer, através de um estudo de caso, a situação de uma mulher portadora de sofrimento mental em termos de prestação de cuidados no lar e dos cuidados requeridos por ela mesma em função de seu quadro, considerando sua história de vida e seu contexto de vida atual. A pesquisa teve início com a compreensão da rotina do setor de curta permanência de um hospital psiquiátrico da região sudeste do país e a caracterização das mulheres ali internadas. A partir disso, foi realizada a escolha do caso em estudo, de acordo com os seguintes critérios: mulher em primeira internação psiquiátrica, casada, com filhos menores de idade, sem quadro de abuso de substâncias. Foram realizadas entrevistas, observações e conversas informais com a usuária, equipe do setor de internação, e seus familiares, bem como consultas a documentos. A análise qualitativa do conteúdo temático do material coletado, com o intuito de triangulação dos dados, envolveu as entrevistas transcritas juntamente com os registros em diário de campo e permitiu a elaboração de um quadro descritivo/compreensivo da situação em estudo, a saber: a história de vida da usuária, seu entorno e perspectivas de vida, e as concepções dos participantes sobre a doença mental e os tratamentos a que foi submetida, bem como os cuidados informais a ela prestados. O material permitiu apontar para o papel da mulher como cuidadora informal como central na vida da usuária, a sobrecarga do cuidador como fator relevante para a alteração no responsável pelo cuidado, a perda da autonomia da usuária promovida pelo cuidado formal e informal recebidos, e a necessidade de articulação entre os serviços formais de assistência em saúde mental e às famílias, de modo a buscar soluções para casos como este em estudo, que demandam cuidados prolongados e ampliação da rede social.

Palavras-chave: Saúde mental, Cuidadores, Mulheres.

ABSTRACT

PEGORARO, R.F. **To receive and to provide care:** the historical path of a woman with mental disorder. 2007. 272 f. Thesis (Doctoral) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2007.

The condition of woman with mental disorders is permeated by the experience of care she receives from informal caregivers (typically closer relatives), in health services, and by the care she provides to herself, her children, her home, and her relatives. Current scientific research is particularly interested in studying this situation in front of current public policies of mental health in Brazil, which envision the increase of extra-hospital services and the extinction of the asylum care model. From this perspective, the main goal of this thesis is to understand, through a case study, the condition of a woman suffering of mental disorder in respect of the care she provides informally (e.g. motherhood, housework), and her personal needs, taking account of her life story and her current life context. The research has started studying the routine of short-stay sector of a psychiatric hospital in Southeast Brazil and characterizing its woman patients. In the following step, we chose a case study according to the following criteria: a woman in first psychiatric hospitalization, married, with children, and without historic of drug abuse. In our research, we made interviews, observations and informal talks with the patient, the team of the psychiatric hospital, her relatives, and consulting medical documents. We developed a qualitative analysis of the thematic content covering transcribed interviews and registries of field diary, which allowed the elaboration of a descriptive and comprehensive picture of the studied situation in terms of her life story, her surroundings, her life perspectives, and the perception of each relative about her mental illness, the treatments and informal care she was submitted. The collected results point to the role of informal caregiver as central in the patient's life, the burden of caregiver as a relevant factor for changing the responsible for the care, the loss of patient autonomy caused by the received cares, and the need of interaction between formal services of mental health and families, in order to find out solutions to cases similar to the studied one, which demand prolonged care and extension of the social network.

Keywords: Mental Health, Caregivers, Women.

PRÓLOGO

A relação entre os usuários de serviços de saúde mental no Brasil e suas famílias é, desde longa data, tema de interesse na literatura especializada e no cotidiano dos profissionais que atuam nos equipamentos, sobretudo públicos. Ao longo de três anos de experiência como psicóloga num serviço público de saúde mental no interior paulista, locada no setor de moradias protegidas, inseridas dentro da área hospitalar, vários foram os questionamentos, a respeito daquela clientela, que se apresentaram, também como interesse direto para a pesquisa acadêmica.

Inicialmente, o questionamento voltava-se para a ausência das famílias no cotidiano dos usuários de longa data, mesmo quando residiam em localidade bastante próxima à instituição e havia tentativas, por parte dos profissionais, para uma reaproximação entre família e usuário. Eram também notáveis as reclamações das usuárias a respeito dos filhos, muitas vezes bebês dos quais muitas vezes haviam se separado, em virtude da internação em instituição psiquiátrica, quando eram bebês. A maioria das mulheres tinha em mente a imagem dos filhos tal qual foram vistos pela última vez, muitos de colo, sendo amamentados, dando os primeiros passos. A perda da guarda da criança, a impossibilidade

de localizar o familiar que tinha ficado responsável pela criança por ela, ou mesmo a adoção legal dos filhos impossibilitava que muitas usuárias retomassem o contato com a prole, no momento em que já davam alguns passos em direção a uma vida extra-muros, partilhando o cotidiano, os dissabores e a rica troca do convívio diário com outros usuários em uma casa, do serviço de moradias protegidas, os dissabores e a rica troca do convívio diário em um ambiente mais acolhedor que os pavilhões de internação nos quais muitas delas viveram por décadas.

No serviço de moradias impressionava ainda à pesquisadora ainda a perplexidade da equipe frente à diferença na organização das casas, efetuada pelos próprios moradores, com supervisão ou orientação da sua equipe ou profissionais de referência. Eram as casas em que habitavam apenas mulheres aquelas preferidas pela equipe para vincularem-se: o ambiente era mais limpo e organizado, as roupas sempre lavadas, o alimento mais facilmente preparado e a evolução das usuárias na apropriação pelo espaço doméstico mais rápida quando comparada a uma moradia habitada apenas por homens. A diferença entre gêneros masculino e feminino e sua inserção nas tarefas domésticas e de cuidado com o outro não eram percebidas ou aceitas pela equipe. Desospitalizados, a equipe entendia que todos deveriam “aprender” a viver em uma casa quando, na realidade, muitas mulheres desempenhavam funções com as quais tinham muitas familiaridade antes da internação. Em outros casos, as mulheres continuaram desenvolver atividades de manutenção e organização de seu espaço por trabalharem na limpeza do pavilhão de internação em que estavam. Raros eram os homens que em algum momento organizaram o espaço doméstico; assim, tratava-se, para muitos, de “aprender tarefa de mulher”, atividade à qual não apresentavam-se, em muitos casos, dispostos.

A partir destas observações e questionamentos, alguns frutos foram gerados. Paralelamente, desenvolvi uma monografia de curso de pós-graduação *lato sensu* em

Saúde Coletiva, defendida pela UFSCar em 1999, sobre as representações sociais de comerciários do município em que se localizava aquela instituição de saúde mental a respeito dos seus usuários. O pano-de-fundo desta investigação, realizada por meio de entrevistas, era o projeto de inserção das residências em bairros da cidade, dada a relação mais direta entre pacientes-moradores e comerciários que se desenrolava já há alguns anos, através das atividades de ressocialização, que envolviam o comércio local, seja na aquisição de bens permanentes (móveis) ou de consumo (roupas e alimento). As entrevistas revelaram que aos comerciários, parte da população do município que mantinha o contato mais direto com os pacientes-moradores, acreditavam que os usuários eram dependentes de cuidado direto por parte dos profissionais (incapazes muitas vezes de gerir sua alimentação e higiene). Apresentava-se, nestes relatos, o louco como incapaz.

Por outro lado, os questionamentos deram como fruto direto o interesse em investigar, durante o mestrado em Psicologia (PEGORARO, 2002), histórias de vida de familiares que cuidavam de usuários de um serviço extra-hospitalar. Foi, então, escolhido um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e buscou-se apreender de que modo ocorria o processo de cuidar e qual o sentido que tal ação assumia ao atravessar a vida dos cuidadores. Através deste trabalho, identificou-se a mulher como principal cuidadora informal extra-hospitalar, muitas vezes com idade avançada, baixa ou nenhuma escolaridade, ocupação ligada ao lar (especialmente donas-de-casa), algumas com registros de sofrimento mental ao longo da vida, e todas com o cotidiano marcado por outras formas de cuidado, que não se resumiam ao usuário do CAPS. Além do usuário, essas mulheres cuidavam da arrumação da casa, da alimentação da família e da limpeza de suas roupas, de netos cujos pais precisavam trabalhar ao longo do dia, cuidavam e ainda do marido quando este adoecia. Além disso, sua vida era permeada pelas preocupações com a situação financeira do grupo. Identificou-se, ainda, a importância do trabalho como estruturador de

seu cotidiano: de origem rural, os cuidadores tinham sido educados pela “pedagogia do trabalho” e esta funcionava como suporte para suas concepções sobre o adoecimento mental daquele que recebia seu cuidado: a loucura era vista como fruto de excesso de trabalho ou decorrente de sua ausência. Ao retomar uma atividade produtiva, o usuário estaria curado.

A presença de grande número de mulheres no cuidado informal em saúde mental, algumas com registro de sofrimento mental durante suas vidas, somada à vivência da pesquisadora como supervisora de estágio de um curso de Psicologia em um setor internações para agudos deu suporte à realização da intenção prévia de investigar as relações de cuidado (o que é provido e o que é recebido) no caso de mulheres em sofrimento mental. O que ocorre se essa mulher tem filhos pequenos? Quem lhe presta cuidados informais? Qual sua trajetória até a primeira internação psiquiátrica?

Este é o tema da tese que ora pretende-se apresentar, fruto das inquietações geradas pela experiência como técnica em saúde mental, como docente, como pesquisadora. Sua importância pode ser diretamente relacionada ao atual panorama da saúde mental no Brasil.

Ao considerarmos as atuais políticas públicas de saúde mental no Brasil, que pretendem incentivar a criação de serviços extra-hospitalares e a redução de leitos em hospitais especializados, fortalecendo a rede assistencial na comunidade (BRASIL, 2006), compreendemos que o tratamento no território torna-se ainda mais relevante como forma de proporcionar suporte às famílias que cuidam de portadores de sofrimento mental, bem como forma de investigar a necessidade de que as famílias também recebam tratamento. Dentro da família que cuida de um portador de sofrimento mental, a mulher exerce papel fundamental, como assinalam vários estudos (GONÇALVES; SENA, 2001; PEREIRA,

2003; ROSA, 2003; PEGORARO; CALDANA, 2006). No entanto, as mulheres, principais prestadoras de cuidados informais, também são acometidas por transtornos mentais.

Aqui vale uma consideração sobre a prestação de cuidados. Milliken e Northcott (2003) caracterizam o cuidado como um processo contínuo que engloba a vida nas esferas social, emocional e material. Do ponto de vista da prestação de cuidados formais, portanto, conhecer as conseqüências da assistência oferecida a um familiar portador de doença mental grave é essencial para melhor planejamento dos serviços de reabilitação psicossocial. Entretanto, prática comum entre equipes de saúde ao prestar atendimento a familiares resume-se a listar informações tidas como relevantes sobre o tratamento e o prognóstico, sem que exista espaço para ouvir as experiências vividas pela família nas atividades de cuidado, além de suas dúvidas. Uma necessidade para a atuação da equipe é prover cuidado aos familiares que prestam cuidados.

Feitas essas colocações, o presente trabalho, desenvolvido como estudo de caso, teve o intuito de conhecer a situação vivida por uma mulher em sofrimento mental, marcada por uma primeira internação em instituição psiquiatria, com relação aos cuidados prestados por ela para a manutenção do lar, bem como dos cuidados requeridos por ela em função de seu quadro. Para a elaboração do estudo de caso, foi considerada a história de vida e o contexto de vida atual da usuária, bem como foram identificadas as relações de cuidado prestado/requerido em sua trajetória, tanto do ponto-de-vista da usuária como de outros informantes-chave. Em seguida, apresentaremos a organização do trabalho.

No primeiro capítulo apresentaremos uma breve revisão sobre o tratar em saúde mental, do ponto de vista internacional e nacional, englobando desde o período que antecedeu as grandes internações até as atuais formas de cuidar, pautadas no movimento de reforma psiquiátrica e em paradigmas do tratar/cuidar em saúde mental.

Em seguida, no capítulo 2, abordaremos a participação da família no tratar e no adoecer de um de seus componentes, em diferentes momentos históricos, já elencados no capítulo 1. Por fim, destacaremos a crescente participação da família no cuidado em saúde mental que permite e requer, ainda, a inclusão do grupo familiar ou do cuidador informal no tratamento.

No capítulo 3 trataremos da relação entre mulher, loucura e cuidado, conforme registrado pela literatura, e nos apoiaremos nas mudanças ocorridas na condição do feminino dentro das estruturas familiares no Brasil. As atuais formas de cuidar em saúde mental permitem um olhar sobre a mulher que a retrate não apenas como objeto de tratamento, ou como cuidadoras informais daqueles que recebem este tratamento, mas também como aquela que, além de receber o cuidado em virtude da situação de sofrimento mental que (a) atravessa, tem sob seus olhos, outros por quem zelar/cuidar, cuja situação buscamos conhecer.

O capítulo 4 trará o percurso metodológico para a confecção deste estudo, elucidando os participantes e a forma de contato inicial com os mesmos, o local onde o estudo desenvolveu-se, os instrumentos e procedimentos adotados, explicitando as diferentes fases da coleta, bem como a forma de análise de dados.

No quinto capítulo apresentaremos o início do trabalho de campo e a escolha do caso em estudo, no sexto apresentará a história de vida da usuária, o capítulo seguinte abordará o entorno e as perspectivas para ela, e o capítulo 8 as concepções dos participantes do estudo sobre o problema da usuária e seu tratamento. O capítulo 9 discutirá o cuidado prestado e recebido (formal e informal) pela usuária e, por fim, no capítulo 10 serão apresentadas algumas considerações finais a respeito do caso em estudo e da confecção da dimensão metodológica do estudo de caso.

CAPÍTULO 1

DO TRATAR AO CUIDAR: UM NOVO OLHAR

O uso preferencial da palavra “cuidar”, em substituição do termo “tratar” no atual campo da saúde mental no Brasil (ALVES; GULJOR, 2004) têm feito com que vários autores busquem, no texto de Boff (2001), a filologia do termo (MAFFIOLETTI; LOYOLA, 2003; VIANNA; BARROS, 2004; ALVES; GULJOR, 2004; AYRES, 2004; LACERDA; VALLA, 2004). Boff (2001) resgata o significado da palavra *coera*, cura em latim, cujo uso se faz em contextos de amor e amizade para exprimir desvelo, preocupação, inquietação pelo objeto de amor e devoção, e implica em responsabilidade frente ao amado. A palavra *coera* poderia ainda ser derivada de *cogitare*, *cogitatus* e resultaria na corruptela *coyedar*, *coidar*, *cuidar*, cujo sentido seria o de cura, ou seja, “[...] cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação” (BOFF, 2001, p.91). Logo, o ato de cuidar apareceria frente a alguém que seja importante para aquele que cuida e que se dispõe a participar de seu destino, de suas buscas, seus sofrimentos e esperanças.

Segundo o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001), o vocábulo “Cura”, de origem latina (*cura, curae*), com significados vários, tais quais: cuidado, direção, preocupação, administração, curatela, tratamento (linguagem médica), guarda, vigia, objeto ou causa de cuidados ou amor. A partir disso, o verbo curar poderia ser compreendido como cuidar, tratar, preocupar-se, limpar. O curador ou tutor seria aquele encarregado por algo e o curado, aquele que é tratado ou cuidado.

Rosa (2001) destaca que cuidado carrega duplo significado, pois tanto pode ser entendido como um alerta que denota perigo na relação com o outro, pela possibilidade de perder-se neste encontro, como pode ser tomado no sentido de maternagem, aconchego, acolhimento de um ser humano frente a outro. No segundo sentido, Vianna e Barros (2004) destacam que:

Cuidar exige respeito. Respeito pelo outro, pelas suas diferenças e limitações. Significa estar junto, atento, sem ser invasivo, sem querer transformar a realidade do outro. Simplesmente, estar disposto, disponível, possibilitando que se encontre um equilíbrio que o ajude a viver, que o insira socialmente [...] (p.226) [e que] O ato de cuidar adquire características diferentes em casa sociedade e é determinado por fatores sociais, culturais e econômicos. Esses fatores vão definir os valores e as condições em que se processa o ato cuidador (p. 224).

Por englobar “[...] uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida” (LACERDA; VALLA, 2004, p.95) o ato de cuidar, segundo Maranhão (2000), está vinculado à capacidade, daquele que cuida, de identificar as dificuldades do outro, tendo sempre como objetivo a promoção do crescimento de quem recebe este cuidado. Deste modo, o cuidado não é o mesmo independentemente de quem o exerça, pois pode ser dotado de muitos sentidos. A forma de identificar quais as necessidades de cuidado do outro pode ser compreendida como uma construção social, por ser efetivada no interior da cultura, podendo sofrer variações de um segmento social a outro. O cuidado para com a saúde pode ser uma ação priorizada e

organizada a partir das concepções sobre o processo saúde e doença, o desenvolvimento humano e o contexto sócio-cultural dos indivíduos que se estuda. Isso ocorre porque a saúde é um fenômeno complexo, cuja construção ocorre no contexto cultural, ou seja, no modo de vida diário, na interação com o social e o meio físico.

Ayres (2004) ao discutir as ações de saúde pautadas no cuidado, aponta a origem do termo cuidar na palavra alemã *Sorge*, que indica cura ou preocupação, e retoma um texto do filósofo Heidegger (1995) que designa de cuidado o próprio ser do humano, o ser-aí ou *da-sein*. Deste perspectiva, o cuidado estaria relacionado aos projetos no modo de ser dos humanos, considerando as maneiras de compreenderem a si mesmos, seu mundo, seus modos de agir e interagir.

A dimensão relacional apontada pelos autores que resgatam a origem do vocábulo cuidar pode ser aqui tomada como um indicativo de seu uso, em substituição do termo “tratar” no campo da assistência psiquiátrica. Segundo Alves (2001), dentro dos chamados “Novos Paradigmas em Saúde Mental”, originários do final da década de 1980 e início dos anos 90, tratar pressuporia um diagnóstico e cuidar tornaria possível uma visão ampliada daquele de quem se trata/cuida.

Segundo Silva e Fonseca (2003, p.801) “[...]o saber-fazer e o poder-fazer num modelo assistencial em saúde mental” envolvem a compreensão de um quadro de referência teórico, dos processos de trabalho de técnicos e não técnicos, bem como as tecnologias de cuidados disponíveis. Para Tavares et al. (2003):

A diversidade de práticas e modos de cuidar em saúde mental configurou um novo campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto de práticas substitutivas, o modo de Atenção Psicossocial. As ações teórico-técnicos produzidos nesse campo referem-se à criação de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos e trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam (TAVARES et al., 2003, p.342).

Atualmente, as novas modalidades de cuidado em saúde mental no Brasil, como os Centros de Atenção Psicossocial, convivem com estruturas asilares, como os hospitais psiquiátricos. As concepções a respeito do fenômeno da loucura e dos cuidados por ela requeridos ou recebidos sofreram alterações ao longo da História; portanto, para compreender as novas formas de cuidado, faz-se necessário percorrer o caminho da atenção dirigida ao louco, tanto no mundo, como em nossa sociedade até o momento presente. A seguir destacaremos os principais marcos no pensamento e nas práticas a respeito da loucura, inicialmente no campo internacional e depois, em território brasileiro.

1.1 Da loucura à doença mental: aspectos do tratamento em âmbito mundial

Um dos primeiros registros do interesse do Homem para compreender o fenômeno da loucura data da Antigüidade greco-romana. Neste período, a loucura era explicada através de causas naturais e foi Hipócrates (460-356 a.C.) quem relacionou o deslocamento do útero (do latim *hystera*, matriz) à histeria, cuja manifestação física incluía dispnéia, taquicardia e desmaios. Os cuidados, pautados no equilíbrio do corpo e recomendados por influência também de Galeno ao longo deste período, eram massagens, dietas, passeios, atividades, viagens e até mesmo casamento para as virgens e as viúvas. Eram ainda prescritas ervas aromáticas para que o útero deslocado voltasse ao seu lugar (SILVA; FONSECA, 2003).

Já na Idade Média, segundo Silva e Fonseca (2003) a compreensão da loucura tinha um caráter mágico-religioso e as tecnologias de cuidado envolviam a Inquisição, que silenciou astrólogos, cantores, erveiros, históricas, hereges, e também a Nau dos loucos, onde eram depositados os loucos pobres encontrados em território europeu.

No século XVI o declínio do feudalismo e o processo de urbanização das cidades europeias possibilitou a identificação do louco como indivíduo inadaptado aos novos tempos. A loucura era equiparada com ociosidade. A Idade Clássica definiu o louco como aquele a quem faltava a razão, aproximando-o da animalidade, conforme registrou Foucault em “História da Loucura”. Nesse contexto, o ano de 1656 marcou a fundação do primeiro Hospital Geral, em Paris, que acolheu loucos junto a outros marginalizados e despossuídos, destinando-lhes tratamento baseado no uso da força física, de banhos, correntes e isolamento (SILVA; FONSECA, 2003). Para Foucault (2000 a), os Hospitais Gerais, dirigidos por religiosos, eram um misto de exclusão, assistência e transformação espiritual direcionados a doentes, loucos, devassos e prostitutas, que recebiam alimentação e os últimos sacramentos. Com a reclusão destas categorias marginais, a sociedade encontrava-se protegida do perigo de contágio.

Foi no cenário do capitalismo como modo de produção e consumo, após a Revolução Francesa e a Revolução Industrial Inglesa que, em 1793, Pinel assumiu a direção do Hospital de Bicêtre. Esse momento é considerado o nascimento da psiquiatria: a loucura passou a ser tratada pela medicina e classificada em suas diversas formas (nosografia psiquiátrica). O lugar destinado para tratar o louco, a partir de então, deveria ser o manicômio, onde uma relação específica entre médico e doente podia se estabelecer (SILVA; FONSECA, 2003). A forma criada para tratar o louco foi o chamado Tratamento Moral e a internação em local específico. Como ressaltam Torre e Amarante (2001, p.75), com Pinel:

[...] o internamento deixa de ter uma natureza filantrópica ou jurídico-política, tal qual no período absolutista, e passa a ter o caráter de tratamento. Se a alienação é um distúrbio das paixões, o seu tratamento torna-se a educação moral, ou tratamento moral, como prefere Pinel. Somente após um processo pedagógico-disciplinar realizado no interior do hospício, o alienado pode recobrar a razão e, assim, tornar-se sujeito de direito, tornar-se cidadão. Para ser livre, entende-se, é necessário fazer escolhas, desejar e decidir, atributos impossíveis para um alienado. Mas, essa exclusão da cidadania não caracteriza uma violência ao direito do alienado, na medida em que seu internamento é de natureza terapêutica, e não significa perda de direitos. Nesse sentido, o direito maior do alienado é o de receber um tratamento. Para os reformadores de então, trata-se de um processo de inclusão ao direito a um tratamento (TORRE; AMARANTE, 2001, p.75).

A função de um mundo correcional seria que o alienado tornasse à razão, por meio da disciplina. O louco enquanto sujeito delirante e sem cidadania tornava-se um objeto do alienismo. Segundo Torre e Amarante (2001, p.74-75), a alienação pode ser compreendida como “[...] um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social” (p.74) e o alienado “[...] o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo [...] por extensão, perigoso, para si e para os demais”(p.75). A relação travada entre sociedade e loucura passa, deste modo, a ter como intermediária a ciência chamada alienismo por Philippe Pinel.

A instituição manicomial tornara-se, com Pinel, uma necessidade, e o tratamento moral uma forma de reeducar o alienado, portador de uma subjetividade desregrada. Encarado como um princípio científico, o isolamento foi estratégia central para que o conceito de alienação fosse elaborado. O princípio do isolamento fundamentava-se em “[...] tirar os objetos de investigação de seus meios caóticos e tirar as interferências do ambiente natural, transportando ao ambiente asséptico do laboratório” (TORRE; AMARANTE, 2001, p 78).

De acordo com Foucault (2000 b), após o século XVIII passou a ser desenvolvido o registro permanente e exaustivo sobre cada doente, visto que o hospital era tido não apenas como um local de cura, mas ainda onde se fazia possível o registro dos fatos para seu

acúmulo e formação do saber. A partir de Pinel e do Alienismo, o discurso médico tornou-se hegemônico e invalidava outros saberes sobre a loucura (AMARANTE, 1992). Uma definição para alienação, naquele momento, segundo Amarante (1996), é o ato de estar fora de si, tornar-se outro, perder a consciência a respeito de si e das coisas.

A inovação de Pinel, no entanto, não encontra-se no ato de libertação dos loucos acorrentados, uma vez que visto que Chiaguri, na Itália, e Tuke, na Inglaterra, já haviam praticado ato semelhante no intuito de humanizar o espaço asilar, como destaca Amarante (1996, p.42) questionando: “Então, onde se situa a especificidade da contribuição de Pinel?”. Responde o mesmo autor que:

A loucura, até então objeto da filosofia que, em resumo, tratava das questões da alma, das paixões e da moral, passa, com Pinel, a ser objeto também da medicina. [...]

Pinel é, a um só tempo um construtor e prático. Reúne e dá corpo aos saberes médicos e filosóficos que vinham sendo produzidos sobre a loucura, ao mesmo tempo em que opera transformações práticas no lidar social e institucional com a mesma. Com ele, a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental (AMARANTE, 1996, p.42).

A partir de Pinel, sob o olhar da psiquiatria, a loucura transformara-se em doença mental, concepção que, para muitos, perdura até a atualidade (SILVA; FONSECA, 2003). O uso da classificação nosográfica, do isolamento e do Tratamento Moral tiveram continuidade com Esquirol, discípulo de Pinel, que seguira a linha de atuação do mestre.

A inter-relação entre o físico e o moral na doença mental foi discutida por Morel, em defesa da ‘doutrina das degenerações’, segundo a qual havia um potencial hereditário que determinaria a diferença entre raças e explicaria tanto a miséria quanto as doenças entre as populações ou segmentos de uma mesma população. Por compreender que o tratamento moral iniciado por Pinel aplicava-se apenas de forma individual, Morel pregou sua ampliação ou universalização tendo em vista a preservação da sociedade, por propiciar

mudanças físicas, intelectuais e morais nos indivíduos, ou seja, por corrigir desvios da degeneração (AMARANTE, 1996).

A nosografia utilizada pelos alienistas foi substituída por um sistema introduzido por Kraepelin, “[...] no qual são combinadas perspectivas diversas, tais como a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva prognostica, a idade, o sexo, os hábitos etc” (AMARANTE, 1996, p.57). A Kraepelin cabe a associação do termo ‘anormalidade’, utilizado pela medicina a partir do século XIX, ao fenômeno da loucura.

No final do século XIX são tornadas públicas as idéias de Freud acerca do funcionamento psíquico, através da Psicanálise. Seu olhar influenciou movimentos que nasceram no século XX, como as comunidades terapêuticas na década de 1930 e a psiquiatria comunitária na década de 1950. A inovação de Freud foi introduzir a dimensão da relação humana e do aspecto psicodinâmico na compreensão do fenômeno da loucura: seja de quem trata, seja de quem é tratado, ambos atores no processo. Esta inovação também influenciou a tecnologia de cuidados que hoje é chamada de Campo Psicossocial (SILVA; FONSECA, 2003).

Após a Segunda Guerra Mundial surgem movimentos reformistas na psiquiatria que recebem de Franco Rotelli a denominação de Psiquiatria Reformada (AMARANTE, 1995). Já AMARANTE (1995) usa o termo “Reformas da Reforma” para estes movimentos, que podem ser divididos em dois subgrupos distintos, a saber:

- a) Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional
- b) Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva.

As *Comunidades Terapêuticas* (CT) tiveram seu início datado no ano de 1946 com Main, na Inglaterra, e posteriormente com Maxwell Jones em 1959, momento em que o termo termina por consagrar-se (AMARANTE, 1995). As CT podem ser caracterizadas

como “[...] um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico e marcadas pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar” (AMARANTE, 1995, p.29). Seu mérito consistiu em ter chamado a atenção da sociedade para as condições dos hospitais psiquiátricos, onde o desrespeito aos direitos humanos e a violência praticada assemelhavam-se aos atos dirigidos aos judeus nos campos de concentração nazistas. Desta forma, o asilo não auxiliava na recuperação do doente e contribuía para o agravamento do quadro (AMARANTE, 1995). Somava-se a esta situação a necessidade de mão de obra invalidada pela guerra. Neste contexto, a reforma das instituições asilares ganhou espaço na sociedade europeia, que passou a associar aos hospitais psiquiátricos a responsabilidade pelo agravamento de doenças mentais.

Maxwell Jones, frente à CT, objetivava o envolvimento de internos, técnicos, familiares e comunidade para a eficácia do tratamento. Do ponto de vista da manutenção da instituição, tanto funcionários quanto pacientes deveriam empenhar-se, realizando tarefas para garantir seu o funcionamento. Essa inserção do paciente na realização de tarefas era defendida em virtude da compreensão de que, frente às situações reais do espaço asilar, o paciente poderia aprender, auxiliado pelos demais, formas para relacionar-se com as pessoas, ou seja, era possível uma “aprendizagem ao vivo”, já que uma “[...] comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo em si mesma princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição” (AMARANTE, 1995, p.31).

Se, por um lado, a CT desenvolvida na Inglaterra apresentou alterações na forma da condução do tratamento dentro do espaço asilar, por outro não teve reflexos fora deste espaço, por não ter promovido discussões sobre causas externas da segregação (AMARANTE, 1995) e, segundo Basaglia, colocava em contradição os princípios que

regem a sociedade ocidental, por pretender um hospital com gestão comunitária, desenfazendo o princípio de autoridade que embasa as sociedades contemporâneas (BASAGLIA, 1985 apud AMARANTE, 1995).

O segundo movimento do primeiro grupo, de origem francesa, recebeu a denominação de *Psicoterapia Institucional* e a ele se atribui a compreensão de que, por possuírem um caráter doentio, as próprias instituições precisariam ser tratadas. Este movimento conduziria um a “[...] exercício permanente do questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais” (AMARANTE, 1995, p.34). No entanto, a Psiquiatria Institucional teria sido desenvolvida centralizada no espaço asilar, sem questionar “[...] a função social da psiquiatria, dos asilos, dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que se pretende operador de conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade.” (AMARANTE, 1995, p.35)

Os dois movimentos englobados como um segundo subgrupo apresentam, de acordo com AMARANTE (1995), um nível de superação com relação ao dois anteriores. A *Psiquiatria de Setor*, experiência francesa, visava evitar a segregação e o isolamento do louco, desenvolvendo o tratamento na comunidade. Neste contexto, a internação era vista como uma etapa transitória do tratamento. O território francês foi dividido em setores geográficos, cada qual com, no máximo, 70 mil habitantes. Em cada território uma equipe deveria prevenir e tratar, responsabilizando-se pelo paciente antes e depois da internação, contando, para tal, com equipamentos de saúde extra-hospitalares. Com o apoio do governo, em decorrência dos altos custos de um tratamento exclusivamente hospitalar, este movimento não conseguiu, segundo Rotelli (1994 apud AMARANTE, 1995) imprimir transformações culturais com respeito à psiquiatria. O indivíduo era tido como produto de

relação patológica entre família, escola, profissionais de saúde e outros setores da sociedade.

Tida como herdeira da Psiquiatria de Setor e da Socioterapia inglesa, a *Psiquiatria Preventiva*, originária nos EUA, tomava as crises de adaptação ou desadaptação social como critério para intervenção (AMARANTE, 1995) e considerava relevante a intervenção não apenas sobre as causas das doenças mentais, mas também atuar na promoção da saúde mental. Com o preventivismo americano firmava-se “[...] a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e de que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (AMARANTE, 1995, p. 38). Pautado pela prevenção, este movimento visava: a) reduzir os transtornos mentais em dada comunidade, frente à promoção da saúde mental dos habitantes, b) identificar e tratar os transtornos, de forma a encurtar a duração dos mesmos, e c) minimizar os efeitos de deterioração causados pelo transtorno (LANCETTI, 1989 apud AMARANTE, 1995). A atuação das equipes na comunidade permitia o fornecimento de normas e padrões ético-morais na identificação das doenças, o que implicou na categorização deste movimento enquanto “[...] mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pelas mais variadas causas” (AMARANTE, 1995, p.44).

Os quatro movimentos reformistas não foram os únicos a marcarem o pós-segunda Guerra Mundial. A Antipsiquiatria, na Inglaterra, e a tradição basagliana, na Itália podem ser caracterizados como movimentos com capacidade para instaurar rupturas com aqueles que os precederam. Com a *Antipsiquiatria* foi “[...] formulada a primeira crítica ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a equizofrenia, um objeto dentro dos parâmetros científicos” (AMARANTE, 1995, p.45). Pois:

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação-compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica e um 'lugar' onde o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela médica (AMARANTE, 1995, p.46).

Esta nova comunidade terapêutica, denominada Vila 21, desenvolvida num hospital público contava com pessoas sem internação psiquiátrica prévia, no geral, jovens esquizofrênicos. Neste local realizavam-se reuniões para detectar preconceitos por parte da equipe frente aos pacientes, alterando seu posicionamento frente à mudanças, ou seja, subversão da hierarquia e disciplina asilares. A loucura era tida como uma experiência libertadora, de cunho sócio-político e, desta forma, à loucura não associava-se o status de um estado patológico e ao louco era atribuído o papel de contestador da ordem social (MELMAN, 1998). Nesta perspectiva, o louco era encarado como vítima do processo de alienação social e sua segregação advinha de seu questionamento a respeito da ordem pública (AMARANTE, 1995, p.47). Este movimento ainda criticou a nosografia, denunciou o asilo e, ao valorizar o diálogo ou o discurso, o delírio do louco, dispensava tratamento medicamentoso. Além disso, não compreendia a loucura dentro do homem, mas entre os homens. Talvez por isso Amarante (1995) afirme que este movimento inspirou-se em Palo Alto para construir uma referência teórica para a esquizofrenia.

Já o movimento italiano iniciado por Franco Basaglia em manicômios de Gorizia e Trieste, identificado por alguns como *Psiquiatria Democrática Italiana*, e preferencialmente denominado por Amarante (1996) como Tradição Basagliana, detém o mérito de buscar a alteração da lógica da psiquiatria tradicional, com a eliminação do modelo asilar ou hospitalocêntrico, ou seja, a segregação, a discriminação, a hipermedicalização e a exclusão sócio-econômico-familiar imposta ao louco (AMARANTE, 1995). Outro objetivo do movimento liderado por Basaglia foi a supressão

das longas internações hospitalares, onde os maus tratos e as punições eram eleitas como formas privilegiadas de assistência (AMARANTE, 1997).

Basaglia comandou a desmontagem do aparato manicomial em Trieste já no ano de 1971, e a construção de espaços como centros de saúde mental, serviços emergenciais, grupos-apartamentos para egressos e cooperativas de trabalho, intencionando não apenas novos espaços para o trato com a loucura, mas também novas formas de lidar com este fenômeno (AMARANTE, 1995).

A tradição basagliana coloca a necessidade de análise da forma como a sociedade se relaciona com o sofrimento e a diferença/os diferentes, ou seja, tem um cunho político, pois:

Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional a fim de inventar uma prática que tem, na comunidade e nas relações que ela estabelece com o louco – por meio de trabalho, amizade e vizinhança -, matéria-prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzido e consumido pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização para falar sobre si, da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamenta a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado. Nesse momento, a reinvenção das práticas precisa confrontar-se no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural (AMARANTE, 1995, p.52).

O termo desinstitucionalização, central para a compreensão do movimento iniciado por Basaglia, tem sua origem em projetos de psiquiatria preventivo-comunitária desenvolvidos nos Estados Unidos ao longo do governo Kennedy na década de 1960 (AMARANTE, 1996). No decorrer do tempo, o termo tornou-se sinônimo de desassistência e, contraditoriamente, também de desconstrução. Enquanto desassistência expressava o receio de que não seria possível a substituição da internação por outras formas de assistir/cuidar. Como sinônimo de desconstrução, configurava uma crítica de caráter epidemiológico ao saber médico que constitui a psiquiatria, à função dos técnicos e

da tecnociência. O sentido atribuído à desinstitucionalização pela tradição basagliana é o de desconstrução, já que:

[...] o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-efeito, porá voltar-se para a ‘invenção da realidade’ como processo histórico (AMARANTE, 1996, p.23).

Este último movimento é entendido como uma ruptura, mas as palavras *reforma* e *psiquiatria* “[...] andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria”, conforme defende Tenório (2002, p.26). O autor destaca o caráter reformador presente já nos atos de Pinel, na busca pela humanização do tratamento dado ao louco, à época, em hospitais gerais, prescindindo das correntes, em sua convicção de que era preciso ar e liberdade para deles tratar. Esse gesto de Pinel, “[...] mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma” (TENÓRIO, 2002, p.26-27).

A posição de Amarante (1996) corrobora com a noção de reformas na psiquiatria:

Desde o surgimento da psiquiatria como disciplina científica, se pensa e se fala em ‘reforma da psiquiatria’, embora sob outros títulos, sob outras concepções. Contudo, é sobretudo após a Segunda Grande Guerra que tais iniciativas e intensificam, dando origem a projetos mais delimitados (AMARANTE, 1996, p.13).

Para Delgado (1992 apud TENÓRIO, 2002) a diferença entre estas reformas na psiquiatria e a chamada Reforma Psiquiátrica assenta-se no fato de que as críticas das “reformas” direcionadas ao asilo buscavam aperfeiçoá-lo ou humanizá-lo, diferentemente do intuito da Reforma Psiquiátrica, pela compreensão de que são condenáveis os efeitos da normalização e do controle impostos pela psiquiatria, sem a busca pelo aprimoramento do espaço manicomial. A marca da Reforma Psiquiátrica seria a busca pela cidadania do louco. Já segundo Amarante (1996, p.15):

O que efetivamente demarca uma real distinção entre os projetos de reforma [...] é a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica.

1.2 Assistência à saúde mental no Brasil: aspectos históricos

Assim como em outros países, o século XX foi marcado por ocorrências de caráter reformista na assistência psiquiátrica brasileira (DELGADO, 1992 apud TENÓRIO, 2002), como a instalação de colônias agrícolas, a consolidação da estrutura asilar ao longo da chamada Era Vargas e a psiquiatria comunitária entre as décadas de 1960 e 1970. A evolução da atenção dirigida ao louco, no Brasil, desde a época de colônia, também guarda semelhanças com o caminho percorrido em âmbito internacional.

Resende (1990) aponta que, em território brasileiro, na época da colônia, o tratamento dado ao louco não diferia dos registros em tempos bíblicos: aos mansos e pobres o destino errante pelas cidades, aldeias ou campos, com o sustento advindo da caridade pública; aos violentos ou desrespeitosos, as cadeias; já as famílias com posses escondiam os seus loucos em casa. Entre os séculos XVI e XVII a internação não era prática no país, sem registros conhecidos de internações nas santas casas de misericórdia.

Após este período, as transformações sociais implicaram em um aumento expressivo de vadios, desordeiros, mendigos, miseráveis, marginais, camponeses, desempregados, índios, loucos e retirantes pelas cidades. Frente ao aumento do número de sujeitos que representavam ameaça à ordem pública, perturbadores da paz social e obstáculo ao desenvolvimento do país, a solução encontrada foi remover das ruas estes indivíduos, encaminhando-os às prisões.

No século XVIII, os loucos passaram a ser encaminhados às Santas Casas, ocupando sobretudo seus porões, e o tratamento que lhes era destinado envolvia maus tratos, como espancamentos ou contenção em troncos, sendo decorrentes da falta de

assistência a desnutrição, algumas doenças infecciosas ou mesmo a morte (RESENDE, 1990). Porém, como o número de loucos encaminhados às Santas Casas era inferior ao número identificado nas ruas das grandes cidades, o destino de muitos deles era a prisão, junto a outras categorias marginais.

Foi com a chegada da Família Real ao Brasil, no ano de 1808, que, segundo Amarante (1994), teve início a atuação do Estado frente à loucura. Em 1830 foi realizado um diagnóstico da situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro através de uma comissão da Sociedade de Medicina daquela cidade. Este diagnóstico é considerado o divisor de águas quanto à situação da loucura: se antes dele os loucos podiam ser vistos circulando pelas ruas ou nas Santas Casas e Casas de Correção, a partir dele coloca-se que, pela existência de doença mental, deveria haver um espaço de reclusão e tratamento destinado ao louco.

Em 1852 foi inaugurada a primeira instituição psiquiátrica brasileira, o “Hospício Pedro II”, no Rio de Janeiro, subordinado à Santa Casa de Misericórdia (RESENDE, 1990; AMARANTE, 1994). Nos anos subsequentes, em Estados como São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará outras instituições similares foram construídas (RESENDE, 1990).

Em 1890 o Hospício Pedro II passou a ser denominado Hospício Nacional dos Alienados e desvinculou-se da Santa Casa. Ainda no Rio de Janeiro, no início da República, foram criadas as Colônias de São Bento, de Conde de Mesquita e de Vargem Grande, enquanto em São Paulo foi fundada a Colônia de Juquery. A ampliação do espaço asilar na psiquiatria brasileira ocorre até o ano de 1920 com a inauguração, no Rio de Janeiro, das Colônias de Engenho de Dentro, para mulheres, e, o início da construção da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e do Manicômio Judiciário. A respeito das colônias para alienados cita Amarante (1994, p.76):

A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar.

A criação do primeiro hospício no Rio de Janeiro é considerada o marco inicial da assistência psiquiátrica brasileira. Com capacidade para 350 pessoas, o “Hospício Pedro II” atingiu sua capacidade total apenas um ano depois do início de seu funcionamento. A partir da criação deste primeiro hospício, até a Proclamação da República, a categoria médica, fundamentada em ideais positivistas e republicanos, requer para si o controle do asilo, até então sob comando de religiosos. É a busca pela chamada “medicalização” do asilo (RESENDE, 1990; AMARANTE, 1994).

As denúncias, feitas pela classe médica, quanto aos maus tratos (camisa de força, jejum, resultando muitas vezes em morte), superlotação, falta de assistência médica a que encontravam-se submetidos os internos, notadamente homens livres e pobres, sem critérios de seleção definidos, trouxeram à tona a precariedade e a inadequação do tratamento oferecido em instituições psiquiátricas pelo país, bem como evidenciaram a insatisfação dos médicos com a presença de religiosos no comando dos asilos. De acordo com Resende (1990, p.38-39):

[...] as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. [...] A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza.

É deste período o comando de Franco da Rocha no Hospício da Colônia do Juquery, em São Paulo, em 1898, e de Juliano Moreira junto ao Hospício Nacional, no Rio de Janeiro, em 1903. Em aliança com a saúde pública, a psiquiatria atuou no saneamento

das cidades por meio do recolhimento de “sobras humanas [...], [para] encerrá-las no asilo e tentar, se possível, recuperá-las de algum modo” (RESENDE, 1990, p.45).

A discussão sobre a etiologia biológica e hereditária das doenças mentais, foi inserida no país através de Juliano Moreira, diretor da Assistência Médico-Legal dos Alienados por quase três décadas (entre 1903 e 1930) e diretor do Hospício Nacional. Com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, a Psiquiatria colocou-se, juntamente à Medicina Sanitária, em definitivo, a serviço do Estado para o saneamento das cidades, por meio do controle social, ao estabelecer modelos de comportamento e buscar a recuperação de raças. A eugenia adentrava o asilo e somava-se aos critérios de assepsia e normalidade já presentes no meio hospitalar (AMARANTE, 1994).

Os tratamentos da época consistiam na adoção de práticas como a clinoterapia, ou repouso no leito, a praxiterapia e o *open door*. Estas duas últimas pautavam-se no trabalho, no primeiro caso, realizado dentro da instituição e, no segundo, fora desta do espaço asilar, em comunidades rurais. Através destas duas práticas, o trabalho era utilizado como critério para definir os normais e os anormais, para diferenciar o normal e o patológico. “O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento” (RESENDE, 1990, p.47).

As colônias agrícolas para tratamento psiquiátrico floresceram em nosso país num ambiente político-ideológico caracterizado pelo capitalismo nascente, juntamente à concepção da necessidade de reverter a ‘moleza’ característica do brasileiro: havia um terreno fértil frente à vocação agrária da nação (RESENDE, 1990). Um grande número de Estados brasileiros adotou o tratamento sob a forma de colônias agrícolas, seja com o intuito de atender a população de crônicos que crescia nos asilos, como no Rio de Janeiro, seja como opção única/predominante para tratar, como em São Paulo e Minas Gerais.

Ao final do tratamento realizado nas colônias agrícolas, o doente seria devolvido à sociedade. Segundo Resende (1990) nesta afirmativa encontrava-se uma contradição, pois a realidade brasileira “[...] estava longe do modelo idílico de sociedade rural” (Resende, 1990, p.51) que as colônias faziam crer existir para além de seus limites e, além dos maus tratos destinados aos internos:

As colônias agrícolas de há muito haviam abandonado o trabalho do campo como atividade terapêutica mesmo porque, num país que se industrializava e se urbanizava rapidamente, a reeducação para o trabalho rural tornara-se um anacronismo. Em seu lugar surge [...] um arremedo de praxiterapia, constando de atividades monótonas e repetitivas, nas quais o doente não podia perceber qualquer sentido (RESENDE, 1990, p.55).

Segundo Resende (1990) dentre a população das colônias agrícolas encontravam-se pessoas que haviam passado por uma internação psiquiátrica cujos motivos eram os mais diversos: crianças que se tornaram órfãs, moças desvirginadas, mendigos, muitas vezes encaminhados pela polícia. Como a quantidade de internos em muito superava o número dos que retornavam à sociedade, a ampliação de leitos dos hospitais existentes ou a criação de novas instituições foi colocada em prática, não se configurando, porém, em solução efetiva para a questão dos crônicos no país.

Duas exceções merecem ser destacadas, segundo Amarante (1994), neste caminho percorrido pela psiquiatria brasileira: Ulisses Pernambuco e Nise da Silveira.

O trabalho de Ulisses Pernambuco, desenvolvido entre as décadas de 1920 e 1930, pode ser definido como uma tentativa de psiquiatria extra-hospitalar, tendo em vista a existência de serviços como ambulatórios, atenção ao egresso, hospital aberto, higiene mental/diagnóstico precoce, adaptação à família/trabalho e à sociedade. Inspirado em Simon, Pernambuco adotou a ocupação terapêutica para os pacientes. Na colônia agrícola para pacientes do sexo masculino, a atividade básica era a agropecuária, sendo que os pacientes responsabilizavam-se desde a construção de seus lares até a sua subsistência,

pelo cultivo de roça e a prática da pesca (SOARES, 1991 apud LAPPAN-BOTTI, 2004). Do ponto de vista da equipe, o trabalho era multiprofissional e centrado em intervenções tanto institucionais quanto comunitárias (extra-hospitalares), o que tinha como objetivo a integração prevenção-cura-reabilitação.

Melo (1999) aponta as transformações orientadas por Ulisses Pernambuco como diretor do Hospital de Alienados da Tamarineira, em Pernambuco, entre os anos de 1924 e 1926, com a eliminação de calabouços e camisas de força. Entre 1931 e 1935 a atuação de Pernambuco possibilitou que fossem efetuadas naquela instituição apenas internações de pacientes com quadros agudos (LASCIO, 1945; FREYRE, 1945; LUCENA, 1945 apud MELO, 1999), o que criou a necessidade de implantação de novos serviços, como a Colônia de Crônicos de Barreiros, embasada na praxiterapia; um ambulatório e o setor de serviço social, ambos voltados para prevenção, além do Serviço de Higiene Mental, que incumbia-se de realizar estatísticas sobre doenças mentais no Estado, bem como divulgá-las (LUCENA, 1989 apud MELO, 1999). Outra inovação introduzida por Ulisses Pernambuco foram as “visitadoras”, o que sinalizava a busca de articulação com a comunidade e a importância atribuída à prevenção e à relação do indivíduo com a coletividade (LIMA, 1978, LUCENA, 1978, SILVEIRA, 1992 apud MELO, 1999).

Resende (1990) destaca que não se conhece o quanto os pacientes puderam ser beneficiados através das tentativas de Pernambuco, e ressalta que, como as demais experiências em colônias agrícolas, o resultado da tentativa de recriação de um ambiente rural pré-capitalista em uma sociedade já diferentemente organizada, tivera como efeito “[...] excluir o doente de seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade” (RESENDE, 1990, p.52).

Os serviços implementados por Ulisses Pernambuco contribuíram, à época, para a elaboração de um plano de ação para o Serviço Nacional de Higiene Mental, tendo o

mesmo sido apenas parcialmente realizado. Para tal afirmativa, Melo (1999) destaca a recusa da criação de um serviço aberto no Rio de Janeiro, proposto por Nise da Silveira junto ao Centro Psiquiátrico Pedro II na década de 1950 (MELO, 1999), bem como a tendência hospitalocêntrica da psiquiatria brasileira, combatida até dos dias atuais.

Quanto à psiquiatra alagoana Nise da Silveira, seu mérito consiste na implementação de uma intervenção que buscava relacionar arte e loucura a partir de 1946 (AMARANTE, 1994). Sem utilizar as técnicas em voga na psiquiatria, como a lobotomia, o eletrochoque e a insulinoaterapia, Nise preferia a “emoção de lidar” com diferentes materiais, da pintura à modelagem, possibilitada pela terapêutica ocupacional adotada junto aos pacientes, que permitia a expressão simbólica dos mesmos, em direção à reorganização dos vínculos com a realidade, em detrimento da desordem interior (RUBIO, 2004). Desta experiências nos ateliers, surgiu o embrião do Museu de Imagens do Inconsciente, inaugurado em 1952, e da Casa das Palmeiras, em funcionamento desde o ano de 1957, ambos na cidade do Rio de Janeiro, conseqüências naturais do trabalho de Nise no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II. A Casa das Palmeiras, de acordo com Rubio (2004) pode ser considerada como uma resposta ao destino dos pacientes após a alta, funcionando como uma ponte, ou uma etapa intermediária, entre a internação e o retorno à sociedade.

À parte das experiências de Pernambuco e Nise, o tratamento em psiquiatria no Brasil era realizado em hospitais psiquiátricos. O número de instituições públicas no país correspondia a 80% do total e a ampliação deste total entre 1941 e 1954 deu-se em função de parceria com a União, através de decreto lei 8550 de 1956: o Estado arcaria com o espaço físico dos hospitais psiquiátricos e folha de pagamento e a construção ficaria a cargo da União (SAMPAIO, 1988 apud PAULIN; TURATO, 2004).

Junto a esta expansão dos hospitais, na década de 1940 o país conheceu o eletrochoque, o choque insulínico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia e na década de 1950 os primeiros psicofármacos (AMARANTE, 1994). Ao final desta década o número de pacientes em hospitais psiquiátricos extrapolava, mais uma vez, a capacidade das unidades (RESENDE, 1990, PAULIN; TURATO, 2004) e este equipamento firmava-se como forma de exclusão social.

A década de 1960 foi marcada pela compra, pelo Estado, de serviços psiquiátricos da esfera privada. Embora desde a década de 1940 o número de instituições psiquiátricas privadas superasse o número de públicas, era na rede pública que se encontrava o maior número de leitos. Entre as décadas de 1960 e 1980 a situação foi invertida e o maior número de leitos era encontrado na rede privada conveniada com o Estado (SAMPAIO, 1988 apud PAULIN; TURATO, 2004). Esta inversão caracterizou o fenômeno de transformação da doença mental em mercadoria, o aumento do número de vagas e de internações no país (AMARANTE, 1994) e “[...] o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes” (RESENDE, 1990, p.60).

Segundo Amarante (1994, p.79) as novas técnicas utilizadas pela psiquiatria “[...] serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange à assistência privada”, mas não contribuíram para processos de desospitalização ou desinstitucionalização. Entre 1965 e 1970 a rede privada recebeu, de modo maciço, a clientela psiquiátrica do país, com predomínio de usuários de álcool e de quadros de neurose.

1.2.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

No final da década de 1970, junto à luta pela redemocratização do Brasil, foram travados debates sobre assistência em saúde mental e surgiram mobilizações, como a que gerou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Neste contexto, teve início o delineamento da luta para transformar a relação entre a sociedade e a loucura, cuja palavra-chave era a “desinstitucionalização”. Através do MTSM várias denúncias sobre o tratamento dado aos doentes mentais chegaram ao conhecimento da sociedade. Tornaram-se públicas denúncias a respeito da existências de práticas semelhantes aquelas dispensadas aos presos políticos, pelos representantes da ditadura militar, ou que remetiam aos campos de concentração nazistas durante a Segunda Guerra. A indignação frente a esta forma de tratar o louco fora inspiradora de projetos de reforma na assistência psiquiátrica no setor público de nosso país (AMARANTE, 1992). Essa crítica feita pelo MTSM à assistência psiquiátrica oferecida no Brasil, de caráter privatizante e hospitalocêntrico, não teria como único objetivo denunciar à sociedade os maus tratos, mas também de elaborar alternativas inspiradas em práticas de desospitalização, por meio do questionamento ao saber psiquiátrico (AMARANTE, 1996).

A partir da ação de núcleos como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e o MTSM, datadas da metade da década de 1970, teve início a organização do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que pode ser compreendido como uma crítica teórico-prática sobre as instituições, os saberes e as formas de lidar com a loucura (AMARANTE, 1994). Essencial para as reflexões e as mobilizações que contribuíram para o movimento, foi a presença de Franco Basaglia no país, conforme retrata Amarante (1992, p.10):

As vindas de Franco Basaglia ao Brasil, a partir de 75, no auge do processo de transformação da psiquiatria italiana, contribuem para que o movimento brasileiro ultrapasse esta etapa inicial dedicada principalmente às denúncias e às reivindicações de melhorias nas políticas de saúde mental. É o marco da passagem de uma fase que centrava-se na mera reivindicação de melhorias “técnicas” na assistência, para uma etapa onde predominam as críticas éticas à natureza do saber e da prática da instituição psiquiátrica, dando início ao que se viria a ser o momento, ainda em curso, da predominância da luta anti-manicomial.

Na década de 1980 “[...] as ações ganhavam um cunho institucionalizante, no sentido de apostarem no aperfeiçoamento tanto da instituição psiquiátrica quanto da gestão pública” (TENÓRIO, 2002, p.33). Dentre as ações propostas encontravam-se a humanização e moralização do asilo e ainda a criação de ambulatórios. No entanto, nenhuma dessas ações resultou em mudanças na prática asilar, seja do ponto de vista da qualidade do atendimento oferecido, seja da predominância do asilo como modelo prioritário de assistência psiquiátrica.

O ano de 1987 foi de grande importância para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pela realização de dois eventos: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A I Conferência marcou o início da proposta de desinstitucionalização, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, incorporou usuários e familiares nas discussões realizadas e instituiu o 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial (TENÓRIO, 2002). Segundo este autor:

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (TENÓRIO, 2002, p.28).

O final da década de 1980 assistiu à apresentação do projeto de lei no. 3657/89 pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, que tramitou por mais de 10 anos, até sua aprovação, no legislativo. Este projeto propiciou tanto a intensificação do debate sobre o tema como uma popularização sobre o mesmo, que

segundo Tenório (2002, p.36) “[...] protagonizou a situação curiosa de ser uma “lei” que produziu seus efeitos antes de ser aprovada”.

“Embora tenha em sua origem um questionamento da clínica, a reforma psiquiátrica não pôde se furtar a enfrentar o problema das práticas de cuidado dirigidas aos loucos” (TENÓRIO, 2002, p.28) e a década de 1980 foi marcada por experiências inovadoras e bem sucedidas neste sentido, como o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, fundado em 1987, “irradiador de uma espécie de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira” (p.39) e o movimento iniciado no município de Santos, no litoral paulista, com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e que reestruturou a atenção em saúde mental do município, com a criação de uma rede de cuidados cujo eixo eram os NAPS ou Núcleos de Atenção Psicossocial (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1990 os CAPS e NAPS foram regularizados por meio de duas portarias do Ministério da Saúde, a 189/1991 e a 224/1992, conforme destaca Tenório (2002). Com a Portaria 189/1991 tornaram-se possíveis formas assistenciais diferentes de internações e ambulatorios e com a 224/1992 o atendimento em saúde mental foi delimitado em duas frentes: hospitais (internação e semi-internação em hospitais-dia) e ambulatorios (incluindo CAPS e NAPS).

Outro marco na assistência psiquiátrica do país foi a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 1992, na qual 20% dos delegados representavam usuários e familiares. Os eixos conceituais adotados nesta conferência foram a atenção integral e a cidadania, tendo em vista a perspectiva da municipalização da assistência (TENÓRIO, 2002), e os conceito de território e responsabilidade ancorando a tentativa de ruptura com a prática do asilamento.

Algumas alterações ocorridas a partir da década de 1990 exemplificam o que se caracterizou chamar de “reversão do modelo asilar” como forma primordial de assistência em saúde mental no Brasil. A este respeito, alguns números devem ser destacados.

Quanto à clientela asilar, um avanço na legislação foi a publicação da Portaria MS/106 no ano 2000, que regulamenta os serviços residenciais terapêuticos, já há alguns anos em funcionamento em várias cidades brasileiras. Esta portaria fornece suporte para a ampliação desta forma de cuidados ao usuário egresso de internações de longa permanência, sem suporte social ou familiar, desenvolvida unicamente pela rede pública ou por instituições sem fins lucrativos, e que se traduz como um instrumento de recuperação da cidadania (BRASIL, 2004; TENÓRIO, 2002). Um ano depois desta portaria foi finalmente aprovado pelo Congresso como “Lei da Saúde Mental” (Lei 10.216), após alterações em suas propostas, o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, que pode ser um “[...] dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país” (TENÓRIO, 2002, p.52), por direcionar a atenção para a implementação de uma rede substitutiva de serviços em saúde mental. No mesmo ano foi publicada a Portaria MS 336/02 (BRASIL, 2004) que estabelece três diferentes níveis de funcionamento para os CAPS (CAPS I, II e III) e foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental sob o título “Cuidar sim, excluir não”.

A lei 10.216, que dispõe sobre a atual política de saúde mental no país, elege a necessidade da atenção à saúde mental em uma rede de base territorial comunitária. Como fruto da política de incentivo e fortalecimento da atenção extra-hospitalar, o número de leitos em hospitais psiquiátricos no país foi reduzido de cerca de 95 mil em 1990 para 72.514, em 1996, e para 60.868 em 2000. No ano 2004, os leitos perfaziam um total de 45.814 (BRASIL, 2006).

Esta diminuição teria permitido o redirecionamento dos recursos financeiros, antes investidos em leitos, para outras formas de cuidar em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos (STR), os ambulatórios e também para a rede básica de saúde, especialmente o Programa de Saúde da Família (PSF). O redirecionamento dos recursos sinalizaria a ampliação do acesso da população aos serviços territoriais de saúde mental em todo o país e o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) funcionaria como motor da redução de leitos em todo o território brasileiro (BRASIL, 2006).

Atualmente, o Brasil possui 228 hospitais psiquiátricos com um total de 40.524 leitos (0,22/1000 habitantes). Deste total de leitos, 20% são públicos, 59% privados e 21% filantrópicos. Os Estados com maior concentração de leito por habitante são, respectivamente, Rio de Janeiro, Pernambuco e São Paulo. Quanto às internações por sexo, entre janeiro e março de 2006, o índice foi de 65% de homens e 35% de mulheres. Os transtornos responsáveis pelo maior número de internações foram a esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes, perfazendo 46% do total (BRASIL, 2006).

Praticamente inexistentes no início dos anos 90, 100 serviços de atenção diária foram inaugurados até a metade desta década (TENÓRIO, 2002), e o número de CAPS aumentou de 154 para 448 entre 1996 e 2002 (BRASIL, 2004), atingindo o número de 882 equipamentos em 2006 e chegando a 1.000 nos primeiros meses de 2007. O Brasil possui ainda, como componentes da rede de assistência em saúde mental, 426 serviços residenciais terapêuticos e 390 ambulatórios (BRASIL, 2006).

Quanto à clientela, há um predomínio de homens, solteiros e mais jovens do que o sexo oposto entre os serviços para crônicos em nosso país (LANCMAN, 1997; LIMA; BOTEGA, 2001). Em serviços emergenciais, o índice de usuários solteiros é maior em homens, e estes residem mais frequentemente com suas famílias do que as mulheres

(SANTOS et al, 2000). Os quadros que mais atingem os homens neste tipo de serviço são os transtornos pelo uso de álcool e substâncias psicoativas. Já em hospitais dia do país, assim como em ambulatórios, o predomínio que se observa nos atendimentos é de mulheres e homens jovens (LANCMAN, 1997; LIMA; BOTEGA, 2001), e a maior parte dos pacientes têm um cuidador informal, quase sempre uma mulher (LIMA; BOTEGA, 2001). Os atendimentos emergenciais em mulheres revela o predomínio de episódios depressivos, transtornos não psicóticos e transtornos de personalidade (SANTOS et al., 2000).

Gastal et al. (2000) destacam um padrão das reinternações psiquiátricas de acordo com a revisão realizada: ter idade inferior a 35 anos, diagnóstico de esquizofrenia, primeira hospitalização superior a 60 dias e residir nas proximidades do serviço de saúde, o que estaria de acordo com dados internacionais. Sucessivas reinternações, em curto intervalo de tempo, são comumente registradas nestes serviços, e segundo Freitas (1998), “pouco acrescentam ao conhecimento que os técnicos têm da sua clientela” (p.97), pois “o que majoritariamente é feito é prescrever e administrar psicofármacos” (p.100), garantindo-se, desta forma, ao usuário apenas teto, roupa, alimentação e asilo, o que não daria direito à uma classificação de procedimento terapêutico.

Louzã Neto (2000) destaca a existência de um período de 12 meses entre o aparecimento dos primeiros sintomas psicóticos e a procura por tratamento, o que influenciaria o prognóstico, contribuindo para uma má evolução da doença ou deterioração do quadro. Uma psicose de longo tempo não tratada implicaria em maior tempo necessário para remissão dos sintomas. Segundo Krstev et al. (2004), para que os pacientes possam ser beneficiados por uma internação, seja ela o mais breve possível (LOUZÃ NETO, 2000), faz-se necessário a investigação da relação entre esta e seu resultado, o que contribuiria para a redução do tempo de hospitalização de pacientes com este perfil.

Mesmo com todo esse avanço respaldado na legislação atual, segundo Tenório (2002, p.40-41) não é possível “[...] dizer que a prevalência do manicômio como o principal recurso ainda destinado à massa da clientela tenha sido superada. Mas pode-se dizer, sem exagero, que se construiu uma nova hegemonia.” Dentre os indícios dessa nova hegemonia destacariam-se uma nova mentalidade que se faz presente e se expande no campo da atenção psiquiátrica, as experiências renovadoras que surgem em território brasileiro e um novo olhar que começa a ser dirigido ao louco, “[...] não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo” (TENÓRIO, 2002, p.41)

1.3 Os novos paradigmas em saúde mental

Os serviços de atenção diária em saúde mental no Brasil compõem um novo modelo de assistência que coexiste com os moldes hospitalocêntrico e manicomial, denominados de “asilos”. Estes, superam em número outras formas de atenção, e permanecem, ainda hoje, como depósitos de excluídos e de despossuídos. No entanto, a expansão no número de uma nova rede de cuidados em saúde mental pode ser vista como um início promissor (TENÓRIO, 2002; RINALDI, 2003), de um processo de mudança dos velhos modos de lidar com a loucura, através da reinvenção dos saberes e práticas neste campo. Além disso, a autora destaca que o saber psiquiátrico não se configura, atualmente, como forma exclusiva do tratamento da loucura no campo da saúde mental, cujas características vêm se reafirmando como multidisciplinares. Além disso, outro indicativo de mudança na maneira tradicional de assistir em psiquiatria seria a importância atualmente atribuída aos aspectos subjetivos atrelados à experiência concreta do adoecimento.

Rinaldi (2003) destaca uma nova linguagem no campo da saúde mental, que orienta os dispositivos propostos em lugar da lógica asilar. O primeiro conceito seria o *cuidado*,

utilizado com respeito às novas práticas de atenção na literatura, nos serviços e na legislação em substituição à noção de clínica psiquiátrica tradicional, e vai além do termo “cuidados médicos”. O segundo conceito destacado pela autora é a *cidadania*, em sua dimensão política e como carro-chefe da Reforma Psiquiátrica, como resposta social à loucura. Em seguida, os termos *escuta e acolhimento* são introduzidos junto a novos procedimentos que sustentam o tratamento, na compreensão da loucura como uma questão existencial do sujeito específico, que precisa ser acolhido e, desta forma, valorizado. Por fim, o conceito de *clínica ampliada* ou do sujeito. Segundo Campos (1996/1997), a Clínica Ampliada crítica a fragmentação decorrente da especialização progressiva das várias disciplinas ou campos do saber, e coloca a transdisciplinariedade como um de seus pontos de apoio. Esta clínica reformulada e ampliada deve *desconstruir reconstruindo* alternativas concretas de saberes e práticas e:

A reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade. Daí o título, Clínica do Sujeito. [...] os movimentos que operaram sobre inspiração basagliana cuidaram muito mais do protagonismo político do que esclareceram sobre a nova instituição que estavam reinventando (CAMPOS, 1996/1997, p.3).

Para Basaglia, de acordo com Amarante (1996), na atuação em saúde a ênfase deve recair sobre a invenção da saúde e não no processo de cura, já que inventar saúde vai além da intervenção técnica, abarcando a noção de reprodução social do paciente, sob influência da cidadania e do protagonismo, entendendo o paciente como uma pessoa com direitos e na tentativa de construir um mundo melhor para si e os demais. Uma Clínica dos Sujeitos é centrada nas pessoas reais, em suas existências concretas, e a doença é parte desta existência. Para a Medicina, porém, a doença como que ocupa toda a personalidade/corpo/o ser do doente, como se houvesse um apagamento das outras dimensões existenciais ou sociais da pessoa: a doença seria uma segunda pele ou nova identidade para o enfermo (CAMPOS, 1996/1997):

Colocar a *doença entre parênteses* [como apontava Basaglia] é um ótimo exercício para quebrar a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda o enfermo. Evita que sofra a iatrogenia, intervenções exageradas, mas não, necessariamente, melhora sua relação com o mundo. Como ressaltar o Sujeito trazendo junto sua integralidade humana: humanidade que, no caso, inclui também distúrbios, sofrimentos, dores, risco de morte, doença enfim? (CAMPOS, 1996/1997, p.3).

O modelo biomédico, definido pelo saber científico, é centrado no diagnóstico e tratamento de alterações e lesões corporais, e há pouco espaço para os sujeitos, para suas necessidades e sofrimentos, para acolher tais sujeitos, para atenção e cuidado integral à saúde. Nesse modelo, o diagnóstico substitui a atenção e o cuidado integral à saúde (LUZ, 1997) e o que os sujeitos desejam é sentirem-se cuidados e acolhidos em suas necessidades e demandas (LUZ, 1997). “Cuidar é, portanto, uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida” (LACERDA; VALLA, 2004, p.95).

Para Mattos (2001 apud MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004), a Integralidade é uma recusa ao reducionismo, à objetividade dos sujeitos; é uma afirmação ao diálogo, e a ela se relaciona o Cuidado, por integrar diferentes sujeitos nas relações cotidianas dos espaços públicos transformadores e formadoras de idéias e concepções não repressoras e nem consideradas pela normatividade institucional:

A produção do cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico, a partir do qual as ações de saúde têm historicamente se estruturado (LUZ, 2003 apud MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.57).

A Integralidade apresenta essencialmente como tal no cuidado, pois é “[...] praticamente impossível pensar em alguma ‘materialização’ da Integralidade na Saúde sem que haja fundamentalmente alguma relação com o cuidado” (XAVIER; GUIMARÃES,

2004, p.42), seja na relação médico-paciente, na integração de saberes vários ou ainda na formulação de uma política ou sistema de saúde.

Toda ação de cuidar é comunicativa, envolve contato direto com o outro. O cuidado corresponde à ocupação e preocupação com um fora de si. Mas há uma diferença entre cuidado e comunicação: no cuidado não há espaço para ambigüidade, como destacam os autores, para equívoco, mentira, e nele a Integralidade se realiza como signo (XAVIER; GUIMARÃES, 2004). Cuidar implica em estar em relação segundo Merhy (2004) e o cuidado na saúde seria, para este autor, semelhante à fé nas crenças religiosas, pois permite que os sujeitos entrem na dimensão de referência simbólica. O cuidado só é possível quando há diálogo, o qual representa a dimensão material do espaço de encontro.

A Integralidade seria um dispositivo político, crítica aos saberes e poderes instituídos por práticas cotidianas, ou seja, seria uma prática social que pode identificar, encontrar pistas e conhecer experiências de integralidade (efeitos e repercussões) na vida das pessoas. Cuidado e integralidade são práticas cotidianas que ressignificam relações sociais e tensionam as relações de produção (p. 33), por reconhecerem o caráter intersubjetivo inerente ao ser em diferentes territórios (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Os estudos sobre a integralidade e o cuidado nas ações de saúde questionam, como já ressaltado, o direcionamento dos equipamentos em saúde mental, pautados mais ou menos explicitamente pelo modelo biomédico. Nesta questão, ao discutir limites do pensamento científico, Morin (2002 apud MENOSSI, 2004) destaca a necessidade de incorporação da realidade concreta ao conhecimento, ou seja, o filósofo chama atenção para a ambivalência da ciência: as contribuições que trouxe à humanidade ameaçam aniquilar a própria ciência. Ao partir de elementos simples para explicar as coisas (MORIN, 2001, 2002 apud MENOSSI, 2004), mesmo tendo explicado muito, não é capaz de explicar questões complexas que as descobertas feitas por esta forma geraram. Dito de

outro modo: a compartimentalização não permite ver a multidimensionalidade de um fenômeno(VASCONCELOS, 2002 apud MENOSSI, 2004).

O filósofo Morin propõe o Paradigma da Complexidade, uma aspiração a um conhecimento multidimensional em oposição à lógica do fragmento, uma aproximação ao mundo dos fenômenos complexos, não quantificáveis ou formalizáveis segundo o pensamento científico predominante, que deles não se encarregou (MORIN, 2002 apud MENOSSI, 2004). Destaca ser preciso um modo de pensamento complexo para construir um conhecimento que seja multidimensional e consoante com a realidade humana. Compreende não ser possível que se negligencie as partes em busca de um conhecimento do todo, nem que, no entanto, o todo possa ser reduzido às partes que o compõem. Em contraposição, destaca a dinâmica e circularidade do conhecimento: que leve da parte ao todo e do todo às partes.

A proposta de Morin envolve um método que articule, de forma circular, os diversos campos do saber que deve, necessariamente, buscar contextualizar o conhecimento físico e biológico dentro de uma cultura, uma sociedade, na história da humanidade, o que possibilitaria a emergência de uma ciência transdisciplinar (de “circulação reflexiva”). A própria necessidade de atuação interdisciplinar na saúde pode ser atribuída à complexidade do fenômeno saúde-doença, o que é, por si só, um desafio, já que o trabalho em saúde é fragmentado, seguindo o princípio do contexto hospitalar (MENOSSI, 2004). A hiperespecialização na saúde impede uma visão global. Para a construção de um projeto comum seria preciso desconsiderar as especialidades, e esta integração ocorreria em função de um campo comum.

Segundo Morin (2002), “[...] se quisermos um conhecimento pertinente, precisamos reunir, contextualizar, globalizar nossas informações e nossos saberes, buscar, portanto, um conhecimento complexo (p.566)” O pensamento clássico, em decorrência das

compartimentalizações na busca por leis que regem os fenômenos que se busca explicar, impossibilita a contextualização dos conhecimentos.

O tema da complexidade no âmbito da assistência em saúde mental é tratado em artigo de Amarante (1992), no qual o autor destaca que o projeto de desinstitucionalização tem como seu verdadeiro objeto a ruptura com o paradigma clínico, tido como fundante das instituições psiquiátricas. Essa reflexão apóia-se na hipótese basagliana de que “[...] o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (AMARANTE, 1992, p.12). Esta complexidade poderia ser definida como:

[...] atitude dos saberes em procurar lidar com os objetos do conhecimento de forma completa, não compartimentalizada, com o objetivo de buscar compreender não as partes do objeto, mas a sua globalidade, a sua complexidade” [e que] “surge como uma tentativa de resistência e superação a um certo obscurantismo produzido pela ‘especialização’ dos saberes e pela dominação do conhecimento científico, de certo modo predominantemente positivista, na explicação do real. (AMARANTE, 1992, p 12-13)

Diferentemente dos pressupostos de décadas anteriores, baseados na especialização, a partir da década de 1990 ganham espaço na atenção à saúde mental os conceitos de *território*, de *diversificação na oferta de serviços* e de *complexidade na atenção* (ALVES, 2001). A partir da implementação do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família, a atenção na rede básica pode ocupar um papel fundamental na transformação do cuidado prestado aos portadores de transtornos mentais, caso se afirme como uma nova proposta de reorganização da atenção em saúde, caso busque “[...] compreender a dimensão social do cuidado, a inserção das redes sociais na atenção básica e vice-versa” (BRÊDA; AUGUSTO, 2001, p.473), de forma a contribuir com o atual debate sobre modelos assistenciais.

Da mesma forma, afirma Pitta (2001, s/p) que:

A passagem de uma estrutura de internação tradicional onde a privação da liberdade com suas práticas disciplinadoras e modeladoras das estratégias de cuidado, para *centros de atenção integrada em saúde mental*, ou *institutos* ou qualquer outro nome escolhido pelo conjunto de atores que o transformam, onde a visão da função manicomial unívoca é substituída por uma reestruturação das equipes que, a partir das características e necessidades das pessoas, suas famílias, suas redes de relações, constituam cuidados especializados em infância e adolescência, psicogeriatrics, álcool e drogas, transtornos graves, severos e persistentes, etc., oferecendo consultas e tratamentos ambulatoriais, intervenções familiares, cuidados intensivos de atenção diária em regime de hospital-dia, internação integral breve, com diagnose e terapêuticas compatíveis com os avanços científico- tecnológicos disponíveis, é o que se pretende numa estratégia de transição de um a outro modelo (PITTA, 2001, s/p).

A busca por caminhos de cuidado na saúde mental envolve algumas premissas (ALVES; GULJOR, 2004), como a *liberdade em negação ao isolamento*, pela compreensão que cuidar é investir na capacidade do sujeito para escolher e estabelecer suas próprias normatizações, com base em sua história de vida; a *integralidade em negação à seleção*, visto que cuidar envolve o projeto de vida do indivíduo e não apenas procedimentos utilizados para eliminar sintomas; *o enfrentamento do problema e do risco social*, que trazem em si a noção de desvantagem, versus o modelo tradicional centrado apenas no diagnóstico; a compreender cada situação em sua *singularidade*, tendo como objetivo promover a maior autonomia possível do sujeito e, por fim, a última premissa seria a necessidade do encaminhamento, pela complexidade das questões apresentadas, sem a compartimentalização do sujeito que sofre.

A integralidade poderia ser buscada por meio de acolhimento, vínculo e qualidade na atenção, segundo Silva Jr e Mascarenhas (2004). O *acolhimento* envolveria o acesso ao serviço de saúde, do ponto de vista geográfico e organizacional; a postura do profissional na relação com sua equipe, com o usuário e através da escuta; a técnica diz respeito ao trabalho realizado em equipe, à capacitação dos profissionais, à aquisição de tecnologias, saberes e práticas; e, por fim, a reorganização dos serviços através de projetos institucionais, supervisão e do processo de trabalho. O *vínculo* diz respeito aos seguintes componentes:

afetividade, continuidade e relação terapêutica. Quanto à *Qualidade de Atenção*, são fundamentais a conduta profissional e a relação profissional-paciente.

Xavier e Guimarães (2004) em seu estudo com profissionais de saúde destacam quatro binômios necessários para a compreensão ou efetivação do termo Integralidade. O primeiro, denominado Escuta/Tradução, delinea a necessidade de despir-se da armadura do aparato técnico científico e dispor-se a ouvir o outro, como forma de subsídio para ações que se traduzam num melhor atendimento, ao circular por outros campos do conhecimento e experiências. O segundo binômio, Negociação/Escuta, indica que a relação no interior das equipes deve servir para negociar verdades, saberes, sentidos, experiências e expectativas, e envolver a relação entre os diferentes serviços da rede pública e a participação da população. O terceiro binômio foi denominado como Polisssemia/Polifonia, sendo o primeiro referente ao reconhecimento de diversidade quanto às necessidades e práticas dos sujeitos e, por fim, o binômio Diálogo/Troca coloca em cena a necessidade de interação entre os profissionais de diferentes categorias e a desfragmentação do saber como forma de fortalecer o vínculo entre os atores.

A demanda por atenção à saúde implica em busca de cuidado, o que possibilita uma crítica de instituições, práticas e discursos em saúde. Esse cuidado que se busca ocorre menos no nível da atenção no sistema de saúde e dos procedimentos técnicos e mais na busca de ação integral, de significados e sentidos para compreensão da saúde como um direito do Ser. Esse Cuidado diz respeito a Tratar, Respeitar, Acolher, Atender o que sofre (e este sofrimento é fruto também da fragmentação social), ou seja, esse Cuidado diz respeito à Ação Integral = entre-relações de pessoas (usuários, profissionais e instituições), ou seja, oferecer um tratamento digno e respeitoso com qualidade, acolhimento e vínculo. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Pitta (2001, s/p), em texto referente à III Conferência Nacional de Saúde Mental, destaca que os serviços ou os nós da teia ou da rede de atenção deverão, por coerência, “[...] na dependência da cultura e das necessidades de cada lugar ou região, recebendo inclusive nomeação e características que mais sentido façam aos sistemas locais de cuidados” e que os lugares de cuidado devem ser espaços de singularidade e subjetivação, sendo fundamental:

[...] que o foco central do cuidado seja a pessoa, sua família, sua rede de relações, e para tal se faz necessário que a oferta de ações e serviços se localize em dispositivos comunitários, garantindo o direito de ir e vir, a circulação de usuários e profissionais nos diferentes níveis de intensidade do cuidado que esses usuários requeiram (PITTA, 2001, s/p).

A mudança na ótica das políticas públicas brasileiras de saúde mental têm propiciado, mesmo que lentamente, não apenas o reconhecimento da necessidade da inclusão do grupo familiar no atendimento e saúde mental, como ressaltou Pitta (2001), como também maiores possibilidades reais de manutenção do paciente junto à sua família. Se há algumas décadas a família encontrava-se excluída do tratamento psiquiátrico, sendo responsabilizada pela doença mental de um de seus membros, a posição atual da família no cuidado informal de usuários de saúde mental, possibilita tanto a economia dos investimentos públicos quanto implica na necessidade de compreensão de seu funcionamento, necessidades e anseios, devendo ser encarada como merecedora de atenção por parte das equipes de saúde (PEGORARO, 2002).

CAPÍTULO 2

PAPÉIS ATRIBUÍDOS À FAMÍLIA NA PRODUÇÃO DA LOUCURA

No percurso das diferentes formas de compreensão a respeito da loucura e dos diversos modos de assistência ao portador de sofrimento mental, conforme destacamos ao longo do capítulo anterior, algumas concepções sobre as relações entre o louco e sua família podem ser, a partir daí, identificadas.

As diversas formas de compreensão humana a respeito da loucura implicaram, ao longo da História, tanto na criação de diferentes formas tratar/lidar com o louco e de diferentes concepções acerca da relação do louco com sua família, considerando-se ou não participação deste grupo na gênese/manutenção desse quadro.

Deste modo, neste capítulo procuraremos identificar os diferentes papéis atribuídos às famílias na produção da loucura

2.1 A família sai de cena: é preciso isolar para tratar

Segundo Resende (1990), no período Antigo, a loucura era uma questão de foro privado, e não havia, portanto, intervenção do poder público. Havia, porém, exceção em casos onde um dos cônjuges enlouquecia ou se curava, o que permitia anulação ou validação do casamento, bem como para proteção da propriedade daquele tido como louco. As famílias abastadas da Grécia e Roma Antigas contratavam auxiliares para manterem seus loucos em casa.

Ao longo de todo o período pré-capitalista europeu, a família era a instituição responsável pelos cuidados daqueles considerados loucos (CASTEL, 1978 apud ROSA, 2003). O tema tornava-se de interesse ou de responsabilidade pública apenas na ausência/falta da família ou na impossibilidade da família em exercer controle sobre o louco.

Com o fim do campesinato, e a instalação de uma nova ordem social, pautada pelos valores burgueses, sob a ótica Iluminista e do modo de produção capitalista, a loucura foi aos poucos tornando-se um problema social. Os loucos e a loucura passaram a ser varridos da cena social, por meio do confinamento nas santas casas e hospitais gerais, por colocarem “ [...] em xeque o princípio essencial da sociedade burguesa, a razão” (ROSA, 2003, p.44). Por não partilhar da racionalidade burguesa, os loucos permaneciam à margem da sociedade, o que contribuía para a legitimação da exclusão e da segregação praticada pelo Estado. Este, através da Psiquiatria, passou a tutelar o louco transformado em doente mental, cujo destino passava a ser a instituição asilar. Segundo Rosa (2003, p.49):

Com a exclusão social do louco do meio social, por intermédio da internação psiquiátrica e com a mudança de seu estatuto para “doente mental”, uma outra relação se constrói entre o louco e sua família, diferente das sociedades pré-capitalistas, em que o louco era uma questão da alçada de sua família.

Além disso, desde suas origens, o asilo “[...] tornou-se espaço predominantemente destinado aos loucos pobres ou empobrecidos, especialmente aos sem família.” (ROSA, 2003, p.46) O meio, principalmente o ambiente familiar, era tido em grande medida como o responsável pela perda da razão, sendo necessária a inserção da autoridade e da disciplina médica que, de forma pedagógica, possibilitariam um resgate ou retomada da razão pelo dito ‘alienado’. Desta forma:

O saber alienista, que tinha um projeto para a sociedade mais ampla, vai penetrar nos meandros familiares e influenciar sua organização interna a partir da abordagem do louco. Nesse sentido, o alienismo implementa uma abordagem pedagógica para com a família (ROSA, 2003, p.50).

Segundo Rosa (2003), a relação entre a família e o louco é tanto um problema social do período como uma questão teórica. Neste contexto, o “isolamento terapêutico” do louco, praticado pela Psiquiatria Moral, partia de dois pressupostos referentes diretamente à família. Por um lado, considerava-se necessário separar o doente para proteger sua família das influências negativas do mesmo, como a indisciplina e desordem moral, sendo as crianças, adolescentes e mulheres jovens considerados os mais vulneráveis do grupo.

Num outro sentido, mas resultando em prática semelhante, admitia-se que a família teria influências negativas frente ao doente, seja no desencadeamento do quadro, seja na evolução do mesmo; sob este ponto-de-vista a família era tida como uma fonte de desequilíbrios que poderiam implicar em perda da razão (MELMAN, 2002), e o conflito entre impulsos e vontade, cerne da concepção de loucura neste período, poderia ser estimulado no seio familiar (ROSA, 2003).

Segundo Birman (1978), a alienação provocada pela permanência junto à família poderia ocorrer em dois momentos diferentes, ou seja, a) na história pessoal ou no tempo presente e b) no tempo estruturante da enfermidade mental. O primeiro caso diz respeito à vida cotidiana, situação em que a família falhava na função disciplinar, cedendo aos “caprichos” impostos pelo louco, às suas necessidades impulsivas. No segundo caso, o

envolvimento da família implicava nas condições de emergência da enfermidade mental, através da desregulação dos afetos. Frente a estas duas situações, o isolamento proposto pela psiquiatria serviria para a colocação dos limites necessários à restrição dos impulsos, ação da qual a família, fraca em seu poder controlador-disciplinar, não conseguia encarregar-se. A este respeito, Rosa (2003) destaca que:

Com o asilamento do louco e com a apropriação de sua condição pelo “modelo médico”, que visava obter sua cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agentes estatais, encarregados da cura, da custódia e da assistência (ROSA, 2003, p.52).

A ruptura com o meio sócio-cultural-familiar do louco traria, assim, a possibilidade de uma ação pedagógica ou educativa para o controle de seus impulsos, enquanto a família aguardaria recebê-lo recuperado (ROSA, 2003) e:

Tendo por preocupação principal a educação fornecida pelos pais, o discurso psiquiátrico alienista visa constituir uma nova moral para regular as relações familiares e os relacionamentos amorosos, exatamente porque a causa da alienação se situa no desregramento moral (ROSA, 2003, p.51).

Neste contexto, na relação da família com o louco, agora classificado como doente mental, passava a ser considerada a influência da hereditariedade, a partir da teoria da degenerescência de Morel, segundo a qual os desvios patológicos seriam transmitidos de forma hereditária ou adquiridos precocemente por diversas vias, tais quais intoxicações, alcoolismo, malária ou males congênitos (SILVA-FILHO, 1990). Outra forte influência para a consolidação da teoria moral foi a teoria preventivista da alienação elaborada por Esquirol, que indicava modelos ideais para a educação de filhos pelos pais, levando-se em consideração:

[...] os afetos pautados na ordem, na disciplina dos comportamentos, na disposição hierárquica dos membros da família, em uma evidente rede de relações que objetiva descrever a hierarquia da sociedade burguesa. No discurso psiquiátrico, a família figura como protótipo da sociedade circundante.

Desse modo, a psiquiatria estabelece as bases para a intervenção pedagógica na família, tendo por suporte a moral ou arguindo em nome da saúde humana e com a intenção de regular moralmente não só a família, mas a sociedade em geral. A vigilância moral, a partir do quadro familiar, é justificada pela função socializadora do grupo (ROSA, 2003, p.52).

2.2 Século XX: aos poucos a família volta à cena

O surgimento da Psiquiatria, a criação do tratamento moral e de hospitais especializados para o tratamento da loucura colocaram a figura do médico como intermediária entre a família e o louco. Ao longo do século XX, porém, a família passou a ser chamada para participar do tratamento oferecido ao louco e diferentes compreensões a respeito da relação entre família e loucura passam a vir à tona.

O século XX assistiu a diversos movimentos que incluíam a família na compreensão e/ou produção da doença mental de um de seus componentes. Um desses movimentos foi a psicanálise. Melman (2002) destaca que o próprio Freud não desenvolvera qualquer técnica de intervenção familiar, mas muitos autores, partindo de seus conceitos desenvolveram diferentes compreensões a respeito da forma como as relações familiares interferiam no aparecimento da doença mental.

A década de 1950 marca o aparecimento de novas formas de compreensão a respeito do papel da família na produção e/ou manutenção da loucura. Como já foi mencionado, este é o período onde fertilizam-se, na Europa e Estados Unidos, movimentos de reforma psiquiátrica, cada qual com sua concepção a respeito da importância da família na relação com o louco. O mesmo período é o berço dos estudos das Emoções Expressas e o conceito de sobrecarga daí derivado, das terapias familiares, que, em períodos

posteriores, ramifica-se em diversos segmentos, das concepções centradas na relação materna para a produção da loucura, como o consagrado conceito de mãe esquizofrenogênica, ou os estudos do grupo de Palo Alto na Califórnia, e ainda os estudos de Pichón, e outros autores, considerando a dinâmica do grupo familiar como um todo. Sem demarcar a sucessão temporal destes movimentos e teorias a respeito da família e sua relação com a loucura de um de seus componentes, ateremo-nos a descrever a compreensão de cada um deles sobre o tema (BASSIT, 1989; FÉRES-CARNEIRO, 1996; MELMAN, 2002; ROSA, 2003).

Segundo Bassit (1989), a psicanálise influenciou pesquisas e estudos que enfatizavam a relação mãe-filho, os relacionamentos interpessoais e a comunicação entre os componentes do grupo familiar. Após a segunda guerra mundial, as investigações que envolviam, sobretudo, o papel da mãe na produção da loucura começam a ganhar espaço. Na década de 1930 a psicanálise ganhou terreno na compreensão do desempenho escolar e do relacionamento entre as crianças, notadamente entre as camadas médias, o que, segundo Rosa (2003) pode ser relacionado à propagação de idéias do movimento de higiene mental que transcorria nos EUA, que procurava atingir a família por meio de informação e educação, divulgando regras preventivas e normalizadoras sobre a maneira ideal de educação de crianças pelos pais. Em meio à responsabilização da família pelas condutas infantis, seja do ponto de vista da má educação, seja da doença, a psiquiatria ia, aos poucos, identificando doenças ou disfunções na educação dos filhos, conduzidas pelos pais. Para Melman (2002):

Em linhas gerais, as intervenções psicanalíticas privilegiam a resolução de conflitos interpessoais a partir da elucidação das motivações inconscientes dos membros da família. A presença do terapeuta é dirigida à elucidação do significado inconsciente do funcionamento do grupo parental, examinando sua natureza, suas origens e o papel que desempenha na manutenção de um certo nível de estabilidade da estrutura (MELMAN, 2002, p.63).

Segundo Féres-Carneiro (1996) no início da década de 1950, o contato com a família não era recomendável na prática clínica. No entanto, no campo da pesquisa o trabalho com famílias possibilitou o surgimento de conceitos teóricos sobre a estrutura e a dinâmica familiares, notadamente realizados com pacientes esquizofrênicos. Um dos grupos que mais obteve destaque foi o de Gregory Bateson, em Palo Alto, na Califórnia, cuja publicação do ano de 1956 examinava as bases familiares da etiologia da esquizofrenia e indicava a necessidade de algumas condições para que uma situação de duplo-vínculo fosse estabelecida (BATENSON et al., 1956 apud FÉRES-CARNEIRO, 1996). Inicialmente, numa relação entre duas ou mais pessoas, uma delas seria denominada/identificada como vítima, e a experiência que permitiu essa identificação seria repetida, de modo a tornar-se uma experiência habitual. Cabia ao familiar não-vítima emitir uma comunicação negativa (ex: “não faça isso ou lhe castigarei”) que, em seguida, seria verbalmente negada (“faça, caso contrário lhe castigarei”), e novamente negada (“não faça”). A repetição de situações desse tipo causaria um colapso “[...] na capacidade do indivíduo de discriminar entre os tipos lógicos cada vez que se apresentar uma situação de duplo-vínculo” (FERES-CARNEIRO, 1996, p.89-90).

Os estudos de Palo Alto “[...] procuraram identificar os padrões de interação e de comunicação nos vínculos interpessoais estáveis” (MELMAN, 2002, p.69). O Duplo-Vínculo seria explicativo do desencadeamento da esquizofrenia, “[...] contribuindo ainda mais para responsabilizar os familiares, principalmente as mães” (MELMAN, 2002. p.70). Este conceito influenciou o aparecimento, na década de 1950, das Terapias Familiares, nos Estados Unidos. Segundo Rosa (2003), esta linha de pensamento compreendia que as famílias onde um dos componentes possuía transtorno psicológico como esquizofrenia, depressão ou problemas alimentares, apresentavam um quadro específico de

relacionamento, marcado por uma patologia familiar que se assemelhava à psicopatologia individual tradicional e:

Negando a visão linear fundada na relação causa-efeito, a terapia familiar abraçou a visão circular, em que a mútua influência dos processos interativos se interconectam e se alimentam reciprocamente, criando e recriando diversos padrões de relacionamento (ROSA, 2003, p.69).

Outras influências para o campo das terapias familiares foram o conceito de cisma marital/viés marital de Lidz (1974) introduzindo a noção de padrões de transmissão de irracionalidade na família, os conceitos de pseudomutualidade/cerca de elástico de Wynne et al. (1974 apud BASSIT, 1989), os conceitos de mãe superprotora, de David Levy, e de mãe esquizofrenogênica, de Frieda Fromm-Reichmann. Este último conceito busca explicar a etiologia da esquizofrenia frente à presença de uma mãe “[...] autoritária, dominadora, ambivalente, que seria complementada por um pai passivo, indiferente e ausente”(MELMAN, 2002, p.63).

Como as próprias denominações sugerem, a esquizofrenia, diagnóstico paradigmático para a psiquiatria, emerge como um produto da relação mãe-filho, sendo a conduta psicótica uma resposta do filho ao grupo familiar, sobretudo à mãe (ROSA, 2003, p.61).

Como destaca Sonenreich (1992), mães frias e indiferentes, mães muito presentes ou muito ausentes foram associadas à incidência de esquizofrenia nos filhos e:

Com maior requinte, falou-se do duplo-vínculo: a mãe que transmite ao filho, em estado de dependência completa, mensagens ambíguas, contraditórias. [...] A criança percebe a mentira, mas esse próprio fato torna-a uma criança má, que acusa a sua mãe de mentirosa. [...] Ver a verdade é causador de um mal tão grande quanto aquele provocado pelas mentiras da mãe, desmacaradas ou não. A única saída seria a desagregação, a esquizofrenia (SONENREICH, 1992, P. 266).

A família tornava-se, neste período, o status de agente patológico, sendo culpabilizada pela esquizofrenia, notadamente a partir das relações entre o filho, portador dessa patologia e sua mãe. Neste momento:

A família é vulnerabilizada e destituída de seus saberes sobre relacionamentos internos, sobretudo em relação à educação dos filhos. Os terapeutas tornam-se cada vez mais presentes, intermediando suas relações e conflitos, que se transformam em um saber de *expert* (ROSA, 2003, p.61).

A influência da psicanálise também esteve presente em autores que abordaram mais a patologia no grupo familiar, como Pichon-Rivière, na década de 1950 (ROSA, 2003). Segundo o autor é possível conceber o doente como porta-voz e depositário da patologia de todo o grupo familiar e, desta forma, a doença referia-se não apenas aquele identificado como doente, mas a todo o grupo. A incidência da doença sobre um dos componentes da família fundamentar-se-ia numa tentativa de preservação deste grupo da destruição, pois a doença afetaria aquele identificado como dinamicamente mais forte e que suportaria ser o depositário das ansiedades e das tensões grupais. Como tentativa de eliminar a doença, o grupo familiar utiliza mecanismos de segregação frente ao indivíduo mentalmente doente. O desencadeamento da psicose corresponderia à ruptura do equilíbrio familiar e emergência de tensões no grupo (PICHÓN-RIVIERE, 1986 a e b). A respeito das proposições de Pichón-Riviere (1986 a e b), Rosa (2003) destaca que:

Neste modelo, a família é culpabilizada pelo transtorno mental de forma mais amena e periférica, pois é engajada diretamente como paciente, ou seja, passa a ser sujeito direto da intervenção terapêutica, que se propõe a reestruturar suas relações e seus papéis, a fim de produzir saúde mental. O terapeuta assume o papel de agente de mudança no grupo familiar. E as famílias mais propensas à patologia seriam aquelas mais rígidas na sua estrutura e inflexíveis à mudança (ROSA, 2003, p.62).

Para Melman (2002) a compreensão do paciente como depositário-portador da patologia sofreu influência da teoria da cibernética. Alguns dos conceitos centrais para esta teoria são a Totalidade, a Retroalimentação e a Homeostase (MAUER; RESNIZKY, 1987; ORTIZ; TOSTES, 1992). O conceito de totalidade indicaria que a conduta de cada um dos membros da família dependeria e estaria relacionado a dos demais; logo, alterações em um dos componentes influenciaria o restante do grupo. Da mesma forma, o conceito de

retroalimentação explicitaria a tendência da conduta de um dos membros em afetar e ser afetada pelas condutas dos demais componentes do grupo. Por fim, segundo o conceito de homeostase as famílias, ao se reestruturarem, buscariam sempre um novo equilíbrio, e a evitação de crises seria uma constante em famílias perturbadas.

Para Bleger (s/d) a família funcionaria como um reservatório para a parte psicótica de todos os seus membros, isto é, para a parte menos diferenciada ou mais narcísica da personalidade de seus membros. Uma das características fundamentais dessas famílias seria o estabelecimento de uma simbiose (falta de diferenciação entre o eu e o não-eu) entre os componentes. O pedido de ajuda profissional envolveria a fantasia de retorno à estabilidade do grupo e ao modo de funcionamento anterior à doença. No entanto, lembra Bleger (s/d), as perturbações que ocorrem não dependem apenas da dinâmica intra-familiar, mas também extra-familiar e das relações entre ambas.

Essa linha de pensamento, dita sistêmica, pressupõe que se considere paciente e família como parte de uma totalidade, ou seja, que se entenda o grupo familiar como um sistema, conforme aponta Berenstein (1988), no qual os componentes estão divididos em dois subgrupos, o dos sadios, em contraposição ao indivíduo doente, e mantém, entre si, relações complementares (hostilidade-intimidade, cooperação-rivalidade), identificando o doente como o causador do desequilíbrio grupal.

Além da perspectiva sistêmica, que influenciou o aparecimento do complexo e heterogêneo campo das terapias familiares, outras se desenvolveram ao longo do tempo, como a escola estratégica, a estrutural, a de Milão e a construtivista (ROSA, 2003). Além destas escolas, vêm somando-se outras abordagens à perspectiva das terapias familiares, como a crítica feminista. Segundo esta perspectiva terapias familiares focariam o falocentrismo, sendo necessária a introdução do conceito de gênero para a compreensão dos desequilíbrios em casais.

É após a Segunda Guerra que surgem, no ocidente, a partir da metamorfose da psiquiatria em saúde mental e da construção do conceito de psiquiatria social, dois períodos que, segundo Birman e Costa (1994 apud ROSA, 2003) redimensionam o campo psiquiátrico através da promoção de saúde: a) as comunidades terapêuticas na Inglaterra e a psicoterapia institucional na França, e b) a psiquiatria de setor na França e a Psiquiatria Comunitária/Preventiva nos EUA.

A partir deste novo ponto-de-vista:

[...] todo o rendimento da intervenção terapêutica depende agora da incorporação, por parte do dispositivo institucional, das regras de relações sociais mais amplas, que aí são reinterpretadas e ensinadas ao doente que, por sua vez, deve internalizá-las, reeducando seus hábitos sociais (SILVA-FILHO, 1990, p.95).

Todavia, aqueles classificados como psicóticos apresentavam poucas respostas a este tipo de tratamento, mesmo com as teorias que os apresentavam como representantes de desajustes e tensões familiares. “Passava o próprio grupo familiar a ser objeto de intervenções terapêuticas muitas vezes mais que os próprios doentes” (SILVA-FILHO, 1990, p.96).

Após este período, na década de 1960, aparecem a Antipsiquiatria na Inglaterra e a Psiquiatria de Tradição Basagliana na Itália. Para a Antipsiquiatria, no hospital psiquiátrico seriam repetidas as situações que, no seio familiar, foram ou são enlouquecedoras para o paciente (COOPER, 1982 apud ROSA, 2003). A Antipsiquiatria deu voz ao portador de transtorno mental ao mesmo tempo em que reduziu a complexidade do fenômeno da loucura, colocando o doente como vítima de sua família (MELMAN, 2002; ROSA, 2003).

Já segundo o movimento iniciado por Basaglia, no hospital seria reproduzida a violência que o paciente viveria na família e/ou na sociedade (BASAGLIA, 1985 apud ROSA, 2003). Aos poucos e sob influência destes movimentos, a psiquiatria volta-se para o atendimento comunitário e, desta forma, novas formas de intervenção que englobam a

relação do paciente com sua família são considerados nas prática e na teoria desenvolvidas a partir de então (ROSA, 2003).

De acordo com Rosa (2003), a importância atribuída pelo alienismo à relação que entre a família e o portador de transtorno mental reaparece, sob óticas diversas, em correntes do campo psi e das ciências sociais após a segunda guerra mundial, momento em que:

[...] novamente um panorama de reforma das instituições de cuidados aos enfermos mentais se descortina pela Europa desenvolvida e, agora, também nos Estados Unidos. Passam a ser exigidas a dinamização da estrutura hospitalar e novas modalidades e condições de tratamento com vistas a uma eficácia maior na recuperação dos doentes, sobretudo na Europa ocidental, nesse momento carente de braços para o trabalho. Isto implica a formulação de uma política de “portas abertas” para minorar o isolamento do doente internado no hospício, e o “tratamento” dessa instituição para que seu espaço voltasse a ser um meio terapêutico, sendo criadas então as comunidades terapêuticas, onde se incentivam o trabalho em equipe e a formação de novos técnicos munidos dessa nova visão da prática psiquiátrica (SILVA-FILHO, 1990, p.94-95).

Após a Segunda Guerra Mundial surgiu, junto aos movimentos de Antipsiquiatria americana e inglesa, uma nova forma de compreender a relação entre família e doença mental. Para o grupo americano, sob a influência de Thomas Szasz, a família do doente mental seria um grupo que, em conluio, poderia tentar livrar-se deste componente pela internação (SZASZ, 1978). Já para o grupo inglês, a esquizofrenia poderia ser compreendida por meio de rígidas estruturas familiares que impediriam a individualização de um de seus membros (ROSA, 2003).

A partir das teorias familiares emergiu também como contribuição a noção de rede social, ou seja, teia de relações e interconexões nas quais estaria inserido o indivíduo e que poderia implicar em fator de promoção da saúde mental ou ao agravamento de um quadro. “Portanto, conhecer e ativar a rede social do portador de transtorno mental e de sua família permite acionar e criar recursos e potencialidades que podem agir como fator estimulador de saúde mental, fornecendo suporte social, afetivo e material.” (ROSA, 2003, p.74).

A relação entre as atitudes dos familiares e a evolução da doença mental deu origem, após a Segunda Grande Guerra, ao termo Emoções Expressas (EE), fator preditivo de recaídas/regudizações do quadro psiquiátrico. Índices altos de EE seriam indicativo de potencial de recaída por parte do paciente, sendo este índice medido através de comentários críticos, grau de hostilidade, hiperenvolvimento emocional da família frente ao doente (MONTAGNA, 1981; MELMAN, 1998).

O termo “sobrecarga familiar” (do inglês “family burden”) surgiu no bojo dos estudos sobre EE, referindo-se aos aspectos econômicos, físicos e emocionais a que encontrariam-se submetidos aqueles familiares que se encarregam do cuidado de um paciente psiquiátrico (MILES, 1992; MELMAN, 1998).

Segundo Pereira e Almeida (1999) a sobrecarga ou o peso da doença mental para a família é de difícil definição e pode ser atrelada ao conceito de ‘caregiving’, que os autores traduzem, de forma livre, como “relação de prestação de cuidados”. Desta forma, na relação entre aquele que presta cuidados de forma não remunerada e não antecipada em relação a outrem, aquele que recebe o cuidado por apresentar incapacidades de realizar “muitas das obrigações recíprocas próprias das relações interpessoais adultas” (PEREIRA; ALMEIDA, 1999, p.162), poderia estar presente a sobrecarga.

A sobrecarga familiar, sob o ponto-de-vista econômico, é colocada como resultado da freqüente dependência do paciente no custeio de medicação, tratamento, alimentação, vestuário e transporte, pela usual condição de improdutividade econômica do usuário de serviços de saúde mental, que permanece fora do mercado de trabalho, em virtude do aparecimento da doença ou mesmo nunca tendo sido nele inserido (MILES, 1992; MELMAN, 1998; PEGORARO, 2002). Além dos custeios cotidianos que o usuário requer, a família, em muitos casos, depara-se com dificuldades para manutenção de emprego, por alterações de horário ou faltas necessárias para o acompanhamento do doente. A família

pode ver-se frente à reorganização de seus horários para aumentar a renda, ou para a realização de tarefas para a manutenção do lar (limpeza, alimentação), implicando em sobrecarga física. Esta reorganização pode levar a um distanciamento da família de seu círculo de amigos, conhecidos, parentes, sendo restringido o tempo dedicado ao lazer, vulnerabilizando-a emocionalmente (CAMPOS, 1980; MILES, 1992; MELMAN, 1998). Os demais relacionamentos da família podem ficar prejudicados se ocorre uma sobrecarga no vínculo, com cobranças exigências do familiar para si e para o paciente de quem cuida: falta tempo e espaço para outros vínculos. Melman (1998) destaca que muitas vezes é o familiar mais envolvido com o cuidado aquele que menos suporta alterações advindas do aparecimento da doença mental, já que a cura é muitas vezes compreendida como retorno à situação anterior ao aparecimento da doença. Do ponto-de-vista emocional, a sobrecarga é evidenciada por meio de uma gama de sentimentos que a convivência com o usuário provoca, como culpa, raiva, insegurança, medo, ansiedade, solidão, e que podem ser gerados por comportamentos, por parte do paciente, com os quais a família não sabe lidar como silêncios longos, fala desordenada, imprevisibilidade no agir (MILES, 1992; ORTIZ; TOSTES, 1992). O contato do paciente com crianças e como explicar-lhes a doença também podem gerar sobrecarga (MILES, 1992).

Segundo Miles (1992) em alguns casos a doença mental pode ser encarada como fatalidade, mesmo em meio ao sofrimento desencadeado por ela, em outros a doença pode mesmo ser vista como um forma de trazer benefícios aos que prestam o cuidado, sendo o paciente visto como companhia, forma de aplacar a solidão.

Aos estudos a respeito da sobrecarga familiar relacionam-se aqueles que investigam a rede de apoio do familiar e/ou usuário. Se a rede de apoio é fechada, havendo proximidade entre parentes e amigos da família, e um maior controle social informal, é possível que haja mais disponibilidade de cuidar do membro doente (MILES, 1992).

Uma outra proposta sobre a relação estabelecida entre a família e o portador de sofrimento mental, ou em 'existência-sofrimento', é colocada pela tradição basagliana.

Segundo Rosa (2003):

Atualmente, o que é postulado, sobretudo a partir da influência da experiência basagliana, é o protagonismo da família, como parceira na organização das propostas de cuidado social, planejadora e sujeito dos serviços de saúde mental, nas pesquisas, na formação e capacitação de recursos humanos e nos projetos de trabalho, co-autora nas decisões e nas ações (ROSA, 2003, p.75).

Nascido sob influência das idéias basaglianas, o movimento de Reforma Psiquiátrica também coloca sua percepção a respeito da relação loucura-família, colocando a "cidadania" e a "atenção integral" como palavras-chave das ações em saúde mental. A atual relação entre família e serviços de saúde mental, atravessada pela compreensão dos últimos a respeito da família será discutida na próxima seção.

2.2.1 O cuidado formal ao cuidador informal: a inclusão das famílias na atenção psicossocial

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, "confinando-o" à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p.51).

Realizada em 2002, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), traz em seu relatório, a reafirmação de "[...] reorientação do modelo assistencial [para] garantir a humanização do sistema de saúde. E, também, promover a integração dos serviços de

saúde de forma a garantir assistência integral aos usuários de saúde mental” (BRASIL, 2002, p.27-28). Esta reorientação seria possível através de algumas propostas-chave, tais como:

- a) a “[...] ressignificação a idéia de internação, isto é, sua compreensão como *hospitalidade* diurna e noturna, que faz parte do projeto terapêutico do usuário” (p.27-28);
- b) a garantia do “[...] desenvolvimento de estratégias diversas de ofertas de serviços de saúde mental pautadas nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e dos serviços, para prestar cuidados e não apenas na identificação de “patologias” (p.28);
- c) a criação de espaços na comunidade, com foco interdisciplinar, para investir “[...] na saúde mental de crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com necessidades especiais” (p.28).

Essas propostas são indicativas de uma política de desinstitucionalização em saúde mental, que visa a superação do modelo asilar e, segundo o Relatório da III CNSM, tem como requisito a criação de uma rede substitutiva de cuidados, que respeite as necessidades de cada localidade e que se fundamente em dados epidemiológicos, “[...] enfocando atenção integral, território, acesso, gratuidade e intersetorialidade” (BRASIL, 2002, p.41), e “[...] exige a potencialização do papel dos familiares nos cuidados dos portadores de transtornos mentais” (p.37). A porta de entrada desta rede substitutiva de cuidados seriam as unidades básicas de saúde, por meio do Programa de Saúde da Família, e:

Para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24 h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e desinstitucionalização. Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade (BRASIL, 2002, p.38).

Por atuar com desinstitucionalização e enfatizar o vínculo, o modelo de assistência domiciliar adotado pelo PSF seria uma “[...] estratégia adequada para trabalhar a saúde mental na rede básica” (ROSA; LABATE, 2003, p.230), visto que as equipes atuam no cotidiano das comunidades, por meio de ações de promoção e educação em saúde na busca de melhoria das condições de vida. Neste sentido, Brêda e Augusto (2001, p.479) destacam que o profissional do PSF poderia realizar, dentro do contexto familiar, ações como:

[...] aconselhamentos, diálogo, oficinas de expressão, desenvolvimento de trabalhos grupais, não somente para prevenir doenças, mas para inventar e reinventar a prática da atenção em saúde. Para tanto, precisa ampliar as suas relações com a comunidade retratada em toda sua rede social. Valorizar os recursos de auto-ajuda e de ajuda mútua. Ampliar os referenciais de escuta e do atendimento não diretivo. Buscar em outros setores sociais ajuda para o que se sente impotente. Desenvolver seu poder criativo em todas as direções, não se restringindo à monotonia de um trabalho meramente instrumental.

Frente à permanência do doente no interior da família, subsidiada por potencializada/evidenciada pelas novas formas de atenção em saúde mental, aumenta a necessidade que seja revista a relação entre serviço, usuários e núcleos familiares e, como afirma Pereira (2003, p.73):

Os usuários desses novos serviços de assistência geralmente têm histórias de internações anteriores, e foram submetidos a outras formas de “tratamento”. As definições, os rótulos, os reducionismos, as linguagens técnicas longínquas e de difícil compreensão, as afirmações contraditórias e desencorajadoras, fazem parte de seus percursos vividos, levando usuários e seus familiares a um desentendimento a respeito da perturbação mental que, em sua essência, é complexa e incerta, inclusive para a ciência médica.

Uma atuação mais efetiva por parte das equipes frente à desinstitucionalização, requer, segundo Luis, Margiotte e Santos (1989) e Osinaga (1999) a obtenção de informações a respeito do problema emocional apresentado pelo usuário, bem como seu entorno, que envolve o meio sócio-econômico e cultural no qual se insere. Estas informações poderiam auxiliar na compreensão do quadro (fatores estruturais ou desencadeadores) que levou à ruptura do equilíbrio (MAUER; RESNIZKY, 1987). E ainda:

[...] é necessário conhecer melhor a pessoa portadora dessa doença, como também sua família; é preciso saber como desenvolvem sua compreensão e seus sentidos em relação à situação; é preciso conhecer o significado que dão às suas vidas, considerando aspectos culturais do processo saúde/doença, valores (como também incluir outras pessoas consideradas importantes para eles), crenças e práticas dos diferentes grupos sociais aos quais pertencem (OSINAGA, 1999, p.49).

É a abertura para escutar a família que possibilita descobrir qual sua necessidade de cuidado, bem como a percepção, por parte das equipes, que o sofrimento não localiza-se apenas no usuário. A aproximação do universo familiar permite intervenções neste contexto e possibilita, por parte dos profissionais, a busca pela compreensão do papel que o usuário desempenha neste grupo (CESARINO, 1989). As intervenções nas famílias podem auxiliar o grupo a gerir seu cotidiano, o que implicaria em diminuição do peso ou da responsabilidade, cooperação entre os membros (MELMAN, 1998), bem como permitiriam a aceitação, por parte da família, da loucura depositada em um de seus componentes (CESARINO, 1989).

A permanência em comunidade pode ser prejudicada pela dificuldade dos familiares em procurar o serviço de saúde mais adequado a cada caso, segundo Campos (1980), que acredita que as informações e orientações feitas aos familiares seriam insuficientes quanto à evolução da doença, o período de uso da medicação, a diferença entre remissão de sintomas e cura, e a vantagem em procurar ajuda profissional frente aos primeiros sinais de alterações no comportamento.

Para Campos (1986), na internação, mesmo que de modo temporário a família transfere a responsabilidade pelo indivíduo doente para a instituição. Sadisgursky (1997) identificou que a presença do doente em casa é preferida pelas famílias quando o mesmo não se encontra em crise ou em fase aguda e que o controle do comportamento (ausências de comportamentos indesejáveis) é associado ao uso de medicação psicotrópica. A internação é vista como solução em situações onde há recusa de medicação pelo paciente, em situações muito ansiogênicas para a família, como a percepção de que uma descompensação pode vir a ocorrer. Nestes casos, a busca pela internação pode estar relacionada a outra busca: da manutenção do equilíbrio ou da estrutura familiar.

Os valores e/ou representações que a família tem sobre o adoecimento mental resultam de um conjunto de fatores, como a história de vida e o contexto no qual esta família encontra-se inserido do ponto de vista cultural, social e religioso (LAWTON, 1989 apud MELMAN, 1998) e estes valores, por sua vez, influenciam uma possível sobrecarga, na maneira de lidar com a doença. Miles (1992) assinala que, em virtude do estigma que recae sobre a doença mental, três seriam as formas mais comumente encontradas de lidar com a mesma no contexto familiar, de forma consciente ou não, de forma combinada ou não. O autor apóia-se na obra de Goffman (1988) para estabelecer essas três formas. A primeira forma diz respeito ao *encobrimento* da doença feito pelos familiares, a segundo à *normalização*, numa tentativa de minimizar o problema e, por fim, a *dissociação*, pelo

isolamento da família frente ao abandono de situações de contato social. O estigma não diz respeito ao familiar em sofrimento mental; ao contrário, seria extensivo aos seus familiares, pois:

[...] quando o membro de uma família adquire uma condição estigmatizante, tal como a doença mental, as pessoas se tornam inseguras quanto ao que isso implica para o restante da família, inseguras quanto ao que isso significa para seus relacionamentos com os outros membros da família e confusas acerca de quais deveriam ser suas próprias atitudes (MILES, 1992, p.124).

O indivíduo sobre o qual recai um estigma é visto como diferente dos demais, ditos “normais” e algumas famílias podem reforçar o estigma por não acreditarem na capacidade do doente, avaliando-os sob uma ótica que privilegia a doença (ORTIZ; TOSTES, 1992).

Luis, Margiotte e Santos (1989) ao investigarem as impressões dos familiares e dos pacientes atendidos junto a um serviço de emergência psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, com as avaliações realizadas pelo enfermeiro especialista apontam que as percepções dos familiares e dos pacientes sobre episódios agudos ou de desequilíbrio mental não deve ser negligenciadas pelos profissionais, pois: permitem ao profissional avaliar o grau de crítica da realidade que familiares e usuários possuem e os conhecimentos sobre a doença, além de possibilitarem o manejo das informações recebidas na adaptação frente a nova situação, e esclarecimentos necessários.

Para Tsu (1993, p.69) as atuais condições de implementação de cuidados extra-hospitalares devem considerar as condições de vida da classe trabalhadora, “[...] penalizada duramente e sem condições de arcar com despesas básicas relativas à sobrevivência [...]” (p.69), pois sem a melhoria das condições concretas de existência, as experiências de desospitalização podem não funcionar, já que:

Sobrecarregada pelas dificuldades decorrentes da baixa renda, a família não suporta o convívio com a psicose, tanto devido a fatores de ordem emocional, como também por motivos financeiros ligados ao fato de ter de prover as necessidades de um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais (TSU, 1993, p.69).

Da mesma forma, Monteiro e Barroso (2000), através de estudo de caso com uma família de usuário de um Hospital-Dia do município de Fortaleza, destacam que a alimentação fornecida ao paciente em tratamento era vista como um ponto positivo do tratamento, por reduzir os gastos domésticos.

Outro relato de pesquisa realizada em Hospital-Dia é colocado por Contel e Villas-Boas (1999), no município paulista de Ribeirão Preto. O estudo foi desenvolvido por meio do registro de reuniões de um Grupo de Apoio para Familiares em tratamento e revelou que 80 % dos acompanhantes eram mulheres, especialmente mães, e uma preocupação recorrente ao longo dos encontros foi a como ocupar o tempo do paciente após a alta. Muitas vezes, tomar conhecimento do diagnóstico psiquiátrico é uma situação quase que insuportável para as famílias, que implica em constrangimento e preconceito. Além disso, ao relatar os problemas com os quais conviviam desde o aparecimento da doença, muitos familiares vivenciaram alívio ao perceberem que outras famílias encontravam-se em situação semelhante.

O atendimento a familiares em grupos abertos e/ou fechados, relatado por Medeiros, Chataignier e Silva Filho (1993) em Hospital Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro possibilitou aos autores a reflexão a respeito da necessidade da distinção entre códigos/ traços culturais e patologias. Os modelos explicativos do fenômeno da loucura e da possibilidade de cura diferem entre as camadas populares, atendidas nos serviços brasileiros, e os profissionais que os efetuam, pois “[...] as perturbações físico-morais do discurso popular se organizam em torno do valor do trabalho. A vergonha em ser “maluco” está na incapacidade para o trabalho, esbarra num conjunto de regras de moral cuja conseqüência é a vergonha” (p.450), além da possibilidade de se perder a consideração por parte dos outros”. Para Rosa (2003) as famílias, tanto quanto a psiquiatria, buscam uma etiologia orgânica para a doença mental e,

deste modo, é comum a solicitação de exames, como o eletroencefalograma, principalmente nas crises e internações iniciais.

O estudo de Ortiz e Tostes (1992) realizado no mesmo Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro apontou para mudanças que o atendimento grupal provocara em seus participantes, pois “[...] os familiares passaram a trocar idéias com mais liberdade, cooperação e amadurecimento [...] adquirindo um maior entendimento dos conflitos existentes no relacionamento familiar” (p.274).

O atendimento grupal a familiares de usuários da Unidade Psiquiátrica do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina foi estudado por Sucar, Reis e Pitta (1987), com o objetivo inicial de dar suporte aos participantes para que pudessem ter condições mesmo que mínimas de reorganização por parte do usuário e seus familiares frente à situação de internação. Neste primeiro momento do atendimento grupal:

Surgem sentimentos conflitantes de amor e ódio, querer cuidar e querer se ver livre daquele familiar, refletindo a culpa ou o alívio pela transferência dessa responsabilidade para outro grupo. É um momento em que os familiares podem começar a expressar e elaborar os conflitos que surgem em decorrência da situação de internação, permitindo assim maior aderência ao tratamento (SUCAR; REIS; PITTA, 1987, p.25).

No decorrer do atendimento, através da discussão sobre o significado da alta-terapêutica e o retorno às atividades cotidianas o objetivo era para facilitar o retorno ao lar, bem como garantir a continuidade do tratamento médico.

Oliveira e Loyola (2004) investigaram as famílias de clientes egressos da internação hospitalar do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) que tiveram duas ou mais internações em um período menor ou igual a 12 meses. A investigação, realizada nas residências dos participantes revelou que:

Estando em casa, supõe-se que o paciente divida o quarto com poucas pessoas, tenha horários para refeição, tenha roupa de cama limpa e passada, tenha acesso ao telefone e à televisão, coma diariamente, entre outros aspectos que caracterizam a casa como um suposto lugar de cuidado. [...] Na casa daquele sujeito, acompanhado por ela [enfermeira] na internação, não há cama, não há água, não há televisão, não há dinheiro, não há afeto. O habitat mostra, sem disfarce, o nível de renda e as ambições sociais de seus ocupantes. Tudo nele fala, sempre e muito. [...] Não se trata de indicar a condição sócio-econômica como fator determinante para o sujeito adoecer, mas observar como as condições adversas do ambiente podem influenciar no adoecimento (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004, p.220).

Apesar dos relatos acima, que consideraram a família como parte do tratamento de um de seus componentes, em muitos casos ela é colocada em segundo plano pelos serviços, servindo apenas como informante do histórico do paciente, para realizar visitas e para buscá-lo quando ocorrer a alta, ou seja, “[...] sua incorporação na abordagem do serviço é periférica, sobretudo por meio de visitas e reuniões nas quais predomina uma orientação diretiva em que a técnica da palestra e do aconselhamento com diferentes profissionais predomina” (ROSA, 2003, p.248-249).

O estudo de Rosa (2003) aponta para o predomínio da desinformação entre os familiares no momento da alta após a primeira internação psiquiátrica. Colocada num lugar passivo pelo serviço de saúde, que lhe promete a cura, a família é retratada como visita e, muitas vezes, classificada como inconveniente, em momentos em que questione ou faça queixas sobre o atendimento prestado. A pesquisa aponta também para uma alteração, provocada por reinternações, no modo como a família concebe e relaciona-se com o usuário. Surgem sentimentos de superproteção, infantilização e tutela. A dependência do usuário frente aos familiares ou mais especificamente ao seu cuidador pode ser parcial ou total, ou seja, pode ser identificada em ações da família com o intuito de impedir o usuário de trabalhar, de administrar seu próprio dinheiro, ou mesmo de ir a uma consulta ambulatorial, sendo, neste caso, representado por um familiar, o que, de acordo com Rosa (2003) representaria a dependência total do usuário.

Num serviço aberto, as famílias detêm a possibilidade de acompanhar as atividades cotidianas do usuário, bem como sua evolução clínica (ROSA, 2003). Pegoraro (2002), em entrevistas com cuidadores de usuários de um CAPS do interior paulista, observou que para alguns familiares este serviço era visto apenas como um meio de acesso a medicamento, mas em outros casos o espaço da reunião para familiares, que acontecia semanalmente, era fortemente valorizada como espaço de aproximação família-equipe. Do mesmo modo como as reuniões, as visitas domiciliares eram encaradas de forma positiva, por possibilitar um atendimento mais individualizado para cada caso. As atividades que os usuários desenvolviam no CAPS eram reconhecidas, por alguns familiares, como facilitadoras de mudança de comportamento de usuários, que envolviam maior autonomia e participação nas atividades de organização do lar.

Melman (2002) em pesquisa no CAPS Luís Cerqueira, na capital paulista, alertou para as dificuldades enfrentadas por familiares de pessoas mentalmente doentes e pelo pedido de ajuda que, de forma acolhedora, os serviços podem ouvir, para arquitetar formas de intervenção sem reforçar a culpa ou vitimizar esses familiares e:

Apesar dessas profundas transformações pelas quais a família está passando, uma grande parcela dos pais ainda vivencia muita insegurança no que diz respeito à formação e à educação dos filhos e, com frequência, os pais sentem-se culpados quando um filho adoece mentalmente (MELMAN, 2002, p.143).

A necessidade de encontrar um outro lugar para a família ao lidar com a loucura implica em rever o lugar ocupado pela psiquiatria. Segundo Melman (2002) família e psiquiatria “[...] foram atravessadas por estratégias e dispositivos de normatização vinculados ao nascimento e à consolidação do Estado Moderno, desenvolvidos para controlar e organizar o funcionamento dos indivíduos na sociedade” (p.144-145).

Outra realidade entre familiares que cuidam de portadores de sofrimento mental é o predomínio de mulheres responsáveis por homens mais jovens, no geral, com

esquizofrenia (GONÇALVES, 1999; PEREIRA; ALMEIDA, 1999; PEGORARO, 2002; ROSA, 2003). Estas mulheres, no geral, apresentam idades acima dos 65 anos (PEREIRA; ALMEIDA, 1999; PEGORARO; CALDANA, 2006), o que pode indicar uma associação entre o peso da doença mental de um familiar e o peso da própria idade. Neste cenário, encontramos, no cerne da família, a mulher, de camadas sociais populares, que cuida de um usuário de serviço de saúde mental. E o que ocorre nas situações onde, além de prestar cuidado a outros, a mulher também precisa receber cuidados, sendo ela própria usuária do serviço?

Segundo a revisão de Ricard, Bonin e Ezer (1999), as mulheres apresentam maior desgaste emocional que os homens quando em posição de cuidador informal, mesmo mediante o controle de variáveis como renda e educação. Os estudos analisados seriam inconclusivos e contraditórios quanto aos motivos que implicariam nesta diferença na percepção do cuidador a respeito da sobrecarga vivida, mas apontariam para a natureza do relacionamento ou vínculo entre cuidador e paciente (ser mãe, esposa ou irmã) como responsável por esta diferenciação, além da sobrecarga vivida pelo grupo familiar, a história e a severidade da doença, bem como a natureza do tratamento realizado.

A pesquisa de Ricard, Bonin e Ezer (1999) foi desenvolvida com acompanhantes de usuários de serviços abertos oferecidos por hospitais de Montreal, no Canadá, com idade entre 18 e 75 anos, e identificado pelo paciente como aquele que provê auxílio em caso de necessidade. Cerca de 75% dos cuidadores encontravam-se casados e 60% eram esposas de pacientes, com convívio acima de 10 anos para 56% do total. O estudo não descreve a natureza do vínculo entre cuidadores do sexo masculino e as pacientes. Os resultados apontaram que as mulheres percebiam mais sobrecarga subjetiva nas ações de cuidado dirigidas a indivíduos do que o sexo masculino. O investimento realizado pelas mulheres na tarefa de cuidar seria mais intenso, o que poderia ter conseqüências negativas para das

cuidadoras. Desta forma, os autores sugerem atenção particular às equipes que lidam com mulheres na tarefa de cuidado informal no campo da saúde mental.

Segundo Mays e Lund (1999) seria um estereótipo associar a imagem da mulher como principal cuidadora familiar, pois na realidade norte-americana, devido às alterações nos contextos familiares, têm aumentado a proporção de homens envolvidos em atividade de cuidado informal, um terço dos cuidadores deste país seriam homens, de acordo com os estudos desenvolvidos em meados da década de 1990 (BROWN; POWELL-COPE, 1993; GROSSER; VINE, 1991; KAYE; APPLGATE, 1990 apud MAYS; LUND, 1999). Os homens que exercem a função de cuidador informal apresentariam menos frustração neste papel, sendo tão comprometidos e flexíveis nas maneiras de prover cuidados a pessoas com sofrimento mental de longa data quanto às mulheres. Quanto maior o período de tempo a que de dedicam a esta tarefa, menor o stress que apresentariam.

CAPÍTULO 3

MULHER, LOUCURA E CUIDADO

[...] indagar a loucura das mulheres que ainda povoam os nossos manicômios pode ser uma ocasião para compreender não só a história de mulher, mas o problema da “loucura” como produto histórico social (FRANCA BASAGLIA, 1983, p.13).

Velha conhecida do Homem, a loucura esteve ligada a várias compreensões ao longo da História, sendo que a loucura feminina, em muitos momentos, foi associada à sexualidade. Alguns registros que remontam ao Egito Antigo, atribuíam ao interior do corpo da mulher uma condição de malignidade, pela presença do útero e às particularidades deste órgão, que, ao deslocar-se pelo corpo, produziria sintomas semelhantes aos atribuídos ao quadro atual de histeria, compreendido como um protótipo de loucura (VILELA, 1992). Outro fragmento da compreensão a respeito da loucura na Idade Antiga é colocado por Del Priori (1999), através do resgate da obra de Galeno, na qual a melancolia era associada aos vapores advindos do sangue menstrual, causador de alucinações.

Ao longo da Idade Média, muitas foram as mulheres classificadas como bruxas pelo Movimento Inquisitor. No geral pobres e de origem rural, as chamadas bruxas apresentavam condutas estranhas, algumas das quais quadros atualmente descritos como histeria, melancolia, mania, depressão ou ansiedade, permitindo-se traçar um elo entre mulheres e loucura neste período histórico. Sob a ótica do Movimento Inquisitor essas condutas seriam indicativos de possessão demoníaca.

Outras características das chamadas bruxas seriam suas competências ou poderes anormais para sua condição social dentro de suas comunidades. Muitas mulheres partilhavam de um conhecimento empírico, transmitido de geração a geração, que levou a Inquisição a crer que estavam possuídas ou mancomunadas com o demônio. Como ressalta Tosi (1985):

A bruxa, feiticeira ou “mulher sábia” conhecia as propriedades das ervas ou plantas com que preparava poções e unguentos reputados eficazes no tratamento de doenças tanto físicas quanto mentais. Assistia as mulheres no parto [...] e conhecia métodos abortivos e anticoncepcionais. Todo esse saber a convertia numa figura importante na comunidade rural a que pertencia (TOSI, 1985, p.42).

No entanto, não apenas a acusação da prática de bruxaria ou malefícios levava à rotulação da mulher como bruxa. Uma outra caracterização acontecia através da voluptuosidade, mediante acusações de transgressão à ordem moral, prática da prostituição, adultério e aborto (PESSOTTI, 1994). Tratava-se de mulheres que haviam perdido a possibilidade de se integrarem à sociedade pelo casamento, procriação, produção doméstica, convertendo-se em sobrecarga para a época.

Neste período histórico, portanto, ocorreu uma transição das explicações inspiradas na obra de Galeno, para uma explicação teleológica, vinda da Igreja, que relacionava os sintomas da melancolia à forças ocultas. A mulher era tida como objeto de manobras demoníacas. A perda do apetite, do sono, do interesse pelas atividades do cotidiano, até um furor amoroso que impelia a mulher a atos indecentes eram a forma de identificar a

melancolia, quadro este que permitiria à mulher ser atingida pela histeria e pela ninfomania. Era atribuído ao sangue mensal colocar mulheres doidas e furiosas, e considerava-se que beber o sangue de uma mulher menstruada poderia enlouquecer um ser humano (DEL PRIORI, 1999).

A caça às bruxas, segundo Vilela (1992), fortaleceu a associação entre mulheres e a loucura, ao livre exercício da sexualidade, a existência fora do casamento e a maternidade e de acordo com Tosi, cumpriu dois objetivos: o primeiro foi a eliminação das mulheres que praticavam a medicina empírica, e segundo, a disseminação do “[...] terror na população feminina, o que facilitaria sua normatização social” (TOSI, 1985, p.42).

Ao longo da Idade Moderna, difundiu-se pela Europa a relação traçada entre o útero e a regulação da saúde mental da mulher. Junto a isto corria a idéia de inferioridade da mulher frente ao homem, seja do ponto de vista físico, seja do ponto de vista mental, já que permanecia intimamente ligada a seus processos fisiológicos ou, nos termos de Del Priori (1999), permanecia escrava desta fisiologia, desta natureza própria, sob a ordem dos seus órgãos genitais. Nas palavras de Tosi (1985), o mistério da procriação e o caráter cíclico da fisiologia feminina aproximavam a mulher da natureza, ou tornavam-na mais informada dos seus segredos.

Entre o final do século XVII e o início do XVIII, houve o declínio da crença e do extermínio das bruxas, emergindo tanto a figura do médico na identificação da loucura, como a prática de internação nos grandes asilos, estabelecida como a base da psiquiatria nascente, disciplina que se propunha a investigar e tratar a loucura. Como já abordado anteriormente, a associação entre a visão psiquiátrica da loucura, compreendida como doença mental, e o modo capitalista de produção, permitiu a utilização de critérios de utilidade e produtividade dentro da sociedade, sendo a internação o destino de muitos indivíduos considerados incapazes para o trabalho ou desviantes sociais, como no caso de

mendigos, pobres de toda ordem e desempregados. No caso das mulheres, a internação envolvia aquelas que exerciam a função de prostituta ou filhas de artesãos e outros pobres, que tivessem sido ou corressem o risco de serem seduzidas (PESSOTTI, 1994).

Além da internação, outras formas de lidar com a saúde mental da mulher podem ser identificadas neste período. Oda e Dalgallarrondo (2000) trazem uma descrição destas formas a partir da publicação do ano de 1849 de autoria de Freital, segundo o qual o temperamento nervoso da mulher poderia ser responsabilizado por alterações dos estados de alegria a tristeza, vivacidade a melancolia. Devido a isso, os excessos deveriam ser evitados, de forma a não provocar alterações no sistema nervoso e, como tratamento, Freital recomendava a alimentação baseada em vegetais, passeio no campo, banhos, laxantes e sanguessugas.

A análise de teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre as últimas décadas do século XIX e início do século XX realizada por Rohden (2001 apud RAGO, 2002) indicou a relação entre órgãos genitais, sexualidade feminina e doença mental com os possíveis tratamentos existentes. Dentre os temas destas teses, que focavam a nascente medicina da mulher, estavam puberdade, menstruação, loucura, onanismo, ninfomania, neurastenia, prostituição, desejo, menopausa, histeria, casamento e amor. A puberdade era colocada como um período propício para o surgimento de várias doenças, dentre elas a histeria e a loucura, demandando cuidados especiais. Desta forma, as perturbações femininas tidas como prejudiciais poderiam ser tratadas pela medicina em asilos. Quanto à histeria, uma das doenças que mais significativamente atingiam as mulheres brasileiras, sua cura viria com o casamento (ROHDEN, 2001 apud RAGO, 2002).

Os estudos que focam a loucura em mulheres são escritos, segundo Garcia (1995), sob a ótica masculina, a exemplo de textos médicos e psiquiátricos. Poucos seriam os

estudos que permitem que se escute a mulher em situação de sofrimento mental. Garcia (1995), Cunha (1998) e Wadi (2002) distoam da prática mais usual ao darem oportunidade às vozes femininas, seja por meio de entrevistas, seja por meio de registros escritos, como cartas ou prontuários médicos. Garcia (1995) destaca ainda poesias elaboradas por mulheres que permitiriam antever seu estado de sofrimento psíquico.

Cunha (1998) realizou a leitura de “[...] milhares de prontuários psiquiátricos do hospício do Juquery entre 1895 e 1930” (p.14), em busca da opinião médica, bem como do registro da fala das pacientes ali internadas. Os prontuários de internas em pavilhões de indigentes caracterizavam-nas como “[...] mulheres pobres de imigrantes que mal conseguiam ainda falar a língua do país e de negras recém-egressas da escravidão e geralmente classificadas nas rubricas mais fortes da nosografia: idiotas, imbecis, degeneradas inferiores.” (p. 16). Ressalta-se o “[...] o aparente paradoxo de que o hospício tivesse proporcionalmente poucas negras, embora estas fossem consideradas, pelos cânones da psiquiatria da época, a escala mais profunda da degeneração, agregando os preconceitos de gênero, raça e classe” (p.16) e, desta forma, poucas palavras eram tidas como necessárias para que ocorresse a internação. Como ressalta Cunha (1998, p. 15) a respeito de um artigo do ano de 1911 elaborado por Franco da Rocha:

Ao contrário das brancas e de “boa” origem, observava Franco da Rocha, o fundador do Juquery, aquelas [negras ou pobres] enlouquecem em proporção maior que os homens da mesma condição. Tal dado seria explicado pela própria inferioridade feminina e oferecido como mais uma de suas provas empíricas: submetidas às condições de luta pela vida (ao contrário daquelas “protegidas” pela vida doméstica) as negras e pobres sucumbiriam mais facilmente à loucura, ao alcoolismo e ao vício.

A investigação realizada junto aos prontuários do Juquery implicou na observação da consideração de uma inferioridade “natural” como marca das histórias de mulheres em situação de internamento:

A inferioridade, inscrita diretamente no corpo das mulheres (todas as mulheres), lhes definiria um papel social subordinado a ser exercido na esfera da família - única para a qual estariam aptas. Daí o interesse quase exclusivo que os alienistas dedicavam às mulheres “de família”, criando a partir delas um padrão generalizável da mulher “sadia” e das condutas “normais”. Nesta medida, a loucura nas mulheres aparecerá, para as classes mais elevadas, como algo diverso e mais transgressivo do que nos homens. Para estes últimos, ela estará geralmente associada, na fala psiquiátrica, à ausência da razão, ao mau uso da liberdade, à privação dos sentidos, aos comportamentos estranhos ou “anti-sociais” que se manifestam no plano de sua presença pública - como trabalhadores ou cidadãos. Para as mulheres, ao contrário, é geralmente na esfera da vida privada, dominada pelas questões do corpo e da família, que a loucura é perseguida (CUNHA, 1998, p.15).

A respeito da inferioridade feminina, Cunha (1998) destaca a importância do relato paterno para a efetivação da internação e para o diagnóstico da loucura, quando na defesa de que “[...] mulheres que, podendo viver de acordo com as normas, se furtaram ao seu papel ‘natural’, que insistiram em viver suas escolhas, que não se conformaram ao papel que lhes era socialmente destinado” (CUNHA, 1998, p.15) e estavam destinadas à degeneração.

O discurso e a prática psiquiátrica em torno da mulher apontam para o reforço de certos papéis e estereótipos sociais garantidores da dominação de gênero associada à dominação de classe - o que significava atribuir diferentes papéis a diferentes mulheres e exigir que, silenciosamente, elas os cumprissem (CUNHA, 1998, p.17).

O gênero, neste contexto, pressupunha apenas uma forma orgânica e psicológica para diferenciar homens e mulheres, e desta forma, os alienistas terminavam por homogeneizar todas as mulheres, enquanto categoria biológica. “Por trás dos postulados médicos, no entanto, estava o estabelecimento de fronteiras entre universos de classe a partir de comportamentos necessariamente diversos de mulheres de diferentes origens e lugares sociais” (CUNHA, 1998, p.15).

“As mulheres de família”, como referiu-se Cunha (1998), casadas, ocupavam na sociedade brasileira ao final do século XIX o posto de mãe e dona-de-casa, para o qual haviam sido educadas. As mulheres brasileiras oriundas das camadas médias, até o início

do século XX, encontravam-se, contrariamente às norte-americanas e europeias, confinadas ao espaço doméstico, sendo sua identidade social dada apenas pelo papel exercido dentro da família (OLIVEIRA, 2002). O termo “domesticidade” é o que, segundo Oliveira (2002) mais precisamente poderia qualificar o universo das mulheres de camadas médias até a metade do século XX, pois neste período, “[...] as barreiras sociais eram fortes, fazendo com que a mulher não tivesse, via de regra, visibilidade no espaço público fora do casamento e da família (OLIVEIRA, 2002, p. 160).

As teorias de base feminista destacam o conceito de gênero como primordial para a compreensão da saúde mental da mulher e, sob este ponto-de-vista, o gênero feminino seria construído num processo de socialização em que os desejos e potencialidades da mulher seriam negados e reprimidos, impedindo o desenvolvimento de uma identidade própria e a realização social e pessoal da mulher. Os sintomas mentais seriam a expressão de que existe um conflito instalado entre o desejo feminino e a possibilidade de que ele seja satisfeito. Desta forma, as mulheres enlouquecidas estariam expostas a duas formas de exclusão social: uma pela subordinação do gênero feminino perante o masculino, imposta pela ótica da sociedade patriarcal, e outra, caracterizada pelo isolamento freqüente do portador de sofrimento mental, devido ao estigma associado à doença mental (VILELA, 1992).

No início do século XX há registros, em nosso país, sobre a participação feminina no mercado de trabalho na área industrial e burocrática, principalmente de mulheres solteiras e jovens, bem como em atividades informais, as quais permitiam a conciliação entre a obtenção de uma fonte de renda e a execução de atividades domésticas (SAMARA, 2002).

Apesar desta inserção de mulheres solteiras no mercado de trabalho formal, o Código Civil de 1916 colocava a mulher casada ainda como incapacitada, sendo-lhe

possível liderar a família apenas na ausência do cônjuge (SAMARA, 2002), mas na vida cotidiana, eram as mulheres que, no geral, chefiavam domicílios de pessoas pobres, sendo auxiliadas por crianças, adultos e agregados para complementar a renda familiar. A essas mulheres cabia a organização das tarefas executadas no lar, o gerenciamento de pequenos negócios e o controle da família, diferentemente do modelo patriarcal (DIAS, 1984 apud SAMARA, 2002).

Os prontuários de mulheres internadas no Juquery estudados por Cunha (1998) revelaram mulheres cuja internação fora precipitada pela independência financeira e pela recusa ao casamento. Inserida numa lógica em que esperava-se da mulher que fosse boa esposa, boa mãe e cuidasse do lar, a prática do celibato era vista como um sintoma, “[...] ou por vezes como a origem de um mal maior e sempre incurável: ele às vezes as levava à loucura, mas sempre produziria infelicidade e frustração e estaria na origem dos muitos casos de histeria que enchiam os pavilhões de internas pagantes” (CUNHA, 1998, p.15).

A laborterapia estava presente no Juquery no começo do século XX e previa o trabalho obrigatório para cura e controle dos internos não pagantes:

Assim, para os homens perturbados pela turbulência das cidades, o trabalho do campo; para as mulheres, qualquer que fosse sua procedência ou experiência anterior de trabalho, as atividades da agulha, do fogão, dos baldes e vassouras em um simulacro de lar coletivo, capaz de trazê-las de volta à normalidade projetada na figura feminina sob a forma da domesticação (CUNHA, 1998, p.2-3).

Se havia a hipótese de que trabalho em excesso poderia levar ao adoecimento mental da mulher, o mesmo não poderia ser relacionado às negras internas, vistas como seres de “uma natureza mais animal que humana” e “freqüentemente tomadas também como objetos de uso sexual para os senhores”. “Nenhuma delas, com certeza, seria internada por trabalhar demais e poucos se dariam ao trabalho de perguntar sobre suas relações familiares, sexualidade ou estado civil” (CUNHA, 1998, p.17), visto que:

[...] na prática, os alienistas dedicaram bem pouca atenção a estas “loucas” [negras e pobres], que não mereceram maior interesse científico no interior da vida asilar. Sua dupla inferioridade as tornava quase candidatas naturais e irrecuperáveis à loucura e ao silêncio imposto dos dormitórios coletivos (CUNHA, 1998, p.17).

Também datado do início do século XX, o caso estudado por Wadi (2002), retrata uma mulher internada em hospital psiquiátrico no Rio Grande do Sul após ter afogado a filha de menos de dois anos de vida, como havia, por várias vezes, prometido à família que o faria. O estudo foi elaborado a partir dos registros em prontuário, do processo judicial e de três cartas elaboradas pela protagonista, a quem se atribuiu o nome de Pierina, destinadas aos médicos e à família, em tentativa de explicar seus atos, argumentando não ser louca, mas uma criminosa, e acreditar que seu destino não deveria ter sido o hospital psiquiátrico, mas a cadeia, para pagar pelo crime cometido. A autora discute que Pierina era uma mulher com boa leitura e escrita, o que a fazia destacar-se à época, bem como alguém insatisfeita com a vida miserável que a família levava, apesar do trabalho incansável na terra. Pierina, que não desejava o mesmo destino miserável aos filhos, teria relutado em tê-los. Proporcionando um diálogo entre seu material de análise e as discussões realizadas por Cunha (1998), Wadi (2002) associa a hospitalização de Pierina, tal qual a de outras estudadas no Juquery, com a inadequação da mulher ao espaço silencioso que a sociedade, então, lhe destinava. As insatisfações e queixas terminaram por se calar dentro da opressão do manicômio.

Sob a guarda familiar até o casamento, para que a virgindade fosse preservada, e disponível para renunciar a estudos ou trabalho em caso de necessidade, a mulher era vista, neste momento histórico, como um ser frágil, ingênuo e influenciável. Da moça, a família esperava que desenvolvesse características desejáveis para contrair casamento que, em realidade, era arranjado pelo grupo familiar. Desta forma, as mulheres deveriam ser capazes de ocuparem-se dos seus maridos, filhos, pais, sogros, e seu lugar de destino era o

lar, mesmo para aquelas que continuavam os estudos após o domínio das primeiras letras, em ambiente familiar (BIASOLI-ALVES, 2000).

O estudo efetuado por Gastal et al. (2006) em um hospital psiquiátrico localizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, revelou o perfil das mulheres em primeira internação entre 1931 e 2000, num total de 9629 casos. Durante as sete décadas avaliadas pelo estudo, a faixa etária mais freqüente de mulheres em primeira internação naquela instituição foi de 26 a 45 anos (48%), com concentração na faixa de 26 a 35 anos, com 26% do total de internações. Com o passar do tempo houve ampliação da idade máxima apresentada pelas internas: se na década de 1930 não houve registro de mulheres com idade superior a 66 anos, na década de 1990 mulheres com mais de 66 anos correspondiam a cerca de 7% do total.

O perfil desenhado das internas no hospital psiquiátrico em Pelotas revelou que predominaram as mulheres casadas (45%) durante todo o período, no entanto, na década de 1990 a proporção de solteiras superou o número de casadas, perfazendo 55% contra 40% aproximadamente. Além disso, o número de mulheres separadas aumentou ao longo das décadas estudadas (GASTAL et al., 2006).

Com relação à inserção no mercado de trabalho, entre 1930 e 1960 cerca de 97% das internas encontrava-se fora da População Economicamente Ativa (PEA). A década de 1960 marca o início do crescimento da participação dessas mulheres no mercado de trabalho, notadamente no setor industrial, chegando a 20% na década de 1970, contra menos de 1% registrado na década de 1960. Atrelados à participação no mercado de trabalho encontram-se os dados relativos à classe social. Cerca de 87% das internações

referia-se a mulheres pertencentes ao subproletariado¹, mas em contrapartida, ao longo da décadas houve aumento do proletariado².

Por fim, o estudo delimitou os quadros psiquiátricos mais freqüentemente averiguados naquela instituição ao longo dos anos, com predomínio de internações por transtornos afetivos e psicoses esquizofrênicas, respectivamente responsáveis por 29 e 25% das internações (GASTAL et al., 2006).

O estudo de Gastal et al (2006) não avalia a escolaridade das mulheres internadas em Pelotas. A variável não foi incluída no estudo e os autores não fazem qualquer menção à sua ausência, permitindo a hipótese de que o dado não se encontrava disponível nos registros consultados ou que não foi, pelos autores, considerada relevante para ser descrita.

Como lembra Biasoli-Alves (2000), a abertura para a escolarização feminina no país ocorreu entre as décadas de 1930 e 1950, e mesmo assim, os estudos poderiam ser interrompidos caso fosse necessário que a moça auxiliasse nas tarefas da casa ou quando se aproximasse o casamento. Esta interrupção, que a autora denomina de “comportamento de renúncia”, era repetida ainda mediante um emprego, caso houvesse necessidade de cuidar dos pais ou dos filhos. A escolarização feminina permitia a transmissão de valores também presentes na educação recebida em ambiente familiar, como respeito, obediência, submissão, pureza, capacidade de doação e habilidades manuais, tidos como características fundamentais à mulher e que, na primeira metade do século XX podia ser reproduzido no exercício de atividades profissionais, como o magistério, carreira que revelava naqueles que o executavam características desejáveis ao sexo feminino (BIASOLI-ALVES, 2000).

¹ A definição adotada para subproletariado envolvia assalariados, autônomos (empregados ou não), ambulantes, construção civil, empregados domésticos, trabalhadores rurais.

² Por proletariado, os autores englobaram empregados na indústria, comércio de mercadorias, serviços, transporte, administração pública)

A ampliação de ofertas para a escolarização feminina permitiu, ao longo do século XX, a inserção da mulher, sobretudo originária de camadas médias e superior da sociedade, em atividades antes não registradas, como a Física, Direito, Farmácia, Medicina, Arquitetura, além da área pública (HAHNER, 1990 apud SAMARA, 2002). Se nos cursos superiores, até o ano de 1930, a presença de mulheres era ínfima, a participação feminina com trabalho não qualificado, na indústria têxtil, não pode ser considerada tímida, tendo em vista que grande parte da mão de obra era, então, formada por mulheres (SAMARA, 2002).

A década de 1970 marca o aumento do número de mulheres com maior escolaridade e pertencentes às camadas médias e alta com acesso ao mercado de trabalho, o que possibilitou o questionamento de sua situação de domesticidade (OLIVEIRA, 2002), da vinculação da identidade feminina ao domínio privado, parte dos ideais pregados pela Igreja Católica, no qual a submissão da mulher em relação ao homem era tida como natural. A partir deste período, o espaço privado vai, aos poucos, deixando de ser tão primordial para a identidade feminina, que por meio do aumento da escolaridade e da inserção no mercado de trabalho formal ganha outra visibilidade e:

O modelo da família tradicional de classe média brasileira, que consagrava uma divisão clara de papéis, em que geralmente o homem se envolvia com o trabalho remunerado, enquanto a mulher dedicava-se aos afazeres da vida familiar, incluindo a administração da casa e os cuidados com os filhos, passa a não ser mais tão comum em nossa realidade como no século XIX e início do século XX (FLECK; WAGNER, 2003, p.31).

A multiplicidade de papéis assumidos pela mulher, fruto de sua inserção no mercado de trabalho ao longo do século XX, segundo Fleck e Wagner (2003) trouxe repercussões na dinâmica familiar, conjugal e na educação da prole. “Nesse sentido, talvez um dos aspectos mais desafiantes a ser mencionado envolva a necessidade de essas mulheres conciliarem as funções familiares – como a criação e educação dos filhos - com as acadêmicas e profissionais” (FLECK; WAGNER, 2003, p.32). A realização de muitas

mulheres faz-se, hoje, para além da maternidade, pois a preocupação e o investimento no campo profissional para construção de uma carreira sólida tornam-se cada vez mais presentes. O crescimento profissional é apontado como um dos pilares para o sucesso pessoal.

Em decorrência das transformações no papel e na identidade feminina, o tipo de família assentado na divisão dos papéis sexuais (homem provedor e mulher-dona-de-casa) entrou em crise a partir das três últimas décadas do século XX. Atualmente, já não ocorre mais a separação entre as esferas pública e privada na vida da maior parte das mulheres. Elas estão cada vez mais integradas ao espaço público na qualidade de trabalhadora extradomiciliar, de co-provedora ou de provedora do grupo familiar. A crise verificada nesse tipo de família correspondeu, em grande medida, à rápida e profunda mudança cultural levada a efeito nas sociedades capitalistas contemporâneas (OLIVEIRA, 2002, p.160).

Se nas classes privilegiadas, o ingresso em uma carreira profissional gerou transformações em papéis e funções tradicionalmente atribuídos a homens e a mulheres, “[...] pouco tem sido relatado a respeito das peculiaridades estruturais das famílias em que a mulher representa a principal fonte de renda” (FLECK; WAGNER, 2003, p.32), ou seja, nas camadas menos favorecidas da população. Na medida em que há novos papéis desempenhados pela mulher dentro do grupo familiar, o tema torna-se de importância para investigação.

Os dados do IBGE do ano de 2001, expressivos da situação atual, apontam que, no Brasil, 27,5% dos lares contavam com a mulher como a maior referência familiar, em termos de suporte financeiro (IBGE, 2001 apud FLECK; WAGNER, 2003). A pobreza foi um fator importante para o ingresso da mulher no mercado de trabalho, principalmente na década de 1970, mas outros também podem ser apontados, como a diminuição do número de filhos e o aumento da escolaridade, desejo de auto-realização e independência

econômica, desejo de consumo mais diversificado. Para os autores Gazzola e Azambuja (2000), diferentemente da posição de Oliveira (2002), a entrada da mulher no mercado de trabalho não representou ameaça à família ou à propriedade porque fundamentalmente ela continua a ser vista e definida em primeiro lugar como mãe, mesmo frente à crescente profissionalização da mulher burguesa, vista mais como necessidade apresentada pelo mercado de trabalho do que como um direito. Por ser uma necessidade e não uma escolha a realização de trabalho remunerado não alterou a compreensão da mulher como esposa e mãe e sua vinculação ao espaço doméstico (GAZZOLA; AZAMBUJA, 2000).

Puderam ser observadas alterações no direito de ir-e-vir da mulher, na escolha do parceiro para o casamento, no aumento de separações nas duas últimas décadas do século XX e no aumento das uniões formais, cujo casamento civil tende a ocorrer apenas com o nascimento do primeiro filho. Frente às pressões econômicas da modernidade e as perspectivas quanto ao trabalho feminino, a submissão, os limites rígidos nos grupos sociais e as possibilidades de escolha profissionais foram alterados, e a mulher mesmo com atividades extra-lar ainda hoje mantém-se como responsável pelo funcionamento da casa, pelos bem-estar de filhos e do marido (BIASOLI-ALVES, 2000).

Os estudos sobre as alterações no papel da mulher ao longo do século XX, contudo, centram-se em camadas médias de nossa sociedade, deixando de lado características importantes do que Goldani (1993) destaca, de forma sintética, como o “modelo” encontrado nas camadas populares, isto é, população que reside em centros urbanos, com precárias condições de vida, renda reduzida, moradia e transporte precários, atendimento médico e saneamento básico deficientes (ROMANELLI, 1997). Para esta parcela da população, Sarti (1996) utiliza a expressão geral “pobres”. O modelo de tais camadas traz o homem como chefe de família e provedor do sustento do grupo através do trabalho que exerce, ou seja, como intermediário entre a família e o mundo, e que zela pela

respeitabilidade da família (GOLDANI, 1993; ROMANELLI, 1997). Já a mulher de camada popular pode ser definida pelo trinômio “mãe/esposa/dona-de-casa” (SARTI, 1996) e ocupa-se de trabalhos domésticos. Em meio aos salários insuficientes, à instabilidade no emprego, da presença de pessoas idosas, aposentados, doentes e incapacitados para o trabalho, a sobrevivência nas famílias de camadas populares é viabilizada, muitas vezes, pela inserção feminina e infantil no mercado de trabalho, com a complementação de renda ou de “práticas de solidariedade” desenvolvidas pela rede de relações pessoais (BASTOS, 1994), ou seja, do suporte de pessoas externas ao círculo familiar para a sobrevivência e satisfação de certas necessidades do cotidiano (ROMANELLI, 1997), incluindo-se o auxílio no cuidado com os filhos. É a somatória de rendimentos monetários individuais de trabalho assalariado, trabalho autônomo e rendimentos não-monetários, como serviços domésticos, públicos ou privados em caráter assistencial, auxílio de parentes, amigos e vizinhos, que torna possível a sobrevivência de muitas destas famílias (ROMANELLI, 1997).

A entrada da esposa no mercado de trabalho é adiada até o último instante, mesmo sob a ameaça iminente de perda de emprego e dos baixos salários que assola esta parcela da população. Frente à diminuição da renda familiar, são as filhas que ingressam no mercado formal ou informal, complementando os ganhos do grupo familiar. Nos muitos casos em que atua fora do ambiente de seu lar, as mulheres recebem baixa remuneração e ainda sentem-se realizadas na conversão deste valor em roupas e alimentos para os filhos. (ROMANELLI, 1997).

A nova identidade experimentada por mulheres de camadas médias que extrapolavam os papéis de mãe e esposa, vinculando-as também ao de trabalhadora, teve e tem impacto sobre a organização familiar, antes dominada pela ética do provedor (OLIVEIRA, 2002). O trabalho extra-doméstico, até então restrito ao cotidiano masculino,

por ser incorporado à rotina de muitas mulheres, implicou em um novo cenário, o da conciliação do binômio casa-trabalho. O ingresso da mulher no mercado de trabalho levou à ampliação no número de estudos nacionais e internacionais acerca do impacto da “multiplicidade de papéis” para a saúde tanto física quanto mental.

Estudos desenvolvidos no Brasil que abordam o impacto da multiplicidade de papéis para a saúde mental da mulher, como as pesquisas de Vilela (1992), Ludermir (2000), Possati e Dias (2002), Dytz, Lima e Rocha (2003), Carvalho e Dimenstein (2004) e ainda Araújo, Pinho e Almeida (2005) contrapõem a mulher que exerce unicamente o papel de dona-de-casa e aquela que, além de desempenhar tal papel, também exerce trabalho remunerado fora do ambiente doméstico.

A dona-de-casa estaria mais vulnerável ao isolamento, solidão e sentimento de desvalorização. Somado a isso, a monotonia e desvalorização das tarefas desempenhadas no lar permitiria o aparecimento de estresse, depressão (LUDERMIR, 2000; POSSATI; DIAS, 2002; DYTZ; LIMA; ROCHA, 2003), e, a partir disso, estaria associada à mulher inserida no mercado formal ou informal de trabalho condições mais favoráveis para a manutenção de sua saúde mental.

A Teoria dos Múltiplos Papéis aponta para a existência de outras perspectivas de vida para a mulher inserida no mercado de trabalho. Se, por um lado, a sobrecarga no desempenho de múltiplos papéis pode gerar desconforto e um impacto negativo na saúde mental da mulher, favorecendo o aparecimento de distress, por outro, notadamente para mulheres de camadas mais desfavorecidas, o desempenho de atividade remunerada tem um importante efeito positivo à medida que permite que seu “esforço” seja transformado em bens de uso de sua família, em especial uso de seus filhos, como roupas ou outros itens básicos. Deste modo, ao desconforto causado pelas múltiplas obrigações estaria

sobreposto o privilégio e a recompensa por reverter a atividade remunerada em favor dos filhos (POSSATTI; DIAS, 2002).

Araújo, Pinho e Almeida (2005) avaliaram fatores associados à prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em 2055 mulheres residentes em Feira de Santana, na Bahia, considerando-se a inserção da mulher em atividades domésticas (tipo de atividade realizada pela mulher, grau de responsabilidade associado às tarefas, frequência semanal, apoio na execução das tarefas). A avaliação dos TMC ocorreu através da aplicação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e foram colhidos dados sócio-demográficos através de instrumento próprio. Cerca de 40% (F=811) das entrevistadas apresentava algum tipo de TMC, sendo predominantes sintomas relativos a “Humor depressivo/ansioso”, seguido de “Sintomas somáticos” e “Decréscimo da energia vital”. Os TMC foram mais prevalentes entre as mulheres com menor escolaridade, separadas/divorciadas ou viúvas, negras ou pardas, rendimento mensal próprio que não excedesse um salário mínimo, com filhos e que foram classificadas como chefes de família. Por outro lado, a menor prevalência de TMC esteve associada à existência de auxílio, efetuado por outra mulher e/ou empregada doméstica, na execução das tarefas domésticas (28% de prevalência). Dentre as mulheres sem apoio para a realização das atividades do lar ou que contavam com o auxílio de um homem, a prevalência foi de 47%. O lazer e o número de filhos também encontram-se correlacionados à prevalência de TMC: dentre as mulheres com atividades de lazer, a prevalência foi inferior àquelas que não reservavam tempo para isso; no entanto, mesmo com tempo disponível para o lazer, à medida que aumentava o número de filhos da mulheres estudadas, houve aumento na prevalência de TMC. Os dados sugerem relação entre aspectos do trabalho doméstico e efeitos negativos na saúde mental da mulher.

Dytz, Lima e Rocha (2003) investigaram, através de entrevistas de história de vida tópica e observações, o que denominaram como a saúde mental de mulheres de baixa renda em três diferentes cidades satélites do Distrito Federal. As participantes desse estudo tinham entre 19 e 29 anos de idade, estavam casadas ou em união consensual, tendo o marido como provedor, dois ou três filhos em média, baixo grau de instrução e suas moradias eram precárias. Apenas uma, dentre as 17 entrevistadas, realizava trabalho remunerado. O estudo apontou a tendência das mulheres entrevistadas em apresentarem doenças relacionadas ao estresse, tais como gastrite, hipertensão e ansiedade. Isoladas em seus lares, essas mães cuidavam dos filhos pequenos, do preparo das refeições, e mantinham poucos contatos sociais, mesmos aos finais de semana, entretendo-se com televisão, rádio, visitas a parentes ou vizinhos, e freqüentando igrejas. O isolamento em que se encontravam, de acordo com o estudo, acarretava-lhes carência emocional, solidão e estresse mental. A função mais importante que desempenhavam era a maternidade, sendo comuns as estratégias de apoio que envolviam o marido, a família, vizinhos e profissionais de saúde, notadamente frente ao nascimento do primeiro filho. A atenção dada à criança centrava-se no suprimento de suas necessidades físicas, sendo incomum o uso de castigos físicos para disciplinar a prole. A presença do marido na criação dos filhos foi pouco mencionada. De forma sintética, o estudo aponta que:

A monotonia da rotina doméstica, aliada à falta de perspectiva de mudança, traz frustrações para a mulher, pois ela se vê obrigada, seja por ter filhos pequenos, seja por determinação do companheiro, a restringir-se à 'vida doméstica', quando também desejaria para si outros horizontes de realização pessoal (DYTS; LIMA; ROCHA, 2003, p.23).

Possatti e Dias (2002) consideram que o ingresso no mercado de trabalho, não fez aumentar a gratificação da mulher frente às atividades que desempenha, tendo em vista o maior número de situações adversas enfrentadas pelas mulheres em relação aos homens (POSSATTI; DIAS, 2002). E assim um dos componentes dos quadros de dificuldades

emocionais em mulheres pode relacionar-se à dificuldades em desempenhar os papéis exigidos socialmente e, deste modo, a multiplicidade de papéis teria, também, um impacto negativo sobre a saúde mental feminina. Às mulheres casadas, estaria reservada maior vulnerabilidade de agravos mentais, o que seria atribuído à rigidez do papel de mãe e esposa, e ao controle imposto pelo marido, o que implicaria numa sensação de insegurança e baixa auto-estima (VILELA, 1992). Além disso, o trabalho causaria conflito e sobrecarga de papéis (somatória de trabalho remunerado, marido e filhos) implicando em fadiga, stress e sintomas psíquicos (POSSATTI; DIAS, 2002).

O estudo de Possatti e Dias (2002) foi desenvolvido junto a 132 mulheres paraibanas, com trabalho remunerado e filhos, escolaridade mínima nível médio, por meio de questionários e escalas sobre qualidade dos papéis, de saúde geral e satisfação com casamento, com o intuito de investigar a relação entre o desempenho de múltiplos papéis e o bem estar psíquico das participantes. O poder de decisão ou o controle percebido teve maior influência na determinação do bem estar psíquico das participantes, funcionando como mediador entre os papéis exercidos e a sua repercussão sobre a saúde do indivíduo. O trabalho remunerado teria a capacidade de aumentar o controle percebido, por permitir melhor desempenho ao lidar com situações novas e/ou complexas, aumentar acesso a fontes financeiras e sociais. Os dados sugerem que as recompensas advindas do papel de mãe não influenciariam o índice de bem-estar psicológico nos dados analisados, e o estudo sugeriu que as respostas a tal tema estiveram de acordo as expectativas da sociedade, ou seja, a atribuição de um caráter nobre e recompensador para a maternidade.

Segundo Carvalho e Dimenstein (2004) as mudanças em papéis assumidos pelo gênero feminino ao longo do século XX não têm sido consideradas pelos serviços de saúde, sendo que a alteração no estilo de vida altera também as necessidades de assistência à saúde. A subjetividade de cada mulher e o tipo de queixa relatada devem servir de base

para uma compreensão que abranja “[...] as várias implicações que perpassam essa problemática” [...] “na maioria das vezes expressas por sintomas físicos ou psíquicos decorrentes de problemas econômicos e sociais, desajustes familiares, entre outros” (p. 124).

O modelo biomédico de assistência à saúde, associado à desconsideração das alterações sofridas nos papéis sociais que as mulheres exercem, embasadas numa concepção cristalizada do sexo feminino, cuja identidade encontrar-se-ia presa ao ambiente doméstico não permite que o serviço seja qualificado como “locus de acolhimento e transformação”, por não propiciar que as mulheres sejam agentes de mudança de seus próprios processos, no desenvolvimento da capacidade auto-reflexiva sobre reações e sinais de seu corpo e sua sexualidade (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004, p.124).

3.1 Gênero e saúde mental - mulher e cuidado

Segundo Padgett (1997), algumas controvérsias podem ser identificadas nos estudos sobre a saúde mental da mulher considerando-se que algumas pesquisas, notadamente, na década de 1980, não consideraram o fator gênero nas investigações de personalidade e desordens pré-menstruais. Nesses estudos um outro tipo de compreensão coloca as mulheres como vulneráveis aos problemas de saúde mental por características que lhes seriam intrínsecas, como algumas especulações sobre mudanças hormonais, pré-menstruais, puerpério, menopausa e mudanças de humor (LOPEZ; PEDALINI, 1999). Mas o estudo de Lopez e Pedalini (1999) aponta que, com relação a estes períodos do ciclo vital feminino, algumas mulheres seriam mais suscetíveis a estas alterações, devendo-se levar em consideração fatores psicossociais e estressores externos para a compreensão da eclosão de dificuldades no período pré-menstrual, alterações de humor na gravidez e

episódios depressivos no pós-parto, desde leves aos mais graves, com características psicóticas.

Como principais freqüentadoras dos serviços de saúde, seja para cuidar de si, seja de outros membros de seu grupo familiar; as mulheres apresentam maior facilidade para discutir, conhecer a saúde e a doença, falar a seu respeito, discutir o que as aflige, assim como consumir mais medicamentos e serviços médicos. No lar, são as mulheres que decidem quem está ou não doente e então realizam o encaminhamento ao serviço de saúde ou ao tratamento que julguem necessário (ROMANELLI, 1997; ROSA, 2003).

As ocupações femininas são aquelas que, de acordo com a visão da antropologia, costumam envolver ações de cuidado, notadamente quando são realizadas no próprio lar, o que, segundo Tronto (1997), deve-se aos papéis tradicionais de gênero em nossa sociedade. Sob este ponto de vista, seriam delegados à mulher, por meio da divisão sexual do trabalho, todos os encargos reprodutivos: desde o cuidado com as crianças, velhos e enfermos até a prestação de serviços domésticos, permanecendo sob responsabilidade masculina o papel de “provedor”.

Compreendemos que no circuito da saúde mental a mulher assume três diferentes posições, sendo a última delas pouco observada pelos serviços: a posição de quem provê cuidado a um usuário de serviço de saúde mental, a posição de quem recebe cuidado como usuária desse tipo de serviço e, por fim, a posição de quem recebe cuidados em saúde mental e também é prestadora de cuidados a outros. A seguir, discorreremos sobre estas três situações.

3.1.1 Prover cuidado: mulheres no cuidado informal em saúde mental

Os estudos nacionais e internacionais que tratam dos cuidados em saúde mental apontam um número expressivamente maior de mulheres prestando assistência a usuários desses serviços (BIEGEL et al., 1994; GONÇALVES, 1999; PEREIRA, 1999; PEGORARO, 2002; ROSA, 2003). No geral, além de mães, outras mulheres como avós e irmãs, respondem pelo cuidado informal de um familiar em sofrimento psíquico, em sua maioria, indivíduos do sexo masculino (BIEGEL et al., 1994; SOLOMON; DRAINE, 1995; GONÇALVES, 1999; PEREIRA; ALMEIDA, 1999; ROSA, 2003). Além deste encargo, essas mulheres ainda detêm a responsabilidade por outros doentes e/ou crianças de seu grupo familiar, e não raro são, elas mesmas, acometidas por problemas psiquiátricos (PEGORARO, 2002).

Dentre os estudos que focam a prestação de cuidados informais em saúde mental, destacam-se aqueles, como já mencionado, que abordam a sobrecarga a que se encontra exposto o cuidador (BIEGEL et al., 1994; DOORNBOS, 1997; KUISMA et al., 1997; LOUKISSA, 1995; RICARD; BONIN; EZER, 1999), geralmente, familiar do sexo feminino (SOLOMON; DRAINE, 1995; GONÇALVES, 1999; PEREIRA; ALMEIDA, 1999; PEGORARO, 2002; ROSA, 2003).

O estudo de Pereira e Almeida (1999) foi desenvolvido com “pessoas-chave” de usuários de um hospital em Lisboa, Portugal. O termo “pessoa-chave” definia como participantes do estudo cuidadores informais de um usuário, idade mínima de 17 anos, com o maior tempo de contato com o paciente no último mês, se comparado aos seus demais familiares e conhecidos. O estudo foi realizado através de aplicação de escalas, questionários e entrevista, para verificar as repercussões de doenças psiquiátricas graves. Os usuários tinham idade entre 17 e 82 anos (média de 44 anos), pertencentes às classes média e média baixa, diagnósticos estabelecidos há mais de 10 anos para 36 % da amostra,

com maior incidência de esquizofrenia, psicose delirante e distúrbio afetivo. Dentre os familiares, 13% possuíam antecedentes psiquiátricos. Todas as “pessoas-chave” eram familiares dos usuários, sendo 45% genitores, 31% cônjuges, 13% irmãos e 6 % filhos. Dentre os 36 usuários cujo quadro era de esquizofrenia, 31 tinham como cuidadores um progenitor (mãe-filho em 20 casos, pai-filho em 7 casos e os demais mãe-filha). No geral, as díades mais freqüentes eram mães de usuários do sexo masculino (26%) e maridos de usuários do sexo feminino (17%).

Pereira e Almeida (1999) destacaram que, de forma semelhante ao observado em outros estudos, a “pessoa-chave” era, na maior parte dos casos, uma mulher, e a díade mais freqüentemente encontrada foi mãe de doente jovem, com esquizofrenia classificada como grave. No entanto os autores ressaltam que não foram consideradas algumas variáveis relevantes, como características do cuidador (estilos de *coping* e autoconceito) e do doente (sintomatologia positiva ou negativa predominante), bem como o suporte social recebido e a sobrecarga do cuidador. O elevado número de maridos na amostra talvez possa ser atribuído à definição dada pelos autores ao termo “pessoa-chave”, que referia-se à pessoa que mantivera, no mês anterior à pesquisa, o maior tempo de contato com o usuário, incluindo-se o contato telefônico. A coabitação entre casais poderia explicar este número elevado de homens como “pessoas-chave” para usuários do sexo feminino, diferentemente de outros estudos. Como colocam os autores, “coabitar” não pode ser tomado como sinônimo de “envolvimento”. Os resultados obtidos apontaram para a necessidade de investigação sobre o tempo de contato, a coabitação e do suporte social existente em estudos deste gênero.

Os autores destacaram a preocupação apresentada pelos cuidadores para com o futuro do usuário e sua capacidade de subsistência e independência, a necessidade de supervisão da medicação ou pressionar para que o usuário desenvolva atividades. Pais e

cônjuges apresentam maior nível de tensão que outros informantes-chave e, do total de cuidadores, 22,5% tinham mais que 65 anos de idade, o que sugeriria um problema grave, tanto do ponto-de-vista social quanto de saúde pública, pois ao peso da doença mental termina por somar-se o peso da própria velhice dos cuidadores (PEREIRA; ALMEIDA, 1999).

Em nosso contexto, a tese de Gonçalves (1999) com mulheres que cuidavam de familiares com doença mental na região de Belo Horizonte, Minas Gerais, destaca que, das 11 entrevistadas, cinco eram mães, duas irmãs, uma era esposa, uma cunhada e apenas uma não mantinha parentesco com o usuário. Seis entrevistadas tinham mais de 50 anos de idade, cinco eram casadas, apenas duas não tinham filhos, a maior parte alfabetizada apenas ou com 1º grau, do lar em sua maioria e todas habitando casa própria. A vida das entrevistadas tem aquele de quem cuidam como centro, “[...] há uma fusão tão grande que elas sequer conseguem se ver separadas deles. Sequer aperceberam-se que ao falarem deles, falavam delas próprias” (GONÇALVES, 1999, p.143). O cuidado é um processo contínuo que engloba suas vidas nas esferas social, emocional e material. No caso das cuidadoras mais velhas, principalmente, o precário estado de saúde das mesmas foi mencionado, destacando-se fortes sintomas de depressão. Soma-se a isto a condição financeira desfavorável de boa parte das cuidadoras, pois:

Além do manejo das finanças insuficientes para as demandas, há o manejo das emoções, conflitos e tensões intrafamiliares, geradas pelas privações ou pela situação de ter que colocar limites, de ter que estabelecer prioridades onde tudo é essencial. [...]

As estratégias usadas pelas cuidadoras para superar ou conviver com tamanha dificuldade vão desde a supressão do atendimento de necessidade básica, até o desdobrar-se no trabalho e nas economias, sacrificando a si e aos demais membros da família (GONÇALVES, 1999, p.155).

O cuidado exercido pelas mulheres que cuidam de portadores de sofrimento mental, entrevistadas por Gonçalves (1999), torna clara a necessidade de que elas próprias recebam

cuidados. A este respeito a autora coloca que o portador de sofrimento mental, no contexto de desinstitucionalização dos serviços no país, “está sendo entregue à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições da família, especialmente das cuidadoras em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, aspectos estes profundamente interligados” (GONÇALVES, 1999, p.165). Destacando o cuidado como processo eticamente de direito do louco, Gonçalves (1999) o acredita extensivo às cuidadoras informais, do ponto de vista do afastamento da estigmatização, exclusão e violência a que ambos, usuário e seu familiar cuidador encontram-se cotidianamente expostos. Faz-se necessário para tal que os profissionais de saúde penetrem no mundo onde vivem essas famílias, apropriando-se do mesmo por meio de seu saber/fazer e auxiliando no cuidado do portador de sofrimento mental.

Outra dissertação que enfocou o cuidado exercido por familiares de usuários de um serviço de saúde mental do interior paulista, por meio da coleta de entrevistas de história de vida, também encontrou dentre os familiares responsáveis por usuários de um CAPS, um número superior de mulheres (PEGORARO, 2002), notadamente mães, em idade acima de 60 anos, cuidando de filhos, no geral homens, solteiros e economicamente improdutivos, com diagnóstico de esquizofrenia e outras psicoses e histórico de internação psiquiátrica. As cuidadoras, pertencentes às camadas populares, destacaram esta atividade junto a outras atribuições, como a responsabilidade com a casa, os netos ou outras pessoas da família que delas necessitassem. As entrevistas revelaram que os cuidadores associavam o aparecimento da doença à situação de vida do usuário, situação esta sempre ditada pelo trabalho, seja quanto à causa da doença ou como condição para a cura. Condições árduas de trabalho ou interrupção abrupta no mesmo poderiam levar ao adoecimento psíquico. Por outro lado, quando o indivíduo retomava o trabalho que antes exercia, abria-se, segundo os cuidadores, uma possibilidade para a cura. Da mesma forma como Gonçalves (1999),

Pegoraro (2002) aponta para a necessidade do conhecimento, por parte das equipes de saúde, das condições de vida dos usuários e seus familiares, tendo em vista a influência deste contexto na compreensão a respeito da doença e do tratamento exigido.

Quanto aos cuidados exigidos pelos usuários, os cuidadores destacaram a sobrecarga vivida em momentos de crise do usuário. No entanto, em decorrência de outras situações familiares, como problemas financeiros, outros familiares doentes, crianças pequenas sob a responsabilidade do cuidador, a sobrecarga vivida pelo entrevistado estendia-se após o controle das crises do usuário (PEGORARO, 2002).

A família do portador de sofrimento mental também foi tema abordado por Rosa (2003), através de dados referentes a um hospital psiquiátrico em Teresina, no Estado do Piauí, composto por um serviço ambulatorial e de internação. Igualmente a outros trabalhos, o número de mulheres, notadamente mães, em posição de cuidadoras informais foi elevado. O nível de escolaridade entre os cuidadores era elevada, em comparação aos usuários, e diferença média de idade entre os dois grupos ultrapassava 20 anos. No geral o cuidador exercia atividade fora do lar e:

Embora se queixe de sobrecarga de trabalho, advindo do processo de cuidar, e reivindique a participação de outros, a mãe tem dificuldade em dividir esse encargo com alguém que possa auxiliá-la. E quando delega, tende a dividir parte periférica da tarefa com outras pessoas, como se responsabilizar pelo portador de transtorno mental junto ao hospital psiquiátrico, pegar medicamentos, marcar consultas e ir às reuniões (ROSA, 2003, 278).

Da mesma forma, os dados de Pegoraro (2002) corroboram com esta postura da mãe na distribuição de tarefas a outros de sua rede social, à medida que julgue necessário. Os dois estudos encontraram cuidadores com histórico indicativo de sofrimento mental.

3.1.2 Receber cuidado: mulheres em internação psiquiátrica

Kohen (2001) argumenta que algumas necessidades da mulher têm sido negligenciadas na área de saúde mental, como a atenção à saúde mental na gravidez, o cuidado pré e pós-natal, comorbidades, cuidado e custódia dos filhos daquelas que têm doença mental, violência doméstica, estigma e diferenças na evolução de alguns distúrbios mentais. Do ponto-de-vista epidemiológico, as mulheres apresentariam índices mais elevados de depressão, distímia, desordens afetivas e distúrbios de ansiedade generalizada, além de ataques de pânico, fobias e desordens alimentares.

Para a autora, no caso de doenças mentais como esquizofrenia e distúrbio afetivo bipolar, as principais diferenças de incidência não se encontram na variável sexo, mas sim em características demográficas, clínicas e necessidade de atenção que o paciente requer. Mulheres com esquizofrenia apresentam mais competência social e sexual que homens e o curso da doença, em mulheres, tende a ser mais benigno, com ajustamento social mais favorável. Dentre as mulheres o nível de reinternações é inferior ao de homens e a permanência mais curta. O risco de suicídio é maior entre as mulheres.

O estudo de Lindamer et al. (2003) com 4975 pacientes, maiores de 18 anos, em atendimento público em San Diego, Califórnia, entre 1999 e 2000, revelou um maior número de mulheres mais velhas, maior número de casadas, e que viviam de forma independente, utilizando mais serviços de internação apenas ao longo do dia ou serviços abertos que os homens.

No caso do adoecimento psíquico da mulher, e da ocorrência da internação, faz-se necessária a eleição, pelo grupo familiar, de um substituto para a realização de suas tarefas, como o cuidado com a casa, o preparo de alimentos e o transporte (VILELA, 1992; ROSA, 2003). Em virtude disso, a compreensão da rede de suporte social destas mulheres torna-se fundamental. De acordo com Nicholson (1998 b), muitas pacientes apresentam

dificuldades em estabelecer uma rede social e manter contato com seus familiares. Além disso, a rede pode ter efeitos negativos se a família apresentar dificuldades em compreender a doença, desconhecimento do quadro e do tratamento necessário. Algumas mulheres suportariam determinadas dificuldades até o limite, para evitar um distanciamento prolongado de seus lares (VILELA, 1992; ROSA, 2003), o que pode indicar uma “naturalização” de papéis e posições assumidas em virtude das construções de gênero, uma compreensão de obrigatoriedade em cumprir com as funções reservadas socialmente à mulher. Quando o portador é uma mulher, esta situação:

[...] parece afetar muito mais a família, porque é o elo organizador do grupo. Por intermédio dela ocorrem as transações e intermediações no grupo, sendo visto como principal fator desorganizador dos grupos de baixa renda. [...]

Os filhos comumente tendem a ser os mais afetados, pois em geral deixam de ir à escola, ao médico e ficam sem uma assistência para suas necessidades básicas (ROSA, 2003, p.266).

E ainda destaca Rosa (2003) que:

Todavia, as mulheres têm várias supostas vantagens sociais, ainda que enfermas. Primeiro, mesmo arriscando-se a serem mais medicalizadas, podem procurar o serviço de saúde aos primeiros desconfortos psíquicos provocados pelo transtorno mental, o que foi confirmado pelo fato de serem as maiores consumidoras de serviços ambulatoriais e terem diagnósticos mais leves [...] Segundo, como sua identidade está vinculada nesta esfera, e mesmo em crise psiquiátrica podem manter certas tarefas, ou seja, podem continuar “produzindo” para a família em alguma dimensão. Terceiro, como elas têm uma relação mais íntima e referenciada quanto aos filhos, tendem também a receber maiores e melhores atenções, sobretudo em termos afetivos. Ainda podem falar sem censura de seus sentimentos (ROSA, 2003, p.266-267).

O mesmo não ocorre do ponto-de-vista do controle social que configura-se, segundo Rosa (2003), como uma desvantagem no campo moral, principalmente da sexualidade, já que condutas que explicitem uma sexualidade exacerbada provocam escândalo e repressão. O abandono do marido, não raro no caso de doença mental, também é apontado como uma desvantagem. É mais comum que a mulher seja abandonada e, em casos onde o homem adocece psiquicamente, a esposa tende a continuar a seu lado. No caso

do adoecimento feminino, o cuidado fica a cargo da família de origem/parental, partindo-se do suposto que “[...] os filhos são permanentemente dependentes, independente da idade, e de que essa família é que tende a fazer o melhor por ele, pelos laços que os vinculam, considerados permanentes” (ROSA, 2003, p.267). Alguns maridos se não abandonam as esposas, na eclosão do sofrimento mental destas, assumem uma outra postura, espelhada no papel de pai da esposa. Pode acontecer ainda que aquele que abandonou a esposa retorne para casa com o término da crise.

O livro de Garcia (1995), oriundo de sua dissertação de mestrado, traz relatos de mulheres em situação de sofrimento mental internadas em duas instituições psiquiátricas paulistas (Clínica Maia, particular/conveniada ao SUS e Hospital Psiquiátrico Pinel, estadual). Apoiada em autores como Chesler (1989), Garcia (1995) destaca que dados que sugiram um mesmo índice de internações para homens e mulheres podem ser enganosos, tendo em vista que há uma maior tolerância com relação às mulheres no lar, já que a execução do trabalho doméstico a elas encontra-se vinculado.

Dentre as 68 pacientes estudadas por Garcia (1995) encontram-se, com relação à faixa etária, uma concentração entre 21 a 30 anos, num total de 36,77 %, entre 31 e 40 anos com 25% e 20,59% entre 41 e 50 anos. Dentre as solteiras, 48,5 % não possuíam filhos e entre aquelas que foram ou eram casadas 32, 3% tinham filhos. Já entre as nove separadas, todas possuíam filhos. As ocupações declaradas variavam entre dona-de-casa para 33,82%, seguida por doméstica (20,59%), prostituta (14,71%) e balconista (8,82 %). A escolaridade não ultrapassava o ensino fundamental para 69,12% e 14,71 % eram analfabetas. Os diagnósticos mais frequentes eram psicose maníaco-depressiva e esquizofrenia.

A concentração da maior parte das internações entre 21 e 45 anos de idade tem, para Garcia (1995), em seu bojo o papel que a sociedade espera que seja cumprido pelas mulheres, ou seja, casar, ter filhos e ser dona-de-casa. “Uma mulher que não esteja

disposta a isso ultrapassa a imagem ideal e não consegue encontrar nenhum modo de se exprimir que não seja visto pela sociedade como antinatural” (GARCIA, 1995, p.120).

Quanto ao estado civil averiguado:

O fato de a maioria das internas ser solteira e não ter filhos (48,5%) parece sugerir que elas não conseguiriam sustentar o papel ideal e, na verdade, demonstra o quanto é difícil encontrar alternativas de vida fora daquilo que, no dizer de Basaglia, artificialmente se criou como sendo natural (GARCIA, 1995, p.121).

Os parentes (pai, mãe, esposo, por exemplo) responderam por 75 % das internações e, para Garcia (1995), eles possuem as maiores chances de detectar comportamentos tidos como socialmente estranhos, para os quais encontra-se como solução a internação, fato que marca a reprodução da autoridade patriarcal dentro do manicômio. Chesler (1989 apud GARCIA, 1995) aponta para o maior número de psiquiatras do sexo masculino e, de modo inverso, do número expressivo de mulheres que executam e acompanham mais proximamente a atenção às internas, ou seja, enfermeiras e psicólogas.

Um estudo mais aprofundado com alguns casos indicou a presença de depressão pós-parto, agressividade, tentativa de suicídio e homicídio, fortes dores de cabeça desde a menarca e epilepsia, desmaios e insônia decorrentes da época menstrual como desencadeadores da internação. O que Garcia (1995) fez, para além destas informações, foi a consulta aos prontuários e conversas com as internas. A partir daí, conseguiu elaborar um pano-de-fundo destas internações, contando, caso a caso, as situações que contextualizaram uma crise ou comportamento inesperado/indesejado que terminou por justificar a internação. Dentre as situações descritas, encontram-se com frequência a violência contra o sexo feminino (estupro ou espancamento) e crises depressivas relacionadas ao pós-parto. Segundo Garcia (1995, p.125): “Muitas dessas mulheres sentem-se culpadas por não serem capazes de suportar a miséria, a criação dos filhos e o marido que chega em casa para comer e dormir, muitas vezes bêbado e violento” e uma

das conseqüências de não seguir ou sentir-se satisfeita ao padrão ideal seria sentir depressão, tentativas de suicídio, culpa, inatividade e falta de esperança para uma mudança. “Essas mulheres, tornadas passivas pelo papel que lhes foi imposto, vivem a culpa de sentir desejos, de querer existir além dos serviços que prestam” (GARCIA, 1995, p.125).

Humerez (1996) investigou homens e mulheres internados em serviço especializado. Com relação às mulheres, os casos estudados registram muitas internações, entre 2 e até mais de 30, para aquelas com mais idade. As primeiras internações de algumas das participantes aconteceu em idade jovem, antes dos 20 anos, eram mulheres solteiras e casadas, com e sem filhos, que residiam com a família e mesmo na rua.

O estudo de Humerez (1996) não aponta diferenças entre os relatos de homens e mulheres, apenas marca, temporalmente, um período antes do enlouquecimento, o enlouquecimento em si e o que os entrevistados acreditam como projeto de vida ou o depois do enlouquecer. O termo não-lugar é utilizado para definir o tipo de relação estabelecida mediante o enlouquecer, isto é, o indivíduo apresenta um sentimento de tensão solitária, isolamento, onde não existe o compartilhar, participar, onde o que existe é um tempo de morrer. Desta forma há uma carência de identidade, ligada ao trabalho que antes marcava a existência dos participantes deste estudo. O trabalho faz parte do antes do enlouquecer, ao passado e a loucura traria em si a impossibilidade de uma permanência no mercado de trabalho e a introdução numa outra esfera de atividades, como a aposentadoria por invalidez, a mendicância, o biscate. A loucura teria roubado-lhes a possibilidade de concretizar seus projetos de vida: trabalhar, amar, ter onde morar, poder de decisão sobre seu futuro. Desta forma, o que resta para o futuro é a recordação do que é passado e o que era projeto torna-se sonho, tirando o sentido da existência. Quanto maior o número de internações, menos possível torna-se ter um futuro.

3.1.3 Prover cuidado quando é também necessário receber cuidado:

mulheres portadoras de sofrimento mental e o cuidado com os filhos

Ao discutir as necessidades específicas da mulher que precisa de cuidados em saúde mental, Kohen (2001) destaca aquelas ligadas à maternidade, suporte social, violência física e sexual, efeito dos psicotrópicos e relacionamento profissional. O uso de psicofarmacologia envolve problemas de infertilidade e aumento dos níveis de prolactina, que merecem ser mais amplamente discutidos. Outra colocação de Kohen (2001) diz respeito ao tratamento para pacientes em estado agudo. Para a autora é importante que os profissionais conheçam serviços comunitários que possam assistir a paciente que tenha filhos, estabelecendo-se a comunicação entre os diferentes serviços. Em caso de necessidade de admissão hospitalar para a paciente, a integração entre os serviços e seus profissionais possibilitaria que se oferecesse uma alternativa de assistência. A autora defende a necessidade de uma “filosofia de cuidados” para a mulher com problemas de saúde mental para o século XXI, levando-se em consideração as especificidades de sua trajetória de vida, em função do gênero e de seu contexto sócio-econômico.

Um quarto das mulheres entrevistadas por Wang e Goldsmidt (1994) relataram que o início de sua doença mental estava relacionada à maternidade. Essa observação encontra-se de acordo com estudos que apontam a ocorrência de distúrbio pós-parto deixa a mulher mais mais exposta ao risco de ter pobre saúde mental no futuro.

Brunette e Dean (2002) apontam que, nos primeiros anos após o nascimento de um filho, a mulher teria seu risco aumentado de apresentar uma doença mental ou de uma recaída quando já diagnosticada. A mania poderia ser observada em mulheres com desordem bipolar não tratada e 10% desenvolveram depressão maior após o parto, sendo que outras 10%, com diagnóstico de esquizofrenia, poderiam ter recaída.

Bosanac, Buist e Burrows (2003) destacam que, sob o ponto-de-vista epidemiológico, há um risco 22 vezes maior de que uma mulher seja admitida com psicose pós-parto na primeira semana após o nascimento da criança, do que nos dois anos anteriores a esse nascimento. O risco torna-se 35 vezes maior após o primeiro filho e cerca de 80% das desordens psicóticas afetivas acontecem no pós-parto, com predominância de mania.

Na literatura há predomínio de expectativa estereotipada, por parte dos serviços, a respeito de que pessoas com esquizofrenia são, em sua maioria, solteiras, moram sós, com seus pais em algum tipo de moradia protegida, e que não possuem filhos. A revisão realizada por Diaz-Caneja e Johnson (2004) ressalta que o número de filhos de mulheres com doença mental severa é maior do que o de filhos de homens na mesma situação³, sendo comum a perda da custódia dos filhos entre mulheres e o estudo efetuado por Brunette e Dean (2002) apontou que, segundo a literatura, mais da metade das mulheres com doenças mentais severas possuíam filhos e, destas, entre 10 e 20% possuíam crianças ainda dependentes de cuidados. Nos relatos de mulheres assistidas em serviço de saúde mental estudados pelos autores, verificou-se que mais da metade das mães eram solteiras e a gravidez não tinha sido planejada, sendo freqüentes longas admissões hospitalares (média de 10,7 semanas, mínimo de 3 e máximo de 15 semanas).

De acordo com Dias-Caneja e Johnson (2004) o tema predominante nos estudos sobre saúde mental na mulher com filhos é o impacto provocado por esta situação nas crianças. Poucos seriam os estudos sobre mulheres com doença mental severa que possuam filhos, com o intuito de investigar suas necessidades e experiências. No geral, as pesquisas voltam-se para possíveis efeitos desse convívio no bem estar emocional das crianças, mesmo em casos onde os pais são considerados capazes de criar adequadamente suas

³ Vale lembrar que há predomínio de homens solteiros, se comparados às mulheres em situação de sofrimento mental. Desta forma, seria “esperado” um menor número de filhos entre os homens.

crianças. Mais do que os sintomas positivos, têm impacto no desenvolvimento dos filhos, comportamento agressivo por parte dos pais, distúrbios no relacionamento e condições sociais precárias, destacando-se como relevante as investigações sobre a capacidade de pessoas com transtorno mental severo desenvolverem a função paterna/materna (DIAS-CANEJA; JOHNSON, 2004).

Dentre os impactos decorrentes do quadro psiquiátrico materno que podem ser observados na criança e na díade mãe-criança, encontram-se o reduzido contato visual e a conseqüente falta de estimulação, a falta de sincronicidade entre a díade em decorrência de sintomas maternos, com comprometimento do relacionamento mãe-criança através de mecanismos como o envolvimento da criança em experiências de alucinação e delírio (que podem colocar em risco a vida da criança e da mãe), além de desorganização do comportamento ou expressão anormal da emoção. A literatura não relata que a remoção de sintomas traga normalização na relação (BRUNETTE; DEAN, 2002; BOSANAC; BUIST; BURROWS, 2003).

A revisão de Brunette e Dean (2002) apontou ainda que, em decorrência do efeito da medicação, as necessidades das crianças podem não ser percebidas e a necessidade de ajuda para exercer a função materna pode não ser reconhecida. Além disso, a interação com a criança também pode ser prejudicada em decorrência de sintomas ou outras dificuldades apresentadas pela mãe. O uso de medicamentos psicotrópicos pode afetar o relacionamento mãe-filhos, causando desde reações mais lentas até mesmo confusão mental. Mães com quadro psicótico tendiam à falta de reciprocidade e atenção para com os filhos.

Nicholson e Biebel (2002) revisaram estudos que apontam risco elevado de crianças, cujos pais apresentam doenças mentais, desenvolverem dificuldades psicossociais mais intensivamente que a população geral. No entanto, um grande número de crianças

nestas condições não desenvolve estas dificuldades. Fatores como hereditariedade, influências biológicas, características ambientais como o relacionamento entre os pais e funcionamento familiar. O bem estar da mãe e da criança estão inter-relacionados, um contribui para o outro.

Crianças cujos pais foram identificados como portadores de desordens psiquiátricas, como esquizofrenia, ansiedade, depressão, abuso de álcool e desordens alimentares, apresentam maior risco de apresentarem também problemas de saúde mental segundo a revisão feita por Bijl, Cuijpers e Smit (2002). A presença de sintomas psiquiátricos nos pais dos participantes do estudo, com idades entre 18 e 65 anos, foi investigada por meio de um instrumento elaborado com base nos critérios do DSM-III-R e os resultados indicaram a presença de depressão, notadamente em mães, muitas vezes associada à ansiedade, e problemas com uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas entre os pais. Os adultos com maior risco de apresentarem sintomas psiquiátricos tinham, em seu histórico, ambos os pais com um histórico de mesma ordem. O sentimento de ter sido negligenciado quando criança foi colocado como um importante preditor de psicopatologia. No entanto, o estudo sugere certa superestimação nos sintomas presentes nos pais, ressaltando que a avaliação dos participantes não fora comparada com o ponto de vista de profissionais de saúde.

Já Stormont et al (1997) assinalam que a maioria das crianças, filhas de pais com problemas de saúde mental, não desenvolvem qualquer problema. No entanto, os autores apontam para a alta frequência de episódios severos nos pais como expositores das crianças a um risco elevado de apresentarem problemas de desenvolvimento, doenças somáticas e problemas emocionais, o que as tornariam mais vulneráveis à influência da desordem parental.

A pesquisa realizada por Diaz-Caneja e Johnson (2004) com 22 mulheres (8 em regime aberto, 11 atendidas em serviços de saúde mental e 3 em um centro-dia, todas com diagnóstico psiquiátrico, com filhos menores de 16 anos e em tratamento nos últimos seis meses, capazes de consentir e serem entrevistada em inglês, por meio de contribuição financeira para participar do estudo desenvolvido em Londres, destacou um aspecto positivo da maternidade devido ao seu alto valor social. Além disso, segundo as mães entrevistadas, experiências de estigma às quais encontraram-se submetidas implica em sentimento de que não são totalmente capazes para a maternidade, com a presença de dificuldades emocionais e práticas no papel de mãe, as quais, muitas, indicam a necessidade da ajuda de parentes para o cuidado com os filhos. Em muitos casos o encargo para com os filhos foi colocado como um impeditivo para a participação da mãe em tratamentos psicológicos. Quando há deterioração na saúde mental materna, e uma recomendação de internação hospitalar, pode ocorrer conflito quanto ao cuidado com as crianças, sendo deixadas aos cuidados de estranhos, por exemplo. Desta forma, os autores destacam a necessidade de planejar, a longo prazo, o bem estar de pais usualmente capazes, mas intermitentemente com dificuldades ou impossibilitados de cuidar dos filhos.

A necessidade de ter sua função materna preservada deve ser uma das diretrizes dos tratamentos de saúde mental (NICHOLSON et al., 1998a) e o relacionamento destas mulheres com sua família, que por vezes está permeado por dificuldades, pode requerer a intervenção dos profissionais de saúde junto à família, já que a falta de suporte social pode ser um fator de risco para a mãe e a criança. Uma forma de iniciar tal postura seria ouvir essas mulheres, que, segundo Nicholson et al. (1998b) têm muito a nos dizer.

Para Nicholson et al. (1998a) o medo da perda da custódia dos filhos também está sempre presente no imaginário destas mulheres e um fator que serve como agravante deste medo é o estereótipo que recai sobre tais mães sobre situações de violência exercidas para

com sua prole; em breve revisão os autores indicam que, apesar de um forte desejo de levar uma vida normal junto de seus filhos, mulheres portadoras de sofrimento mental apresentam dificuldade para disciplinarem seus filhos, sentem-se culpadas por compreenderem que os criam de um modo “errado” e têm dificuldades de serem aceitas pela família, assim como em procurar a melhor maneira de expor às crianças sobre sua doença e o tratamento. Apesar da associação entre doença mental materna e maus tratos às crianças, o estudo de Leventhal et al. (2004) não encontrou associação significativa neste sentido, tendo abordado 44 mulheres acima de 20 anos de idade, com filhos entre 8 meses e 4 anos de idade, 41% delas com diagnóstico de esquizofrenia ou desordem esquizoafetiva, e com, ao menos, uma hospitalização nos cinco anos precedentes à coleta de dados, que deu-se por meio de instrumentos objetivos, medida observacional (vídeo) e entrevistas.

A literatura aqui apresentada sugere alguns pontos a serem observados com relação à intervenção profissional junto a mulheres em sofrimento mental que tenham filhos. Diaz-Caneja e Johson (2004) destacam a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidarem com essa situação, bem como pouca atenção à existência de filhos durante tratamentos mais prolongados ou em casos onde a internação da mulher seja necessária. No caso de pessoas jovens, que residem sem sua família de origem, ou sem um companheiro, e ainda que possuam dificuldades financeiras, a intervenção das equipes torna-se ainda mais necessária, notadamente para a manutenção da custódia dos filhos (BRUNETTE; DEAN, 2002).

Uma das necessidades dessas mulheres seria a criação de espaços conjuntos mãe-bebê, de forma a permitir a continuidade do vínculo e dos cuidados dispensados à criança, o que permitiria a identificação de dificuldades das mães que mereceriam intervenção, de forma a auxiliar na preservação da autonomia da mulher em sofrimento mental que

necessita de cuidados formais intensivos ou prolongados(BOSANAC; BUIST; BURROWS, 2003).

Para Nicholson e Biebel (2002), serviços de saúde mental comunitários que ofereçam possibilidade de discussão e exame às dúvidas do paciente, suas dificuldades e procurem a melhor forma de tratamento possível podem auxiliar estes pais na tarefa comum a todos os pais: a de criar um ambiente seguro para o desenvolvimento das crianças por meio de uma relação positiva construída entre pais e filhos. À medida que os profissionais de saúde buscassem conhecer o contexto de vida dessas mulheres em sofrimento mental, seria possível acionar a rede social para suporte à usuária e seus filhos em caso de necessidade, de forma a evitar, evitando que outros assumissem o cuidado permanente pelas crianças por julgarem a mãe incapaz para tal (BOSANAC; BUIST; BURROWS, 2003).

E no Brasil, a perda de custódia dos filhos ocorreria? Dentre camadas populares, onde o fenômeno de “circulação de crianças” (FONSECA, 2006) é comum, os filhos de mulheres portadoras de sofrimento mental seriam entregues aos cuidados de outros familiares, sem a perda do pátrio-poder?

Com relação a estudos brasileiros sobre a compreensão de mulheres portadoras de sofrimento mental focalizando o cuidado e desenvolvimento de seus filhos, o levantamento de Camargo e Oliveira (2000) não apontou material sobre o assunto e, desta forma, as autoras propuseram-se a investigar, inicialmente de forma exploratória, junto a um ambulatório de saúde mental na região de Ribeirão Preto, São Paulo, características de mães portadoras de sofrimento mental e de seus filhos como um estudo. Os dados preliminares apontaram para condição financeira precária, baixo nível de escolaridade e ocupação como donas de casa. Outros estudos nacionais a esse respeito também não foram

localizados através de levantamento em bases de dados como Medline, Lilacs e Scielo entre a década de 1990 e os dias atuais.

3.2 Objetivo

De acordo com a WHO (2000), a saúde mental feminina é afetada por seu contexto de vida ou por fatores externos, como aspectos sócio-culturais, legais, econômicos, de infra-estrutura ou ambientais, e a identificação e a modificação destes fatores tornaria possível a prevenção primária de algumas desordens. A descrição de situações de vida e de estudos de caso, auxiliariam na compreensão do contexto onde se desenvolvem quadros como a depressão, o desgaste emocional, a ansiedade, dentre outras desordens, bem como na compreensão do sentido que a saúde mental assume para as mulheres. Despojados de investigações a respeito da compreensão das próprias mulheres acerca de sua saúde mental, as pesquisas, os serviços assistenciais e as políticas de saúde podem ser vistas como obstáculos para as respostas de quais seriam as prioridades, os problemas e necessidades da saúde mental da mulher.

A partir de tais considerações, o *objetivo geral* deste estudo foi conhecer, através de um estudo de caso, a situação de uma mulher portadora de sofrimento mental em termos de prestação de cuidados no lar e dos cuidados requeridos por ela mesma em função de seu quadro, considerando sua história de vida e seu contexto de vida atual.

CAPÍTULO 4

O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Abordagem

Para a realização de uma investigação que pudesse atingir os objetivos propostos optou-se por uma pesquisa descritiva, de caráter qualitativo, desenvolvida por meio da estratégia de estudo de caso.

Uma característica das pesquisas qualitativas, segundo Lüdke e André (1980) é a abordagem de múltiplas dimensões do objeto/situação/ ou do problema em estudo, para a qual faz-se necessária a interpretação do seu contexto, o que inclui ações, percepções, comportamentos e interações das pessoas quanto à situação de interesse do estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1980).

Outra característica fundamental deste tipo de investigação é que a construção do conhecimento é feita e refeita com constância, sem que se considere que esteja acabada (LÜDKE; ANDRÉ, 1980). Alguns tipos de pesquisa qualitativa enfatizam a natureza das construções sociais da realidade, bem como o relacionamento íntimo entre o pesquisador e

o que é pesquisado, tornando relevante investigar o modo como a experiência é criada e ganha significado. Este tipo de pesquisa encontra-se voltado para a compreensão de processos e não relações causais entre as variáveis, como nas pesquisas quantitativas ou experimentais (DENZIN; LINCOLN, 1994).

Dentre as estratégias possíveis na pesquisa qualitativa, encontra-se aquela utilizada nesta pesquisa, o “Estudo de Caso” (E.C.), que pode ser definida como uma estratégia de investigação de caráter empírico sobre “[...] um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real” (YIN, 2005, p.32), ou seja, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle. Difere, portanto, do experimento por considerar a situação tal qual acontece no cotidiano dos envolvidos.

Segundo Yin (2005), o Estudo de Caso é uma estratégia de pesquisa capaz de lidar com ampla variedade de evidências, como documentos, registros em arquivo, entrevistas, observações (diretas ou participantes) e artefatos físicos/culturais que possibilitam a convergência dos dados sob forma esquemática de um triângulo e, em decorrência, um encadeamento de evidências para fundamentar sua análise.

Para Minayo et al. (2005) a estratégia de investigação qualitativa denominada de Estudo de Caso visa aprofundar o como e o por que a respeito de uma determinada situação, à medida que permite o aumento da compreensão sobre fenômenos complexos.

Como ressalta Yin (2005), a generalização dos resultados de um estudo de caso, fundamentada em múltiplas fontes de evidência, seria denominada analítica, diferentemente da generalização estatística característica de levantamentos e inferida sobre uma população para amostragem.

Quanto às críticas que recebe, o E.C. é acusado de falta de rigor, de não fornecer base para generalizações científicas, e de demandar longo tempo para sua execução. Muitos autores o classificam apenas como uma fase exploratória de outra estratégia de

pesquisa, ou o confundem com estudos etnográficos e/ou de observação participante (Yin, 2005).

Numa tentativa de responder parte das críticas direcionadas a este tipo de investigação, Yin (2005) considera que a triangulação seria um procedimento adotado em prol de sua qualidade, para garantir-lhe maior confiabilidade (Yin, 2005). A triangulação combina métodos e técnicas (MINAYO et al., 2005), permite maior clareza teórica (DENZIN, 1973 apud MINAYO et al., 2005) e está pautada na constatação de que, por si só, os métodos não possibilitariam elementos que respondessem às questões investigadas (JICK, 1979 apud MINAYO et al., 2005).

De acordo com Denzin e Lincoln (1994), é o conjunto montado a partir de uma vasta gama de métodos interconectados, denominada “bricolagem”, que permite a *triangulação dos dados*, cujo objetivo seria assegurar uma compreensão em profundidade do fenômeno em questão, o que somaria rigor, amplitude ou extensão e profundidade à investigação. O intento desta triangulação é o de assegurar que seja capturado o quanto for possível da realidade na pesquisa qualitativa, servindo também para clarificar significados, identificando os diferentes aspectos através dos quais o fenômeno está sendo visto, caracterizando-se como uma alternativa à validação dos dados e não uma estratégia de validação do estudo (DENZIN; LINCOLN, 1994; STAKE, 2000).

De uma outra perspectiva, ao discutir a validade de pesquisas qualitativas, Minayo et al. (2005) destacam a importância de concebê-las não como espelho da realidade, mas como uma produção do pesquisador, com caráter reflexivo, tendo-se em conta a posição deste pesquisador como parte tanto do contexto quanto da cultura investigados. Esta posição é a que assumimos no presente estudo.

Quanto às preocupações com a generalização dos resultados na pesquisa qualitativa, vale ainda ressaltar, como aponta Martins (2004), que a amplitude e a profundidade seriam

as características desta forma de explicação de um caso ou vários em estudo. O rigor, a sustentabilidade e a validade deste tipo de estudo estariam garantidos, segundo Laperrière (1997 apud MARTINS, 2004, p.295) por meio “[...] da solidez dos laços estabelecidos entre nossas interpretações teóricas e nossos dados empíricos.”

Yin (2005) classifica os Estudos de Caso como de tipos Único ou Múltiplo, Holístico (um único contexto de investigação) ou Incorporado (mais de um contexto de investigação). O Estudo de Caso Único - forma adotada por esta pesquisa - tem sua escolha, segundo Yin (2005), justificada por ser, em relação à situação que se busca conhecer, por um lado um *caso raro* ou extremo, ou, de outro modo, um *caso representativo* ou típico dos acontecimentos. Pode ainda ser classificado como um *caso revelador*, quando “[...] o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica” (YIN, 2005, p.63) e ainda como um *caso longitudinal*, quando o estudo acontece em um ou dois pontos diferentes no tempo. Uma última categoria seria a de um *caso decisivo*, isto é, aquele que, por representar um conjunto de proposições, é usado para determinar se as mesmas estariam corretas, e em caso negativo, auxiliaria no redirecionamento de investigações.

4.2 Procedimentos éticos

No final do ano de 2003 a instituição de saúde mental denominada neste estudo como “Hospital Psiquiátrico” (H.P.) foi contatada pela pesquisadora com o intuito de conhecer o local, os serviços prestados e apresentar a proposta de estudo. Neste momento, foram visitados os três setores de atendimento da instituição (ver item 4.3) e discutida a viabilidade da execução da pesquisa no local junto à direção e gerência do Setor de Curta Permanência, de interesse direto do estudo. Obtida a permissão formal para a realização da

pesquisa pela direção do H.P., o projeto foi encaminhado para avaliação junto à Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado ao final do mês de abril de 2004 (Processo CEP-FFCLRP n. 127/2004 – 2004.1.78.59.5), quando novos contatos com a instituição foram efetuados para o início do estudo.

No momento da realização de uma primeira entrevista, a pesquisadora explicava os objetivos do estudo e realizava a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1 a 3) junto ao entrevistado, explicitando a finalidade e a importância de sua existência, e solicitava permissão para o uso do gravador. Em seguida à realização da entrevista, o termo de consentimento era assinado em duas vias, uma delas sendo entregue ao entrevistado.

4.3 Local

Inicialmente, o estudo foi desenvolvido junto à Unidade de Curta Permanência de um HP da região sudeste, com capacidade total de 60 vagas. Criado em meados da década de 1950, com capacidade máxima para 400 leitos, o H.P. chegou a atender, ao longo de sua história, 1200 pacientes. No ano de 1995, do total de internos, quase 80% dos usuários eram pacientes-moradores e nenhum programa de tratamento para este perfil estava em funcionamento no local. Três setores ou modalidades de atendimento encontravam-se, à data da coleta, em funcionamento⁴. Cada uma das três equipes era composta por profissionais das seguintes categorias: psicologia, psiquiatria, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional e monitores de oficinas de trabalho/terapêuticas, sendo variável o número de cada categoria de acordo com o setor. Os três setores em funcionamento eram:

⁴ As informações sobre os diferentes setores de atendimento na instituição foram obtidos através da consulta a documentos internos da mesma e de entrevistas com os técnicos.

A) *Setor de Curta Permanência* (C.P.): atendia usuários encaminhados pelo Setor de Urgência de um hospital geral público local, diagnosticados como portadores de transtornos mentais graves e que necessitassem de internação breve, com capacidade total de 60 vagas, divididas em três alas, sendo duas masculinas e outra feminina. No setor do C.P. os usuários eram assistidos de acordo com a seguinte divisão:

- “Programa Álcool e Drogas”: cerca um terço dos pacientes internados no C.P. encontravam-se vinculados a este programa, existente há cerca de sete anos, e formado pelos seguintes profissionais de nível superior: atendiam exclusivamente aos usuários vinculados a este programa estavam dois médicos psiquiatras, uma psicóloga e uma assistente social;
- Os usuários não pertencentes ao “Programa Álcool e Drogas” eram atendidos por dois médicos psiquiatras⁵.

Além dos profissionais de nível superior acima citados, o Setor de C.P. contava com profissionais de saúde que atendiam a todos os usuários, independente de seu pertencimento ao “Programa Álcool e Drogas”. Eram eles: um enfermeiro-supervisor de plantão (que atendia intercorrências em todo o hospital durante seu turno), uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e auxiliares de enfermagem. No geral, eram cinco auxiliares de enfermagem no turno da manhã e dois no turno da tarde.

B) *Unidade de Ressocialização*: atendia aos chamados pacientes-moradores, num total de 140 vagas. Estes pacientes ficavam alocados em 10 alas no setor térreo da instituição, divididos de acordo com o sexo e a gravidade do caso, sendo que os pacientes classificados como geriátricos ocupavam uma ala em separado. Além do enfermeiro-

⁵ Um dos médicos encontrava-se em férias e, em seguida, obteve licença para um congresso médico durante a permanência da pesquisadora na instituição para a realização da fase exploratória do estudo.

supervisor, faziam parte da equipe uma terapeuta ocupacional, duas assistentes sociais, duas psicólogas, médicos clínicos e psiquiatras, auxiliares de enfermagem.

C) Unidade de Atenção Diária: criada em 1998 para absorver parte da clientela asilada com potencial para reinserção familiar e/ou com alta-terapêutica das alas de internação. No momento da coleta, o setor era classificado como CAPS-II e prestava atendimento: a) a egressos de internações em qualquer hospital; b) usuários que não consigam se adequar a atendimento ambulatorial; c) usuários encaminhados por serviços públicos de saúde. Casos de retardo mental, psicopatias e dependência de álcool/drogas não eram atendidos pelo CAPS. A equipe desta unidade era formada por dois médicos psiquiatras, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, auxiliar de enfermagem, enfermeira, assistente social, cozinheira e monitores das oficinas de trabalho.

4.4 Participantes da pesquisa

a) *O caso escolhido*: O nome adotado para designá-la será “Rosana”. As informações contidas em seu prontuário indicavam data de nascimento em 18/5/1977, portanto com 27 anos àquela data, natural do Estado de Minas Gerais (sem constar o município), ensino fundamental incompleto, católica, do lar, residia com um companheiro desde os 15 anos e possuía quatro filhos com ele. Havia dado entrada naquela instituição em 30.09.2004, sendo diagnosticada com esquizofrenia (F 20.0, de acordo com o CID-10). Realizava tratamento em ambulatorial no município em que residia, e as queixas registradas em prontuário eram “desorganização psíquica” e “idéias delirantes com heteroagressividade”, quadro este agravado após o nascimento do quarto filho. A responsável pela internação era a mãe, que aqui chamaremos de Dona Rosa.

O caso escolhido é classificado, segundo Yin (2005), como Caso Único Incorporado, e definido como *típico* pelos objetivos da pesquisa; foi a primeira internação naquela instituição sem abuso de substâncias, entre setembro e dezembro de 2004, e sem histórico de internações em instituição psiquiátrica.

b) *Outros participantes*: Ao serem consideradas “informantes-chave”, face à história de Rosana, as seguintes pessoas foram convidadas participar da pesquisa através de entrevistas:

- O *companheiro*, Ademar, 30 anos, mecânico, ensino fundamental
- A *mãe de Rosana*, chamada Dona Rosa, 57 anos, viúva, ensino fundamental, aposentada, trabalhou em serviços gerais em empresas, 7 filhos
- A *sogra de Rosana*, Rosa-sogra⁶, 60 anos, casada, ensino fundamental, 6 filhos, dona-de-casa
- Uma *cunhada* de Rosana, Adélia (irmã de Ademar), ensino fundamental, dona-de-casa, casada, dois filhos
- Uma *irmã* de Rosana, Rita, 22 anos, ensino fundamental, separada, dois filhos, doméstica
- *Equipe do hospital*: psiquiatra e auxiliar de enfermagem

⁶ A sogra de Rosana será aqui denominada como Rosa-sogra para diferenciá-la de outra informante-chave de mesmo nome, a mãe de Rosana, Dona Rosa.

4.5 *Corpus de análise*

O principal material de análise foi um conjunto de entrevistas semi-estruturadas realizadas com Rosana e informantes-chave (cuidadores e familiares), já elencados no item anterior. Foram registrados, além das entrevistas gravadas em fitas cassete, para posterior transcrição literal, a interação entre pesquisador e entrevistado, antes e depois da gravação em áudio, material este também incorporado à análise.

- **Roteiros de entrevista**

Dois foram os roteiros de entrevista foram elaborados para o estudo. O primeiro, para realização de entrevista com Rosana, foi elaborado a partir da modalidade de “História de Vida Temática” (Anexo 4). Segundo Queiroz (1987), o uso da “história de vida” torna possível a compreensão do que é particular ou individual no relato do narrador, assim como refere-se à sua existência através do tempo por procurar reconstituir acontecimentos que tenha vivenciado, transmitindo a experiência que adquiriu nestes eventos e que permitem que se evidencie, para o olhar atento do pesquisador, algo que é dotado de um caráter que ultrapassa o individual, que é transmitido e que se insere nas coletividades a que o narrador pertence, como, por exemplo, seu grupo ou camada social.

De acordo com Meihy (1996), a modalidade de “história de vida temática” permite que o depoente, inicialmente, dê o rumo que quiser à reconstituição de sua história pessoal e, num segundo momento, que o pesquisador coloque questões – previamente definidas - de interesse específico do trabalho e que não tenham sido abordadas na parte inicial da entrevista, tendo como objetivo a compreensão do posicionamento do entrevistado em relação ao tema em estudo (CALDANA, 1998), neste caso a posição da usuária frente aos

cuidados recebidos e providos ao longo de sua vida e, especialmente, frente à condição de sofrimento psíquico.

A partir das proposições de Meihy (1996) e de Caldana (1998), o roteiro para entrevista com Rosana foi composto, inicialmente, pela solicitação de relato livre sobre sua história de vida e, em seguida, por questões temáticas, que abordavam sua compreensão a respeito da doença mental, sua trajetória por serviços de saúde mental e o cuidado ali recebido, as dificuldades decorrentes do adoecimento, a situação de cuidado dos filhos em virtude da internação de Rosana, sua adaptação ao lar após o período de internação.

O segundo roteiro semi-estruturado utilizado norteou as entrevistas realizadas com os familiares (Anexo 4) identificados como informantes-chave e seu foco foi investigar sua compreensão sobre a doença mental, impacto desta doença em sua própria vida, influência do quadro sobre os filhos de Rosana e as ações de cuidado desta para com os filhos.

- **Material de apoio**

Constituíram-se em material de apoio à análise os registros referentes ao levantamento do perfil das usuárias em primeira internação naquela instituição; a consulta ao prontuário de Rosana e as entrevistas livres realizadas com profissionais de saúde para compreensão do quadro e orientação na escolha do caso; aos contatos telefônicos para agendamento de entrevistas gravadas; às observações realizadas durante a realização de entrevistas com Rosana e seus familiares; às reflexões da pesquisadora a respeito da coleta de dados.

As observações realizadas ao longo da coleta e as entrevistas livres foram anotadas em diário de campo e digitadas para amparar a análise das entrevistas.

Segundo Lüdke e André (1980), o pesquisador na qualidade de observador deve preocupar em ser aceito pelo grupo, sem envolver-se em demasia nas atividades propostas

e sem identificar-se com um segmentos ou indivíduos, em especial, deste grupo, possibilitando a obtenção das informações que motivam o desenvolvimento do estudo. Houve oportunidade de observação da interação dos filhos com Rosana, na casa da avó materna, e ainda sem a mãe, na casa da avó paterna, onde passam o dia, quando o pai está no trabalho e não estão em horário de aula. Houve, ainda, o reconhecimento junto aos bairros onde os entrevistados residiam/trabalhavam.

4.5.1 Procedimentos de coleta de dados

- **Fase exploratória e escolha do caso**

No mês de julho de 2004 foi realizado um levantamento do perfil das usuárias em primeira internação naquela instituição, por meio do livro de registro de internações e de dados arquivado em computador.

Ao longo dos meses de agosto a outubro foram realizadas observações no Setor de Curta Permanência duas vezes por semana, em horários diversos, o que permitiu a compreensão da rotina do setor, o contato com usuários e equipe, bem como consulta aos prontuários das internas e solicitação de informações junto à equipe em busca de um perfil condizente com aquele eleito para a realização do estudo. Efetuada a escolha do caso, as observações na instituição foram finalizadas.

O Quadro 1 sintetiza os procedimentos de coleta adotados nesta fase do estudo, bem como a finalidade dos mesmos.

FASE	PROCEDIMENTOS ADOTADOS	FINALIDADES
Exploratória Período: julho a outubro de 2004	Levantamento de dados através do livro de registros de internação e arquivos de computador	Caracterização da clientela feminina atendida no setor agudos nos últimos 12 meses
	Observação da rotina da instituição Conversas informais com funcionários e internos	Compreensão sobre a rotina da instituição e seu histórico
	Consulta a prontuários Obtenção de informações sobre os casos com a equipe	Delimitação de casos de interesse de acordo com os critérios estabelecidos e escolha do caso para estudo

Quadro 1 - Descrição dos Procedimentos adotados e suas finalidades durante a Fase Exploratória do estudo.

- **Primeira fase: os primeiros contatos com a usuária e a família**

A partir da escolha do caso a ser estudado, a pesquisadora realizou um primeiro contato informal com a usuária, convidando-a a participar da pesquisa. Mediante sua resposta positiva, solicitou-lhe permissão para novos contatos e para que as outras pessoas a serem envolvidas no projeto fossem procuradas.

O Quadro 2, na próxima página, descreve os procedimentos adotados nesta fase do estudo e as suas finalidades.

- **Segunda fase: o retorno ao lar**

Com a alta-hospitalar de Rosana foram realizadas entrevistas, visitas, telefonemas e consulta a documentos, como pode ser observado de forma sumária pelo Quadro 3, localizado na página seguinte. O Anexo 5 apresenta pormenorizadamente todos os procedimentos e participantes desta fase do estudo.

FASE	PROCEDIMENTOS ADOTADOS	FINALIDADES
Primeira Fase – Durante a internação Período: outubro de 2004	Conversas informais com profissionais de saúde	Levantamento de informações sobre a paciente (dinâmica de funcionamento, início da doença, informantes-chave)
	Observação da rotina da paciente no hospital e conversa informal, explicitando os objetivos da pesquisa e solicitando permissão para procurar os familiares	Conhecer o processo de internação, compreensão sobre a doença, levantamento de informantes-chave e contato com os mesmos
	Conversas informais com familiares	Solicitação de permissão para realização da pesquisa com apresentação do projeto e da pesquisadora, obtenção de dados sobre o impacto da internação para a família e expectativas do tratamento e alta

Quadro 2 - Descrição dos Procedimentos adotados e suas finalidades durante a Primeira Fase do estudo, durante a internação da usuária.

FASE	PROCEDIMENTOS ADOTADOS	FINALIDADES
Segunda Fase – Retorno ao lar Período: outubro/2004– Fevereiro/2006	Entrevistas semi-estruturadas com a usuária e familiares	Conhecer o sentido dos cuidados necessários e providos pela paciente, da internação e da readaptação ao lar
	Entrevistas de história de vida temática com a paciente	Conhecer sua história de vida, a compreensão sobre o modo como o adoecimento mental afetou sua vida, e identificar outros informantes-chave
	Acesso a documentos	Obter outros dados sobre a vida da paciente e seus familiares

Quadro 3 – Descrição dos Procedimentos adotados e suas finalidades durante a Segunda Fase do estudo, com o retorno da usuária ao lar

4.5.2 Procedimentos de análise

Para Lüdke e André (1980), todo o material obtido durante a coleta de dados deve ser submetido à análise, quer se trate de relatos de observação, transcrição de entrevista, documentos ou outras informações. Este material deve ser agrupado de acordo com níveis

sucessivos de organização que permitam, gradualmente, mostrar um bom nível de abstração.

A análise, porém, não tem início com o término da coleta, podendo já ocorrer ao longo de todo o processo de trabalho de campo. O que se tem, finda a coleta, é uma análise mais sistemática e formal. Através do confronto entre os objetivos do estudo e as características da situação observada ocorre a delimitação dos focos de interesse do pesquisador e, nesse processo, devem ser formuladas questões para sistematização da coleta, que articularão os pressupostos teóricos da pesquisa e os dados, à medida que são obtidos (LÜDKE; ANDRÉ, 1980).

A dificuldade em analisar dados obtidos por métodos qualitativos já está, há muito, declarada. Partindo-se de uma etapa “mais braçal”, que inclui a organização e a categorização do material, de acordo com os objetivos da pesquisa (DUARTE, 2002), a análise requer um mergulho na literatura para “[...] produzir interpretações e explicações que procurem dar conta, em alguma medida, do problema e das questões que motivaram a investigação” (DUARTE, 2002, p.152). Para tanto, a autora sugere várias leituras do material, com o objetivo de cruzar informações cuja aparência inicial pode ser desconexa, interpretar respostas, notas e textos e, deste modo, com fundamentação do referencial teórico.

A organização do material referente ao E.C. envolveu a transcrição literal das entrevistas gravadas em áudio, nas quais os nomes dos participantes ou demais indivíduos mencionados foram alterados. Os registros de observações e conversas informais foram digitados .

Organizado o material, alguns passos para análise foram seguidos, conforme a orientação de Biasoli-Alves e Dias da Silva (1992): inicialmente recomenda-se a realização de uma leitura exaustiva e repetida do material de entrevistas, para apreensão de idéias

centrais tendo como pano de fundo os dados complementares. Neste momento, pode haver a identificação dos temas em cada uma das entrevistas e depois no conjunto de entrevistas, possibilitando a formação de categorias centrais.

Após a leitura de cada entrevista foi anotado, ao lado de cada parágrafo, o(s) tema(s) ao(s) qual(is) se referia o trecho. Essa leitura permitiu a formação de temas e subtemas e a elaboração de outro documento, no qual foram descritos esses temas e reunidos os trechos pertinentes (de entrevistas e de diário de campo) a cada um dos temas que emergiram.

Com a sistematização das categorias centrais como fruto de constante movimento entre os dados, a abordagem conceitual e a literatura, ocorre a até a composição de um quadro significativo de análise. E, finalmente, dá-se a redação final da análise dos dados visando vinculação com a realidade de modo que os indicativos do trabalho de pesquisa possam vir a embasar reflexões sobre a prática profissional na área (BIASOLI-ALVES; DIAS DA SILVA, 1992).

De acordo com Bardin (1977), os procedimentos acima descritos podem ser descritos como *análise de conteúdo temática* ou *categorial*, ou seja, “[...] de um ou vários temas ou itens de classificação, numa unidade de codificação previamente determinada” (p.77), como um texto ou uma entrevista.

Bardin (1977, p.31) engloba a análise temática no conjunto mais amplo denominado análise de conteúdo, que define como “*um conjunto de técnicas de análise de comunicações*” (destaque do autor), ressaltando não tratar-se de um instrumento, e sim de um “leque de apetrechos”. O primeiro passo do procedimento de análise é o *tratamento descritivo* do material coletado, utilizado não apenas pela análise de conteúdos. Neste momento, o pesquisador delimita as unidades de codificação ou de registro e as unidades de contexto. Segundo Bardin (1977), esta análise categorial ou método das categorias

permite a “classificação dos elementos de significação constitutivas, da mensagem”, sendo “portanto, um método taxionômico bem concebido para satisfazer os colecionadores preocupados em introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente.” (BARDIN, 1977, p.37).

A análise de conteúdo apresentaria um aspecto inferencial ou de dedução lógica, possibilitada pela fase descritiva, sendo tarefa do pesquisador:

[...] compreender o sentido da comunicação [...], mas também desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira. A leitura efectuada pelo analista, do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano (BARDIN, 1977, p.41).

Bardin (1977) coloca a análise temática como transversal, ou seja, ocorre através do recorte do conjunto das entrevistas por meio de “[...] uma grelha de categorias projectada sobre os conteúdos” [considerando-se] [...] a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como segmentáveis e comparáveis” (BARDIN, 1977, p.175).

No presente estudo a forma de análise dos dados assimilou apenas parte das colocações de Bardin (1977) a respeito da análise temática, tendo em vista ter adotado uma primeira leitura flutuante e em seguida, como sugere o autor, a separação do material por temas, sem se considerar, no entanto, a frequência dos temas.

O processo de análise de dados, mesmo que embasado nos passos enumerados por outros autores, como aqueles aqui considerados (BARDIN, 1977; BIASOLI-ALVES; DIAS-DA-SILVA, 1992) reflete a experiência particular de cada pesquisador, sendo, desta forma, necessário a descrição detalhada não só das etapas dessa análise, como também as dificuldades encontradas e as implicações que esse processo têm na formação ou aprimoramento do pesquisador.

A apresentação a seguir inicia pela exposição do perfil das usuárias em primeira internação e a escolha do caso para estudo. Em seguida, apresenta-se a História de Vida de

Rosana. Depois da apresentação da história de Rosana, seu entorno e as perspectivas de vida, serão expostos a partir do ponto-de-vista de cada participante. Por fim, apresenta-se as concepções dos participantes sobre o problema de Rosana e o tratamento formal necessário.

4.5.3 Execução do trabalho de campo

No momento em que a permissão para a realização do estudo foi obtida junto à Comissão de Ética da universidade, na instituição onde o estudo seria iniciado, havia a informação sobre troca dos componentes da diretoria e, por conseguinte, das gerências dos setores da instituição. Esta situação, vivida como instabilidade pela equipe, emergia sob a forma de “falas soltas”, criticando a diretoria que recém-instalara-se, culpando-a pela condição insatisfatória da assistência, incluindo-se dois casos de suicídio no setor masculino, ocorridos ao longo da execução da fase exploratória deste estudo.

A pesquisa apresentou pessoalmente o projeto a alguns membros da equipe e, ao contrário do que esperava, não houve entusiasmo por parte de nenhum dos profissionais. O processo de aproximação da equipe e da nova gerência descortinou a dificuldade para penetrar naquele universo. Foi com alguns auxiliares de enfermagem e porteiros que os contatos mais próximos foram estabelecidos. A equipe técnica mantinha-se em suas salas, reclusa, alguns membros limitando-se a ouvir o relato sobre a realização do estudo e sugerindo que conversasse com a gerência para resolver sobre a possível inserção para a coleta de dados. Em nenhum momento foi possível sentir acolhimento naquele setor, e a presença da pesquisadora gerava nesta certo desconforto, o qual julgava compartilhado pela equipe técnica. Em muitos momentos, a pesquisadora sentia-se intrusa naquele universo.

A fase exploratória, com idas ao setor de permanência para observação, foi prolongada em decorrência da indefinição, junto à equipe, do profissional que, por exigência da gerência, acompanharia a pesquisadora no momento da consulta aos prontuários. A indecisão quanto ao profissional que acompanharia a consulta aos prontuários causou desconforto na pesquisadora, anteendo a impossibilidade de realizar a coleta naquela instituição, única da região em que uma usuária em internação psiquiátrica poderia ser localizada.

Os contatos iniciais com Rosana e a primeira entrevista revelaram a necessidade de intervenções mais diretas, por parte da pesquisadora, para coletar informações a respeito não apenas de sua história de vida, mas também a respeito das temáticas de interesse do estudo. A história de vida contada por Rosana foi extremamente breve e contada ao longo de todo o contato com a pesquisadora, nas várias entrevistas gravadas, e em contatos, já com o gravador desligado. As informações cedidas pelos familiares auxiliaram a composição de um quadro que se denominou de História de Vida de Rosana, conforme apresentado no capítulo 6, cujas informações, portanto, excedem aquelas advindas das entrevistas com Rosana, a partir do primeiro roteiro elaborado.

Com relação às entrevistas com Rosana e seus familiares, todas ocorreram depois da alta obtida por Rosana. No geral as entrevistas foram realizadas nas residências dos participantes, o que nem sempre garantia um clima de tranquilidade para o contato, não sendo incomum a presença de outras pessoas durante as gravações. Assim, em algumas entrevistas estavam presentes os filhos de Rosana ou seus sobrinhos. A princípio a presença de outros causou certa estranheza e certo desconforto à pesquisadora, mas um olhar geral na estrutura das residências (pequenas e com várias pessoas nelas residindo), deixava claro que o ocorrido deveria repetir-se ao longo da coleta. Quanto aqueles que não eram entrevistados e estavam presentes no local, figuraram como platéia, sendo raras as

participações na conversa, com exceção dos filhos de Rosana, que em alguns momentos, colocavam algumas informações sobre a mãe, lembrando algumas situações vividas. Em outros casos, havia adultos, senão no cômodo onde se realizada a entrevista, em um cômodo anexo, no geral, por encontrarem-se sem trabalho remunerado àquela época, como um dos irmãos de Rosana.

Diferentemente da coleta de dados no âmbito hospitalar, o contato com os demais informantes-chave esteve envolta em um clima de receptividade e cooperação. Passaremos a alguns exemplos. O primeiro contato telefônico com Rosa, mãe de Rosana, mostrou uma senhora bem diferente daquela que encontramos no hospital. Ao delimitar o melhor dia e horário para esta visita, onde transcorreria a primeira entrevista, Rosa sugeriu que depois de 13:30 hs “as crianças já foram pra escola e fica bem pro ‘cê vir” (Diário de campo), emendando com “Você não se incomoda com casa desarrumada não, né?” A fala provocou riso por parte da pesquisador e de Dona Rosa e a recepção, chegado o momento do encontro, ocorreu com um beijo na face da pesquisadora, que não era de modo algum esperado.

A casa da família materna de Rosana era de chão de cimento e os portões, feitos com pedaços de madeira. A residência não diferia das demais existentes naquele bairro, ladeadas por uma vala onde o esgoto corria a céu aberto, e ao lado do qual as crianças brincavam. O primeiro encontro com Rosana fora dos portões do hospital revelou uma realidade financeira muito difícil, uma área da cidade inaugurada sob a forma de invasão de terrenos há muitos anos, localizada, anos depois, em uma favela.

Aos poucos foi possível à pesquisadora aproximar-se daquela família. De certo modo, a mãe de Rosana apresentava certa confiança na pesquisadora e buscava alguns conselhos. Apreensiva, mostrou um eletroencefalograma que Rosana havia feito, solicitando ajuda para compreender o laudo, em que se lia-se “nada anormal”. A palavra

anormal causara-lhe muita confusão e ela esperava pelo retorno para ouvir do médico uma avaliação que indicaria a anormalidade da filha. Em outra oportunidade, mediante um telefonema para agendar novo contato, disse que precisava falar com a pesquisadora a respeito de uma das filhas, menor de idade, querendo informar-se sobre alguns cursos gratuitos que a garota pudesse realizar, a exemplo de artesanato. Neste momento, referiu que não tinha outra pessoa a quem recorrer para obter tais informações, além de uma vizinha, a quem sempre se referia como alguém em quem muito confiava e estimava, auxiliando-a em todos os momentos difíceis.

Ao longo da coleta de dados, a pesquisadora mudou-se para outro Estado e as visitas tornaram-se menos frequentes. Numa dessas oportunidades uma visita ocorreu sem agendamento prévio, pois a linha telefônica de Dona Rosa encontrava-se inativa. Como ninguém atendera ao telefone da vizinha, a quem a pesquisadora recorria nos primeiros contatos, para agendar as entrevistas, a pesquisadora foi à casa de Dona Rosa. A recepção deu-se com a seguinte frase “Até que enfim!” (Diário de Campo), e logo em seguida perguntou porque havia ficado tanto tempo sem ir à sua casa. Algum tempo depois recomendou que fosse sempre visitá-la quando estivesse nos arredores, sem necessidade de um telefonema, pois ao estacionar um carro em sua porta, já sabia de quem se tratava. Em outra oportunidade, a ausência explicitada pela frase “Mas você demorou a vim!” (Diário de Campo) teria sido novamente sentida.

Rosana também demonstrou simpatia pela pesquisadora. Mostrava sempre os panos de prato que pintava, lembrando quais já haviam sido apreciados. Após os primeiros contatos, Rosana passou a esperar com certa euforia a visita da pesquisadora, conforme contara a mãe e ela própria havia confirmado. A pesquisadora havia se tornado “a visita de Rosana”, mesmo com frequência incerta. O bem estar de Rosana poderia ser sentido pela alteração de humor: mesmo nas últimas visitas, em que ela encontrava-se muito agressiva

com a família, a notícia de uma visita da pesquisadora, por meio de um telefonema, servia para acalmá-la e mobilizá-la a esperar por sua visita com os panos-de-prato ainda por ela desconhecidos, para que fossem exibidos e compartilhados. O breve ou tênue vínculo com a pesquisadora era, por Rosana, atribuído ao fato de que era sempre escutada, e sempre tratada com educação, porque sempre perguntava com ela havia passado desde o último encontro. No geral, Rosana recebia sua “visita” com um sorriso, mesmo quando encontrasse em momentos onde era mais difícil estabelecer contato verbal com ela.

No momento da primeira entrevista na casa de sua mãe, uma semana após Rosana receber alta-hospitalar, sua dificuldade em pronunciar certas palavras era evidente. Vários foram os encontros para que Rosana contasse, pouco a pouco, algumas vezes através de palavras, gestos, outras vezes com choro, sua história de vida.

Além disso, havia sempre um “agrado” na realização das entrevistas, fosse suco, café ou pipoca (na casa de Dona Rosa), ou a melhor cadeira e mais espaço à mesa (na casa da sogra de Rosana). Nos contatos com a família do esposo de Rosana a cordialidade esteve presente e a receptividade também. O esposo prontificou-se a telefonar para sua mãe e a ausentar-se do trabalho para conduzir a pesquisadora até a residência desta, com quem eu seria realizada uma entrevista. A sogra de Rosana, após conceder a entrevista, colocara-se à disposição da pesquisadora, caso fossem necessárias outras informações, cedendo seu número de telefone.

Em determinados momentos da conversa com a sogra de Rosana houve um alvoroço das crianças ali presentes, filhos e sobrinhos de Rosana, que conversavam entre si, o que gerou certa tensão na pesquisadora, pela qualidade da gravação, tendo em vista que a sogra falava bastante e com muita rapidez, podendo haver prejuízo no momento da transcrição (o que não se confirmou a posteriori). Em outros momentos, os meninos, revezadamente, debruçavam-se sobre o gravador, contemplando-o e a nora de Dona Rosa

pedia silêncio, quando percebia – talvez pela expressão facial da pesquisadora - que não era possível escutar o que era dito pela entrevistada, ou quando os meninos soltavam alguma gargalhada. .

CAPÍTULO 5

PERFIL DAS MULHERES EM PRIMEIRA INTERNAÇÃO

E ESCOLHA DO CASO PARA ESTUDO

5.1 Caracterização das mulheres em primeira internação

Dentre os três setores existentes na instituição, apenas a Unidade de Atenção Diária (CAPS II) possuía um levantamento a respeito do perfil sócio-demográfico ou diagnóstico de seus usuários. Deste modo, o primeiro passo para a escolha do caso para estudo foi a realização de um levantamento em livros de registros de internações e arquivos em computador localizados no Núcleo de Informações do HP visando traçar um perfil das mulheres em primeira internação. O material consultado apresentava as seguintes informações: data de nascimento, estado civil, profissão, escolaridade, religião, data da internação e data da alta, diagnóstico psiquiátrico (CID -10) na admissão, número de internações naquela instituição.

Os dados disponíveis, ao contrário do que se desejava, permitiram traçar apenas um perfil das mulheres internadas pela primeira vez *naquela* instituição, durante os 12 meses

precedentes (julho 2004 – junho 2003), no setor de curta permanência (CP). Informações sobre internações anteriores da usuária em outras instituições não se encontravam registradas no material consultado. A referência à ocorrência de internações anteriores ficava, deste modo, a critério do médico que atendia a usuária na admissão ou que acompanhava o caso até a alta, implicando na possibilidade de que, mesmo em consulta a cada um dos prontuários, era possível que a informação estivesse disponível a uma parcela apenas dos casos.

A seguir descreveremos as informações obtidas por meio deste levantamento sobre o perfil das mulheres em primeira internação no H.P.

A Tabela 1 indica que, das 78 mulheres que tiveram sua primeira internação naquela instituição entre junho de 2003 e julho de 2004, a maioria tinha idade inferior à 49 anos (F=64 ou 81%), sendo que 15 (19%) tinham entre 20 e 29 anos, 23 (29%) entre 30 e 39 e 22 (28%) entre 40 e 49 anos de idade.

Tabela 1 – Idade das usuárias (intervalo de 10 anos) em 1ª internação no Setor de Curta Permanência (julho/2003 a julho 2004). NI= não informado

Idade (anos)	F	%
< 20	4	5
20-29	15	19
30-39	23	29
40-49	22	28
50-59	5	6
60-69	3	4
70-79	3	4
>80	1	1
NI	2	3
<i>Total</i>	78	100

O estado civil⁷ das usuárias em primeira internação naquela instituição pode ser observado através da Tabela 2. A maioria das internas (F=39) eram solteiras (50%) e, somadas às viúvas e separadas, o total de mulheres sem companheiro perfazia 58% do grupo (F=45). Portanto, o número de mulheres declaradamente casadas era igual a 37 % dos casos (F=29).

Tabela 2 – Estado civil das usuárias em 1ª internação no Setor de Curta Permanência (julho/2003 a julho 2004).

Estado Civil	F	%
Solteira	39	50
Casada	29	37
Viúva	3	4
Separada	3	4
NI	4	5
<i>Total</i>	78	100

A Tabela 3 contém a distribuição de mulheres de acordo com a idade e o estado civil. A maior parte das solteiras tinha entre 20 e 49 anos de idade, sendo respectivamente 12% entre 20 e 29 anos, 10% com idade entre 30 e 39 e 17% entre 40 e 49 anos. Entre as casadas, a faixa etária mais freqüente esteve entre 30 e 39 anos, com 17% das mulheres. Dentre as viúvas e divorciadas a distribuição não apresentou uma faixa etária significativa.

A Tabela 4 apresenta as ocupações/profissões declaradas. Considerando-se o total de 78 mulheres, para cerca de 46% delas (F = 36) não havia informação declarada sobre profissão/ocupação. Nos casos em que a informação estava registrada, os maiores índices foram “Doméstica” e “Do lar”, respectivamente com 13 (17%) e 10 (13%) mulheres em cada uma. As outras ocupações declaradas e com maior freqüência foram: estudante, pensionista/aposentada, comerciar e costureira.

⁷ A informação registrada pelo Núcleo de Informações era “estado civil” e referia-se ao vínculo formal (casamento civil). A existência de um companheiro sem casamento civil, possivelmente, não fora computada.

Tabela 3 – Estado civil de acordo com a faixa etária das usuárias em 1ª internação no Setor de Curta Permanência (julho/2003 a julho 2004).

Idade/Estado Civil	Solteiras		Casadas		Divorciadas/ Viúvas		NI	
	F	%	F	%	F	%	F	%
< 20	4	5	0	0	0	0	0	0
20-29	9	12	5	7	1	1	0	0
30-39	8	10	13	17	1	1	1	1
40-49	13	17	7	9	1	1	1	1
50-59	4	5	0	0	1	1	0	0
60-69	1	1	2	3	0	0	0	0
70-79	0	0	1	1	1	1	1	1
>80	0	0	0	0	1	1	0	0
NI	0	0	1	1	0	0	0	0
<i>Total</i>	39	50	29	38	6	8	3	3

Tabela 4 – Profissões/ocupações declaradas pelas usuárias em 1ª internação no Setor de Curta Permanência (julho/2003 a julho 2004).

Profissões /Ocupações	F	%
Domestica	13	17
Do lar	10	13
Estudante	4	5
Pensionista/após	3	4
Costureira	2	3
Faxineira	2	3
Comerciarista	2	3
Vendedora	1	1
Servente	1	1
Atendente	1	1
Lavadora	1	1
Vendedora	1	1
Cozinheira	1	1
NI	36	46
<i>Total</i>	78	100

Quanto à escolaridade, dentre os 39 (50%) casos em que esta informação encontrava-se registrada, 29 mulheres (37%) haviam cursado, de forma completa (15%) ou incompleta (22%) o ensino fundamental conforme ilustra a Tabela 5. Com respeito às demais internas, uma era analfabeta, 8 (9%) haviam cursado o ensino médio, tendo-o completado ou não, e apenas uma ingressara no ensino superior.

Tabela 5 – Escolaridade das usuárias em 1ª internação no Setor de Curta Permanência (julho/2003 a julho 2004).

Escolaridade	F	%
Analfabeta	1	1
Ensino fundamental incompleto	17	22
Ensino fundamental completo	12	15
Ensino médio incompleto	2	3
Ensino médio completo	6	8
Ensino superior incompleto	1	1
Ensino superior completo	0	0
NI	39	50
<i>Total</i>	78	100

A religião foi declarada por apenas 36 (46%) das 78 mulheres internadas e, deste total, a maior parte era evangélica (F=20 ou 26%), 15 (19%) eram católicas e apenas 1 espírita (Tabela 6).

Tabela 6 – Religião declarada pelas usuárias em 1ª internação no Setor de Curta Permanência (julho/2003 a julho 2004).

Religião	F	%
Católica	15	19
Evangélica	20	26
Espírita	1	1
NI	42	54
<i>Total</i>	78	100

O tempo da primeira internação no Setor de Curta Permanência, explicitado pela Tabela 10, foi inferior a 10 dias para 8 (10%) das usuárias onde havia o registro desta informação. Entre 10 e 19 dias ficaram internadas 16 mulheres (21%) e entre 20 e 29 estiveram ali outras 12 (15%). Logo, considerando-se as informações disponíveis, 36 mulheres (46%) estiveram internadas por menos de 30 dias.

Tabela 7 – Tempo de internação (intervalo de 10 anos) das usuárias em 1ª internação no Setor de Curta Permanência (julho/2003 a julho 2004).

Tempo de internação (dias)	F	%
< 10	8	10
10 a 19	16	21
20 a 29	12	15
30 a 39	8	10
40 a 49	2	3
50 a 59	2	3
> 60	2	3
NI	28	36
<i>Total</i>	50	100

Os diagnósticos foram registrados em apenas 41 (53%) dos 78 casos em primeira internação ao longo do período estudado. O tipo mais comumente encontrado, conforme demonstra a Tabela 8, foi Esquizofrenia, sendo atribuído a 15 casos (19%), seguido por Transtorno Afetivo Bipolar em Episódio Maníaco sem sintomas psicóticos (F=6 ou 8%) e Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos (F=4 ou 5%). Outros diagnósticos freqüentes foram Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos (F=3 ou 4%) e sem sintomas psicóticos (F=2 ou 3%). Os demais diagnósticos atribuídos, conforme listados na tabela abaixo, corresponderam a apenas um caso cada.

A Tabela 8 permite, ainda, visualizar que dentre o maior número de casos (F=20 ou 24%) encontram-se aqueles diagnosticados como “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes” (F20 a F 29). Os diagnósticos de “Transtornos de humor” (F30 a F 39) perfizeram um total de 16 casos ou 21%.

Tabela 8 – Diagnóstico das usuárias em 1ª internação no Setor de Curta Permanência (julho/2003 a julho 2004) de acordo com o CID-10.

CID 10	Classificação	F	%
F 20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes		
F 20	Esquizofrenia	15	19
F 20.1	Esquizofrenia hebefrênica	1	1
F 23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios	1	1
F 23.8	Outros transt psicoticos	1	1
F 25	Transt esquizof tipo maníaco	1	1
F 29	Psicose não org não especif	1	1
	<i>Subtotal</i>	20	24
F 30-F39	Transtornos do humor (Afetivos)		
F 30	Hipomania	1	1
F 31	Transt afet bipolar, ep atual maníaco	2	3
F 31.1	Transt afet bipolar, ep atual maníaco sem sintomas psicot	6	8
F 31.2	Transt afet bipolar, ep atual maníaco com sintomas psicot	3	4
F 33.3	Transt depressivo recorr, epis atual grave com sint psicoticos	4	5
	<i>Subtotal</i>	16	21
Outros			
F 03	Demência não especificada	1	1
	Outros transt mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a		
F 06 + 64	doença física + Transt personal identi sexual	1	1
F 10.2	Transtornos mentais e comport.devido ao uso de álcool	1	1
F 70	Retardo mental leve	1	1
F 70 + 40	Retardo mental leve + Agorafobia	1	1
NI		37	47
<i>Total</i>		78	100

5.2 Limitações do levantamento e encaminhamentos para a escolha do caso

O levantamento apontou para falhas no registro de características das usuárias, como pode ser observado através das Tabelas 4 a 8 acima descritas. Os dados indicaram a presença, dentre as internas no período analisado, de maioria de mulheres entre 20 e 49 anos, portanto em idade produtiva e reprodutiva, concentrando-se as solteiras entre 40 e 49 anos e as casadas entre 30 e 39 anos. Todavia, as possíveis “uniões estáveis” não foram investigadas, tendo em vista a especificação “estado civil” como informação solicitada junto ao paciente/ seu acompanhante na admissão. Deste modo, o número de “casadas” pode ser superior aquele aqui obtido. Dados como profissão, escolaridade, tempo de internação e diagnóstico apresentavam-se incompletos para grande número de internas.

Dados sobre profissão encontravam-se ausentes para 46% e dentre as internas cujos dados estavam completos, havia declaração de exercício de atividade ligada ao lar (dona-de-casa e doméstica). Outras características reveladas pelo levantamento foram a baixa escolaridade e o diagnóstico de esquizofrenia.

Partindo-se do pressuposto que a concentração de mulheres em idade reprodutiva, casadas ou com relacionamento prévio (viúvas ou separadas) em maior número que solteiras (considerando-se que dentre estas poderia existir aquelas que conviviam com companheiro), baixa escolaridade, profissões declaradas ligadas ao lar, diagnóstico de esquizofrenia, o próximo passo foi o manuseio de prontuários para identificar mulheres em primeira internação (não apenas naquela instituição) com as características acima descritas.

Em função da limitação no registro dos dados, pelo levantamento não se pode obter informações sobre a existência de filhos. Deste modo, foi necessário, posteriormente, o manuseio dos prontuários das mulheres internadas no momento, para a identificação das que conviviam com companheiro e com filhos menores de idade, perfil desejado para o estudo.

Face ao objetivo de conhecer, através de um estudo de caso, a situação de uma mulher portadora de sofrimento mental em termos de prestação de cuidados no lar e dos cuidados requeridos por ela mesma em função de seu quadro, considerando sua história de vida e seu contexto de vida atual, o objetivo do levantamento do perfil das mulheres em primeira internação seria a identificação de um caso que pudesse ser considerado “*típico*” (YIN, 2005) no conjunto das usuárias, isto é, um caso com características comuns às demais, sem que seja pressuposta uma referência à representatividade do ponto de vista estatístico.

Deste modo, finalizado o levantamento, procedeu-se à escolha do caso. Foram consultados os prontuários das mulheres internadas durante os meses de setembro e

outubro, sem diagnóstico de abuso de substâncias e a pesquisadora pode verificar que, mesmo em casos onde constava na ficha do Núcleo de Informações (dados consultados durante o levantamento) tratar-se de primeira internação, dados de entrevista de anamnese (médica e, raras vezes, social) ou informações fornecidas por funcionários revelaram que algumas pacientes tinham sua primeira internação *naquela* instituição, tendo já outras passagens por pequenas clínicas psiquiátricas e/ou hospitais especializados dos arredores.

Na primeira quinzena de outubro de 2004 a pesquisadora teve contato com o prontuário de uma usuária cujas características preenchiam os critérios de seleção previamente estabelecidos. Após a leitura de seu prontuário, levantamento de informações junto à equipe e contato inicial com a usuária, esta foi escolhida para a realização do estudo.

CAPÍTULO 6

A HISTÓRIA DE ROSANA

A história de vida de Rosana foi recomposta e ordenada a partir do alinhavo dado pela pesquisadora, dos vários pontos de vista, lembranças sobre a Rosana que cada participante julga ter conhecido. As informações obtidas por meio dos familiares de Rosana que participaram do estudo revelaram-se truncadas, contraditórias; Rosana falava sobre si sempre menos do que a pesquisadora desejaria; muitas informações sobre Rosana, especialmente, advindas da mãe, só puderam ser obtidas passado um ano da data de início da coleta, momento em que maior confiança e familiaridade com a pesquisadora haviam sido estabelecidas. Tomamos como referência para iniciar a história de Rosana a data de seu nascimento. Ela tinha 27 anos à data inicial da coleta.

Rosana é a terceira de sete filhos do casal Rosa e José. Quando Rosana nasceu, a família residia num sítio, localizado em um município de médio porte da região sudeste, onde José cuidava da horta. Rosana conta que, quando pequena ajudava sua mãe nas tarefas da casa, brincava com as crianças da vizinhança, e que estudou até a segunda série.

Aos 5 anos, Rosana já tomava conta do irmão mais novo, que tinha menos de um ano de vida.

Por volta desta época, o pai de Rosana fora em busca de trabalho em outro Estado, e lá passou a residir com outra mulher. Rosa permaneceu na mesma cidade, onde também residia sua mãe e a família do esposo, transferindo-se do sítio para a área urbana, onde tinha uma casa de sua propriedade. Quando Rosa soube da traição, por seu desejo o casal separou-se. A família vivia em casa própria e Rosa trabalhava em serviços gerais para sustentar seus filhos.

Após alguns anos (sete ou nove, conforme duas versões diferentes da própria Rosa), José adoeceu e procurou Rosa que, aconselhada por sua família, dispôs-se a cuidar dele, já que não estavam separados judicialmente e considerava-se dever da esposa cuidar do marido. Rosa teria consultado a mãe e os cunhados, irmãos de José, sobre a retomada da vida em conjunto, ao que os mesmos responderam que não se tratava de uma situação vergonhosa, pois ele já era seu marido. A partir da opinião dos seus, Rosa aceitou cuidar de José e também retomar a união.

Em nenhum momento Dona Rosa soube nomear a doença que atingira o marido. Apontou apenas seu temor em que a doença atingisse seus filhos, todos fruto da união com José.

Ao aceitar cuidar do marido, impossibilitado de dar continuidade ao trabalho como porteiro em um comércio local, Dona Rosa e os filhos mudaram-se para o município em que José residia e o sustento da família advinha do trabalho de Dona Rosa como faxineira e um hotel.

No ano em que a família mudou-se para esta cidade, Rosana não pode ser matriculada na escola, pois o ano letivo já estava em curso e a menina não teria sido aceita pela escola. Apenas no ano seguinte ela voltou a estudar. A mãe não sabe precisar muito

sobre sua trajetória escolar, mencionando apenas que, como a sua caçula no presente, Rosana teria tido problemas de aprendizado, isto é, muita dificuldade para aprender, e que foi reprovada na escola algumas vezes.

Afastada da escola, Rosana cuidava da roupa da família, da alimentação e da limpeza da casa. À medida que os irmãos mais novos nasceram, Rosana assumiu também o cuidado destes, tendo em vista que a mãe sempre manteve-se trabalhando. A partir desta nova união entre Dona Rosa e José nasceram os quatro últimos irmãos de Rosana, um menino e três meninas.

Sem precisar o tempo exato, Rosa conta que, curado da doença que inicialmente o atingira, o pai de Rosana novamente adoeceu algum tempo depois. Tratava-se, no entanto, de uma doença psiquiátrica, tendo o quadro perdurado por 14 anos, até sua morte⁸. José realizou acompanhamento psiquiátrico em ambulatório hospitalar e fazia uso de Haldol e Amptictil. Foi também levado, inúmeras vezes, à emergência de um hospital geral no próprio município onde residia a família. Ali, em momentos em que apresentava desmaios ou crise de agressividade, era medicado e logo recebia alta.

A família de Rosana vivia em meio à doença do pai, às dificuldades que Rosa passou a enfrentar para cuidar do marido e sustentar a casa, além de um bebê recém-nascido. Neste momento, Rosana tinha quinze anos e iniciou namoro com Ademar, que à época tinha dezoito; poucos meses depois ela engravidou, abandonou a quarta série do ensino fundamental, e foi morar num dos cômodos da casa da mãe dele. A união não era do gosto da mãe de Rosana, que teria aventado com a filha a possibilidade de que ela tivesse a criança na própria casa, o que não aconteceu. Segundo a mãe, por ser ainda uma adolescente e não ter discernimento suficiente, Rosana teria ido residir com Ademar.

⁸ Rosana tinha cerca de 25 anos quando o pai morreu. Desta feita, no início da doença psiquiátrica dele, Rosana tinha por volta de 13 anos de idade.

A recepção da família de Ademar não agradou Rosana, pois alguns comentários sobre sua gravidez foram tecidos naquelas circunstâncias por sua sogra e cunhadas. Enquanto residia com a sogra, Rosana cuidava da arrumação de seu quarto, auxiliava em tarefas de limpeza da casa e lavava roupas, do casal, e demais familiares se assim fosse preciso.

Segundo a mãe de Rosana, Ademar não trabalhava durante o namoro com a filha, mas com o início do casamento, logo encontrou emprego como mecânico. Passado algum tempo depois do nascimento da primeira filha, o rapaz construiu uma casa no mesmo terreno da mãe, mas com entrada independente, para morar com Rosana e o bebê. Em residência separada da família de Ademar, Rosana cuidava da arrumação da casa, lavava as roupas, preparava a alimentação e cuidava do bebê. Não há relatos de visitas de qualquer familiar de Rosana, seja mãe ou irmãos, à casa onde ela residia com Ademar, nem mesmo durante a gestação. Foi a sogra quem acompanhou mais de perto este processo.

Pouco tempo após o nascimento da primeira filha, chamada Catarina, Rosana engravidou mais uma vez e foi ao longo desta gestação que iniciaram-se os primeiros desmaios e dores-de-cabeça, com crises de agitação, nervoso e agressividade, tendo início o acompanhamento no ambulatório de saúde mental do município.

Rosana recorda-se de que Ademar realizava as compras da casa, principalmente quando ela não se encontrava bem, em decorrência de nervoso ou desmaios, e estava sempre preocupado em deixar a mesa sempre farta, adquirindo produtos como pães, leite, queijo e frutas.

Nascida a segunda filha do casal Rosana e Ademar, chamada Carla, os desmaios desapareceram, mas Rosana continuou recebendo acompanhamento psiquiátrico ambulatorial e fazendo uso de medicação psicotrópica. Inicialmente era acompanhada por uma profissional e, após as queixas ao marido, sobre a falta de diálogo por parte da

médica, este procurou por outra psiquiatra, a respeito da qual Rosana colocava-se satisfeita com o atendimento prestado, alegando que a médica interessava-se por sua vida e a vida de seus filhos, sempre perguntando sobre todos no momento da consulta, ao contrário da médica anterior, que só tinha tempo para prescrever receitas. Ademar confirma a posição de Rosana frente à nova médica.

Ao engravidar do terceiro filho, o único garoto do casal (Carlos), Rosana apresentou boa saúde, sem qualquer sinal de desmaio, dores-de-cabeça e agressividade. Rosana cuidava da casa e dos filhos e era, segundo a sogra, cuidadosa com os horários das refeições e com a higiene das crianças, sempre limpas e com roupas bem lavadas. À medida que as filhas cresciam, segundo a sogra, Rosana lhes pedia auxílio na realização de pequenas tarefas. Rosana vivia restrita ao espaço residencial e segundo sua sogra mantinha-se o tempo todo com a televisão ligada e assistia muitas novelas.

Sem amigadas nas redondezas e com as filhas já em idade escolar, Rosana, segundo a sogra, teria se interessado por retomar os estudos, e havia se matriculado numa das escolas do bairro. Teria sido aceita em uma classe não caracterizada como supletivo, sendo motivo de piada, mais uma vez, agora entre os alunos do estabelecimento. Pouco tempo depois, deixou a sala de aula, mesmo já tendo adquirido parte do material escolar.

Durante a última gravidez, mais uma vez, Rosana teve algumas complicações, como tonturas e crises de agressividade. Após várias situações de agressividade para com o marido, e ameaça aos filhos, Rosana teria sido transferida para a casa da mãe, ficando aos cuidados dela até que a caçula completasse nove meses de vida, quando voltou para a casa nos fundos da casa da sogra.

São duas as versões sobre quem teria levado Rosana para a casa da mãe: segundo a sogra e a mãe, teria sido D Rosa quem a levou para casa; segundo Ademar, foi ele quem fez isso.

Na versão apresentada pela sogra, Rosana teria sido levada pela mãe em virtude de uma denúncia, feita por Rosana, de que Catarina, sua primogênita, teria sido abusada sexualmente por um rapaz menor de idade, primo de Ademar, e em presença da sogra, na casa de quem estava a passeio. À época foi realizada investigação pela Promotoria da Infância e da Juventude, a criança teria sido entrevistada por um psicólogo e o parecer judicial teria indicado que nada havia ocorrido. Essa acusação teria levado Rosa a buscar a filha para residir consigo, sem que Ademar suspeitasse que ela estivesse, mais uma vez, grávida, e sem que fosse compreendido o motivo desta mudança de endereço: a sogra hipotetiza que a mãe poderia ter imaginado que a família de Ademar poderia agredir Rosana, após a acusação. A mãe de Rosana teria providenciado um laudo psiquiátrico para a filha e esta teria, a partir de então, voltado a fazer uso de medicação psicotrópica. A sogra ainda alega que, ao levar a filha consigo, a mãe de Rosana teria justificado que queria preservar a vida da filha que estaria tentando se matar, pois pulava da janela da casa, localizada no segundo andar.

Outra versão foi apresentada por Rosa. Segundo a mãe de Rosana, esta havia dado uma “crise”, desmaiado, e ela fora procurada por Ademar, que solicitava sua presença junto à filha, que encontrava-se “muito mal”. Juntos, Rosa e Ademar levaram Rosana, desmaiada, ao pronto socorro, onde foi medicada, depois do que foi transferida para a casa da mãe, que dela cuidou durante toda a gestação. Os demaios teriam continuado e a mãe acompanhava a filha até a Santa Casa, onde era atendida, medicada e recebia alta. Segundo a mãe, o estado de saúde de Rosana na quarta gravidez, em virtude dos desmaios frequentes, requeriam cuidados constantes e diversas consultas médicas, sendo impossível continuar na casa do esposo, que trabalhava durante todo o dia e isso a deixaria sem assistência.

Ademar, em sua versão, conta que Rosana não fazia uso correto da medicação, que precisava ser controlada/administrada por ele, agredia-o constantemente e também a filha primogênita; num dos momentos em que o casal brigava, Rosana teria ameaçado pular a janela da casa, no segundo andar da construção, mediante o que ele solicitou ajuda de uma vizinha que possuía carro e, juntos, levaram Rosana para a casa da mãe da moça, deixando-a aos cuidados dela. Essa providência não teria atenuado o comportamento de Rosana que tornara-se ainda mais grave, já que mantinha-se agressiva, a partir de então prioritariamente com a mãe e não mais com Ademar.

Desta forma, durante a gravidez da caçula, que seria chamada Caroline, Rosana permaneceu na casa de sua mãe. Para maior comodidade dos filhos, Ademar teria levado os móveis e utensílios de sua casa para o cômodo existente no quintal da casa de Rosa, onde Rosana e o filho passaram a viver. Os desmaios de Rosana continuaram. As duas filhas mais velhas, já em idade escolar, permaneceram com Ademar, em virtude da escolarização já em curso naquele bairro. As meninas eram levadas pelo pai aos finais de semana e feriados para ficarem com Rosana.

Na casa principal residiam os pais de Rosana, duas irmãs e um irmão de Rosana com a esposa. Essas seis pessoas dividiam uma casa com quatro cômodos (três quartos e uma cozinha), além de um banheiro. Como o quarto para onde fora acomodada Rosana não possuía banheiro, ela usava o mesmo que a família, bem como o tanque de lavar roupas, que servia também para a limpeza da louça, tendo em vista que a cozinha da casa de Dona Rosa não possuía pia.

O retorno de Rosana para a casa da mãe ocorreu simultaneamente aos últimos meses de vida de seu pai. Ao longo do tempo, José tornara-se uma pessoa agressiva, constantemente fugia de casa, desmaiava com frequência. Nas fugas, muitas vezes deslocava-se até o local onde havia trabalhado, bastante distante de sua residência, em

busca de reaver tanto seu antigo emprego de porteiro, como um dinheiro que não lhe teria sido pago. A família mobilizava-se para buscar o genitor, e após sua localização, era conduzido a um hospital geral do município, medicado e recebia alta. Realizava tratamento psiquiátrico, fazendo uso de psicotrópicos, sem que, no entanto, sua esposa soubesse seu real diagnóstico. José faleceu com diagnóstico de infecção pulmonar e pneumonia⁹, aos 59 anos¹⁰, quando a quarta e última filha de Rosana já havia nascido.

Nascida a pequena, Rosana morou com a mãe ainda por cerca de nove meses, e depois voltou a residir com Ademar. O retorno de Rosana à casa do esposo tem, também, mais de uma versão. Segundo Ademar, em determinado momento, numa das várias situações de agressividade contra a mãe, Rosana a teria empurrado ao chão, provocando o deslocamento da sua rótula, e ela, furiosa com a situação, teria prometido a Ademar abandonar a filha e voltar para sua cidade natal. Ademar, com receio do que pudesse ocorrer a Rosana e seus quatro filhos sem a supervisão da sogra, teria os levado de volta para residir consigo.

Já a mãe de Rosana e as irmãs apontam que numa das visitas do marido para buscar os filhos, Rosana teria se jogado na vala numa tentativa desesperada de voltar a viver com Ademar. O que terminou por ocorrer.

Rosana permaneceu na residência do casal com os filhos e, por algum tempo, Ademar teria permanecido com sua mãe, em casa anexa. Depois, a pedido dos filhos e apesar de ter uma nova namorada, Ademar, voltou a dividir o mesmo teto com Rosana, mantendo, no entanto, a separação do casal, segundo a versão do marido. Aos poucos, Rosana descobriu a existência dessa namorada de Ademar, as brigas entre o casal

⁹ Constam, no atestado de óbito de José, cuja cópia foi mostrada à pesquisadora por Rosa, os diagnósticos de infecção pulmonar e pneumonia como *causa mortis*.

¹⁰ O pai de Rosana falecera cerca de dois anos antes do início da coleta de dados.

intensificaram-se, bem como as agressões ao marido e aos filhos, especialmente à primogênita.

Nos momentos em que Rosana tornava-se mais agressiva e a medicação já não surtia efeito, segundo Ademar, em muitas noites foi preciso que este levasse os filhos para o piso térreo, na casa de sua mãe, refugiando-se ali do nervosismo de Rosana. As brigas envolviam tapas, mordidas, objetos atirados contra ele e gritos. Mesmo no andar de baixo era possível ouvir Rosana gritar e, em muitas vezes, ela ia até a casa da sogra e batia contra a porta. A polícia teria sido chamada algumas vezes em decorrência destas situações.

A sogra reafirma a idéia de que, em meio às brigas do casal e agressões de Rosana, os netos eram transferidos, no meio da noite, para a casa da avó. Segundo a sogra, Rosana tentava arrombar a porta, dificultando o sono de todos, e a família, por três vezes, havia chamado a polícia. Assim que a polícia comparecia à residência, Rosana era alertada sobre a inadequação de seu comportamento, prometia acalmar-se e, tão logo a polícia ia embora, Rosana voltava a chutar a porta.

Segundo a sogra, em vários momentos em que Rosana não esteve bem, o filho tentava acalmar a esposa através de longos diálogos, o que funcionava apenas durante certo tempo. À medida que a conversa desenrolava-se Rosana ia acalmando-se e prometia que o comportamento não se repetiria. A sogra ainda recorda que, muitas vezes, Rosana apresentava idéias persecutórias ou “mirabolantes”, como o episódio de tentativa de estupro da filha mais velha, além do medo de ser envenenada pela comida que a sogra fizera, obrigando os filhos a se alimentarem primeiro, de modo a “testar a comida”. Durante os anos de convivência com a sogra, Rosana teria se retraído, deixado de frequentar a residência.

Uma das queixas de Ademar e sua família era o mal uso feito por Rosana de seus remédios: caso tivesse acesso aos mesmos, usava um número de comprimidos muito acima

do prescrito. Durante certo tempo, Ademar retirou a medicação da casa, guardando-a na casa de sua mãe e administrando ele próprio o remédio, de acordo com a receita. Mesmo a adequada administração da medicação não fora suficiente para que a agressividade de Rosana fosse aplacada e, a cada dia, tornava-se mais nervosa.

Ao fazer uso inadequado da medicação, Rosana tornava-se “dopada” e “muito sonolenta”, como recordou a sogra. Quando encontravam a mãe deitada, os filhos, muitas vezes ao perceberem que ela não atendia seu chamado, não “acordava”, recorriam à avó materna, dizendo que a mãe teria desmaiado e que precisava de ajuda.

Ademar acompanhava Rosana às consultas médicas. Na ausência deste, uma das cunhadas era solicitada para esta tarefa.

Rosana dormia ao longo do dia e não à noite. A agressividade aumentou, bem como as brigas com o marido, e os episódios em que, segundo Ademar e Rosa, sogra de Rosana, esta batia nos filhos, especialmente na mais velha eram a cada dia mais frequentes. Até mesmo os vizinhos teriam presenciado as agressões e os diálogos entre o casal e em um dos episódios em que Rosana teria quebrado uma vassoura no corpo de Ademar. Além da agressividade, Rosana estaria sempre “desconfiada” das intenções da sogra para com ela em decorrência do preparo dos alimentos. Como Rosana trocara “a noite pelo dia”, a sogra teria assumido a responsabilidade do preparo da alimentação das crianças. Num primeiro momento, Rosana teria assinalado que a comida que a sogra lhe servia estaria com veneno, sendo o desejo de Rosa, eliminá-la. Para ter certeza de que não havia veneno, não bastava que a sogra provasse a comida em sua presença. Rosana teria pedido aos filhos que o fizesse, e, pouco tempo depois disso, passara a desconfiar que não apenas seu prato, mas também o alimento servido a seus filhos teria sido envenenado pela sogra. Esta teria, segundo relato próprio, passado a cozinha na casa de Rosana, para que esta tivesse a certeza de que nenhum veneno havia sido adicionado às refeições, que também

alimentavam o restante da família (Ademar, os sogros de Rosana, os netos dos quais Rosa cuidava durante o dia e seu filho caçula).

Em determinada ocasião, num dos episódios de agressividade, chegou a ser amarrada em uma cadeira pelo marido (segundo a sogra) ou pela sogra (segundo o marido e a própria Rosana).

Tendo retornado a residir com Ademar e seus filhos, que fora maltratada pela sogra e pelas cunhadas, que teriam-na amarrado numa cadeira, em meio a uma de suas crises de agressividade. Segundo a sogra e uma cunhada, Ademar teria sido o responsável pelo ato. Segundo Ademar, foi necessário que a mãe e as irmãs dele amarrassem Rosana para que pudesse ser contida, sem a intenção de machucá-la. Na rua, Rosana teria agredido um rapaz que por ali passava em uma motocicleta. A cena da contenção teria sido presenciada pelos filhos e Rosana, frente a estes, solicitava que intervissem junto a Ademar, para que lhe soltasse.

Em seguida a este episódio, Rosana teria sido levada por Ademar e sua mãe à emergência do hospital geral da cidade vizinha, de onde fora encaminhada para internação em hospital psiquiátrico. Em alguns relatos, como o da sogra e da cunhada, a internação ocorreu logo após o episódio de agressividade que a levou a ser contida. Já Ademar coloca que, após o episódio, Rosana teria dado queixa, na polícia, do comportamento da sogra, não tendo sido, portanto, a internação imediatamente após esta crise de agressividade.

Apesar destas duas diferentes versões, o episódio aparece, nos relatos colhidos, como aquele que precedeu a ida de Rosana à Unidade de Emergência, momento em que foi encaminhada à internação em hospital especializado.

Nos momentos de maior agressividade, apesar do acompanhamento psiquiátrico em ambulatório, a internação rondava a vida de Rosana. Ela passara por duas internações no setor de emergência de um hospital geral local, em decorrência de sua agressividade, antes

de uma terceira passagem, cujo resultado, fora o encaminhamento para internação em setor de curta permanência de hospital psiquiátrico da cidade vizinha. Se em outros momentos Rosana já havia sido encaminhada a esta emergência psiquiátrica, porém nunca transferida para o hospital especializado, a sogra acreditava que Rosana deveria ter agredido a mãe que, nesta terceira oportunidade, acompanhava Ademar e por isto o encaminhamento para a internação no setor de curta permanência do hospital psiquiátrico teria ocorrido¹¹. Nas demais oportunidades em que a família teria levado Rosana à emergência, esta não contava com a companhia da mãe, tendo-se mantido menos agressiva, o que teria resultado no insucesso de interná-la em hospital especializado.

Rosana permaneceu no setor de curta permanência do hospital psiquiátrico por 15 dias, recebeu diagnóstico de esquizofrenia, mediante episódios de agressividade, e desencadeada a partir do nascimento do quarto filho. Tinha a essa data 26 anos de idade. Neste período de internação, Rosana pouco saía da cama, permanecendo o tempo quase que total no quarto. Apresentava-se bastante sonolenta e recebeu visita da mãe, marido e filhos. Nas raras vezes em que saía do quarto, era auxiliada por pacientes e alguns funcionários no momento da refeição, seja para locomover-se pela escada, em direção ao refeitório, seja para aguardar a refeição no quarto. Essa dificuldade de locomoção estaria embasada numa das pernas, que Rosana arrastava ao andar. A mãe não soube dizer quando teve início este problema, no entanto afirma que não era um problema que se apresentasse desde o nascimento, tendo iniciado havia poucos anos. Rosana “puxava” uma perna, segundo a mãe, mas não sabia precisar se o problema seria no joelho ou no quadril. A

¹¹ Segundo a sogra, era a presença da mãe que levava Rosana ao encaminhamento para internação. Nas demais oportunidades em que esteve na unidade de emergência, meses depois, a mãe a acompanhou em apenas um momento: nesta oportunidade Rosana foi novamente encaminhada para internação. Para a sogra, na presença da mãe a agressividade de Rosana ficaria incontrolável mesmo com uso de medicação, o que justificaria a internação em hospital especializado. A mãe confirmou que acompanhara a filha em apenas dois momentos à unidade de emergência, após os quais, Rosana fora internada.

perna trazia grande desconforto para Rosana no hospital, tendo em vista os vários degraus que separavam os corredores do setor de internação e o refeitório, atrás do pátio.

Os contatos iniciais com Rosana no hospital psiquiátrico relevaram uma dificuldade em pronunciar algumas palavras, que não se sabia por dificuldades advindas da medicação em uso, ou se já acompanhavam Rosana por mais tempo.

Ao obter alta-hospitalar, Rosana voltara para a casa da mãe com os dois filhos menores, não mais residindo no quarto existente no quintal da casa, independente da construção principal. A partir deste momento, Rosana ocupara o quarto ao lado do cômodo onde dormia sua mãe, e o dividia com uma da irmã. Uma semana depois, Ademar levou também o filho para junto de si. Aos finais de semana, os filhos passaram a ficar com Rosana. Ao retornar ao lar, ela apresentava muitos tremores, e a mãe cuidava de seu banho e alimentação. Os tremores diminuíram com o tempo e, aos poucos, ela retomou a execução de algumas atividades no lar.

Seis meses depois da primeira internação, após atendimento na emergência do hospital geral, Rosana foi novamente admitida em hospital psiquiátrico, desta vez por menos de uma semana, por crise de agressividade. Mãe e irmãs mencionaram alguns episódios onde Rosana agredia a todos verbalmente e, em especial, à mãe. Com relação a esta, Rosana também agredia fisicamente. Segundo uma das irmãs, na semana anterior à internação, Rosana expressara o desejo de visitar Ademar em sua casa e, como ninguém dispôs-se a levá-la, ela tinha tentado ir sozinha. No entanto, não encontrara o ponto de ônibus e, de volta à casa, estava agressiva, principalmente com relação à mãe. Esse episódio teria colocado a família alerta sobre a necessidade de outra internação. Sem conseguir lidar com Rosana, a família teria telefonado, solicitado uma ambulância para levar Rosana ao hospital. Fora acompanhada pela mãe e uma vizinha, esta sempre presente no dia-a-dia da família, bastante próxima de Rosana e sua mãe. Após o atendimento no

setor de emergência, Rosana fora encaminhada para nova internação no Setor de Curta Permanência do Hospital Psiquiátrico local e ali permaneceu por cinco dias.

No retorno ao lar apresentava movimentos ritmados involuntários, principalmente com os braços, encontrava-se falante e eufórica, principalmente ao relatar que havia conhecido um rapaz, também internado, com quem começara a namorar, que a tratara muito educadamente, e fazia planos de morar com ele. O rapaz nunca a procurou após a alta. Nos seis meses seguintes, Rosana passou a receber o benefício de prestação continuada (B.P.C.), cujos papéis haviam sido providenciados por sua mãe, o que levou à construção de um banheiro, no quarto existente no terreno onde morava com a mãe, voltando a ter seu próprio espaço.

Rosana residia neste cômodo, mas, em virtude dos tremores da filha, sua mãe cozinhava para ela, enquanto na casa principal quem cuidava da alimentação dos demais era uma irmã de Rosana. A organização do cômodo e as roupas eram de responsabilidade de Rosana, que usa o tanquinho elétrico da mãe para lavar suas roupas. A filha caçula de Rosana continuava em companhia da avó, Rosa, mesmo com mais espaço no cômodo do que nos quartos da casa principal.

Na construção principal, composta pelos mesmos quatro cômodos já descritos, residiam, naquele momento, Dona Rosa, duas irmãs de Rosana, um irmão casado (com esposa e um filho) e outro irmão, recém-separado da esposa, com dois filhos pequenos.

Neste período, os episódios de agressividade tornaram-se a cada dia mais freqüentes, com brigas entre Rosana e os sobrinhos, a mãe e os irmãos, e em virtude destes episódios outras três intercorrências levaram Rosana à emergência psiquiátrica do hospital geral do município vizinho, onde foi medicada e liberada no mesmo dia. Em decorrência das diversas brigas, a mãe cogitava uma nova internação em hospital psiquiátrico para Rosana. O atendimento ambulatorial estava mantido e a mãe queixava-se da dificuldade

para cuidar da filha em virtude de sua idade, saúde debilitada e da agressividade constante de Rosana. Os três filhos mais velhos viviam com o pai e a caçula aos cuidados da avó materna, na casa principal. Rosana vivia em um quarto com fogão – usado como armário, devido aos tremores em suas mãos – mesa, cama e uma cômoda. Morava só.

Apesar do quarto separado da construção principal, o convívio estreito estava mantido: as brigas no quintal, na casa da mãe continuavam a acontecer. O alívio era momentâneo ou parcial. Em meio às brigas e vítima principal das agressões de Rosana, a mãe, com uma infecção genital recorrente e com receio de apresentar recidiva de um câncer, via no hospital psiquiátrico a única saída para a situação, incontrolável por meio de remédios ou de tratamento ambulatorial.

A permanência de Rosana no cômodo em separado da casa da família aparecia como forma de preservar a integridade física de crianças e da própria mãe, alvo mais constante das agressões de Rosana e, nas palavras de Rosa, aqueles que menos podem se defender, pois, não raro, ao agredir um dos irmãos, estes, de idade semelhante à de Rosana, peso e altura, podiam defender-se, tentando evitar a agressão, contendo-a, ou ainda respondendo com agressão, jogando-a ao chão, já que falar, pedir, apontar que ela estaria sendo agressiva tinha pouca ou nenhuma eficácia.

Em momentos em que a agressividade de Rosana era dirigida aos irmãos, todos adultos, ou adolescentes, a família conseguia lidar com a situação: se ela batia, eles podiam contê-la ou revidar, para defender-se. A situação tornava-se insustentável quando a agressão era dirigida contra a mãe – e na maioria das vezes, segundo as irmãs, era esta a agredida – ou contra sobrinhos, todos pequenos, que na casa residiam ou ali se encontravam. Mãe e sobrinhos não tinham como defender-se da força que Rosana adquiria em momentos de agressividade. Encontrava-se aqui, a justificativa para a internação, na

visão da família de Rosana, momento em que a residência em separado da família não lhe impunha vantagem qualquer.

Em algumas oportunidades, quando a pesquisadora visitou Rosana, esta encontrava-se no quintal, à sombra de uma pequena árvore, ao lado dos sobrinhos e filhos que ali brincavam. À medida que os meses transcorreram, Rosana não mais aparecia no quintal, tornando-se restrita ao cômodo, reformado para que ela o ocupasse. Ao final da coleta de dados, a fala de Rosana havia se tornado ainda mais difícil de ser compreendida, a mãe encontrava-se doente, e solicitando tempo para cuidar de si, as irmãs não conseguiam imaginar qualquer saída para que a rotina da casa se tornasse mais amena, apesar da presença de Rosana. A internação era discutida pela família como forma de aliviar o cotidiano, tomado pelos episódios de agressividade de Rosana e a necessidade de auxílio para sua vivência diária, como preparo de alimentação. A desesperança tomava conta da fala da mãe de Rosana e esta encontrava-se mais emudecida ainda mais emudecida.

CAPÍTULO 7

ROSANA: ENTORNO E PERSPECTIVAS

Os relatos dos vários informantes a respeito da história de Rosana permitiram que se traçasse um perfil de seu entorno e as perspectivas para Rosana do ponto-de-vista da convivência e de seu futuro. Deste modo, este capítulo trata da relação estabelecida entre Rosana e aqueles com os quais convive, a partir das entrevistas gravadas e das observações realizadas ao longo da coleta de dados.

Rosana e a mãe

Como deixam entrever os relatos que, alinhavados, compuseram a história de Rosana, esta era, desde a infância, o apoio da mãe na execução de tarefas domésticas e no cuidado aos irmãos mais jovens, de forma a permitir que a mãe, Dona Rosa, trabalhasse como doméstica e assim garantisse o sustento da família.

A mãe continuava a querê-la por perto quando Rosana engravidou e transferiu-se para a casa do marido. A partir deste momento, Dona Rosa distanciou-se fisicamente da

filha, e sua fala deixa entrever que, enquanto casada com Ademar, cabia a este, na avaliação da mãe, olhar por Rosana. Há um enorme silêncio sobre o relacionamento entre as duas até o momento em que Rosana engravidou pela segunda vez e tiveram início os desmaios, como já descrito, e ela retornou à casa materna.

A justificativa de Dona Rosa para a não realização de visitas à casa da filha, após a união com Ademar, era a distância entre os dois bairros. Além disso, os bairros seriam mal servidos por transporte público, sendo necessário tomar duas conduções para visitar Rosana, o que não apenas encarecia, mas também prolongava o deslocamento¹²..

Nesse quadro, a impressão que fica é a de que, da perspectiva de Dona Rosa, a filha teria que seguir os trilhos traçados pela mãe, a história desejada pela mãe. Distanciar-se deste trajeto significaria o distanciamento da família materna, da mãe.

Assim, Rosana aparece sempre à sombra da mãe, tal qual no mito de Daphne, a imagem de flor presa à terra, sem se desenvolver, sem dar o rumo que quisesse à sua vida, sempre presa ao que lhe dera a vida, sempre presa à mãe-terra.

Nessa perspectiva, pode-se supor que a gravidez da primogênita teria marcado, pela primeira vez, a existência de Rosana além daquilo que dela se esperava na casa dos pais: funcionar como extensão da mãe, sua auxiliar na execução das tarefas doméstica e cuidado com os pequenos. Essa gravidez teria tornado possível, à Rosana, existir pela primeira vez para além da casa dos pais, além da sombra da mãe, executando as tarefas por ela orientadas, como auxiliar da condução da casa.

Rosana pouco falou sobre a mãe. Falou mais com sua mãe durante a coleta de dados. Em diversos momentos, ao longo das entrevistas, Rosana recorria à mãe para confirmar alguma informação, de forma a permitir que a pesquisadora verificasse que suas memórias estavam corretas. Essa postura de Rosana frente à mãe permite imaginar que

¹² O trajeto entre as casas de Rosa e Ademar, feito pela pesquisadora de carro, não levou mais que 8 minutos.

essa atitude configurava quase como um pedido de aprovação da filha para a mãe a respeito do que se recordava, relatava ou pensava.

Essa postura não se repetia, no entanto, quando Rosana relatava sua experiência durante a internação ou durante a vida em comum com Ademar. Nestas oportunidades, ela falava com mais fluência e se fazia melhor entender pela pesquisadora. Sua fala era mais solta e não requisitava a aprovação, a correção ou a complementação da mãe às suas memórias e opiniões.

Nas entrevistas gravadas ou nas conversas informais que a pesquisadora travava com Rosana havia sempre a interferência da mãe em seus relatos. Quando não permanecia conosco, Dona Rosa colocava-se à porta do quarto, onde Rosana, sentada à frente da pesquisadora era entrevistada. Nesses momentos, Dona Rosa ouvia tudo atentamente, fazendo colocações (correções ou complementações) onde entendia necessário, quando Rosana assim requisitava ou quando a própria mãe julgasse necessário. Neste caso, o tom de voz usado por Dona Rosa deixava claro para a pesquisadora, e quiçá para a própria Rosana, que havia algo mais a dizer, que Rosana esquecera-se de algo, ou não sabia relatar de forma adequada ou completa. Outra forma de interferência efetuada por Dona Rosa ocorria por meio de através de expressões faciais, que em geral pareciam assinalar um desejo de que não se acreditasse na filha. No geral, Dona Rosa permitia, nestas situações, que a filha terminasse sua fala, e então dava seu ponto de vista. Um episódio ilustrativo disso refere-se ao momento em que Rosana narrava à pesquisadora o já mencionado incidente em que fora amarrada pela sogra em uma cadeira. Tão logo Rosana contou a respeito do incidente e foi interrompida pelo próprio choro, Dona Rosa dirigiu o olhar à pesquisadora, a qual insinuava tratar-se de um relato não-fidedigno, seguido das palavras “você acha que.... não pode... uma pessoa não ia...”, e depois de um gesto que indicava ser tudo “coisa da cabeça” de Rosana, fruto da imaginação da filha e não da realidade.

Ao falar sobre a saúde da filha ou mesmo do que imaginava ou desejaria para o futuro, Dona Rosa colocava a saúde de Rosana atrelada à permanência desta na casa materna, onde poderia estar mais perto da família, conversar, receber e fazer visitas, sentir-se menos só do que no ambiente onde viveu com Ademar, uma casa afastada da família materna, onde nada disso era possível. Na casa de Ademar, Rosana teria encontrado apenas isolamento e nenhum afeto:

É claro! Tem aqui, ó, ela está vendo todo mundo, é a família dela. Vai na casa do irmão dela. Ela já foi! Foi duas vez! Depois dessa doença dela, ela já foi lá. [...] É, não, família dele, não... não se dava bem com ele, não. Mas igual eu te falo com ela: se não está bem lá, fica onde que ela está bem aqui. Por que aqui que é a família dela. Lá é a família dele! [...] Ele [Ademar] não vai querer levar ela de volta. Ele falou comigo! E ele já falou já tem tempo. É verdade, Rosana? Que que ele falava com você? Que que ele falou?! Você tem que ficar aonde? (Dona Rosa)

Ela tem os menino [consigo aos finais de semana], ela pode lá sair lá na rua na hora que ela quiser... agora não, porque agora ela ainda está doente, né?! Mas, né, ela pode sair, conversar com as pessoa e lá [na casa de Ademar], não. (Dona Rosa)

Em seguida, questionada sobre onde gostaria de morar, Rosana respondeu, como um eco: “Quem gosta de mim. Só a minha família que gosta”.

Ao retornar para a casa materna, Rosana estaria novamente num caminho saudável, pois esta lhe forneceria suporte emocional, já que teria com quem conversar, sem sentir-se isolada e cobrada, como ocorrera junto à família de Ademar, nos momentos em que Rosana apresentava dificuldade em realizar as tarefas da casa, seja pelo resguardo, seja pela pelo seu nervosismo. Este retorno marcaria, para Dona Rosa, a difícil tarefa (sua luta) para reestabelecer a saúde da filha, para que esta pudesse “servir” para o trabalho no lar, para que voltasse a produzir para a família.

Por outro lado, ao retornar à casa materna, Rosana retornava à condição de filha, distanciando-se do papel de mãe e esposa que marcaria sua vida desde a primeira gravidez, há cerca de 10 anos. Os cuidados com a caçula, dispensados pela avó, impulsionaram o apego da pequena para com ela e, no retorno de Rosana à casa de Ademar com os filhos,

após alguns meses de convivência, a pequena retornara à casa da avó materna, por não ter-se habituado à companhia apenas da mãe.

Nos momentos em que Dona Rosa falava a respeito de seu desejo em ter a filha junto a si, o tom usado, muitas vezes, lembrava uma pregação religiosa; Dona Rosa parecia querer “doutrinar” a filha a respeito do certo e do errado e das conseqüências de cada opção: continuar com a mãe ou tentar, mais uma vez, a vida em conjunto a Ademar. Quando falava a este respeito com a pesquisadora, Dona Rosa afirmara que retomar uma vida em conjunto a Ademar, seria, como perder a vida de Rosana e a sua própria, com conseqüências para a criação dos filhos:

Rosana, nunca mais [fala para a filha em tom de apelo]. Está ouvindo? Não vai mais, porque lá não é o seu lugar. Eu num quero mais você ir pra lá. Tirei você duas vezes de lá naquela situação! E não vou tirar mais! Se for pra lá, você vai perder sua vida! E vai perder a minha também. Vai perder a minha também. E você sabe que você não pode perder a minha agora, porque tem os outros menino. E você tem quatro filho! Muito, muito pequeno, vai ser muito mais difícil pra você, pra eles, do que pros meus! Porque os meus já estão com 16 anos, e 16 anos com 18 acima. Vai ser mais fácil pros meus... não estou sugerindo que eu quero morrer daqui há pouco, e nem você, mas estou te avisando. Não faça isto, porque os menino seu é muito pequeno! E você pode perder a sua chance de estar com eles... e não pode! Duas vezes. Três não pode inteirar. Não pode! Na primeira vez, você saiu desmaiada, que você nem viu sair de lá pra ir pro Pronto Socorro. Grávida da menina. Duas vez foi assim. E outra vez foi agora. (Dona Rosa)

Dona Rosa tentava contrapor a condição de isolamento vivida pela filha na casa do marido à condição de bem-querer da casa da mãe: Mas ao o falar sobre sua casa, onde a entrevista era realizada, ela assinalou, estranhamente, este lugar como “lá”. Hipoteticamente falava sobre o quarto, no quintal, que pretendia reformar para Rosana? Rosana encontrava-se “aqui”, isto é, na casa materna, acolhida, onde lhe queriam bem, e também “lá”, no quarto, de certo modo isolada e segregada:

É. Você tem que ficar lá aonde você se sente bem. Ficar no meio da sua família porque lá evita... EU vou lá! Nunca vou deixar de ir lá. Os seus filho nunca vai fugir de você. Então, você fica lá porque lá é onde você se sente bem, lá é onde está a sua saúde. Aqui você não tem saúde, você só vive desse jeito! Você tem que ficar lá. E se você obedecer, você está, ó, feliz. É... Você não pode mais falar, não quero mais que você pense nisso (Dona Rosa)

A fala ininterrupta da mãe, sobre o bem-estar de Rosana, assinalava que, além de estar junto ao seus, Rosana teria que preocupar-se menos com os filhos e centrar-se em seu reestabelecimento:

Eu não quero que ela preocupa mais com filho! Com nada sabe? Com nada! Porque jamais eu quero ele igual ela ficou... nossa... (Dona Rosa)

Ele [filho] já está com a vaga garantida já no pré... e as criança dele tudo está estudando. .. E aí eu... é o que eu mais falo pra ela, “não se preocupa com o menino, se preocupa com você!!!” Com a saúde dela! É isso que ela tem que fazer, porque senão, fica preocupada com uma coisa e outra, aí a doença volta de novo, né? Entra em depressão... aí dana tudo! Não se preocupe que os menino estão grande, estão estudando que é o que mais eles precisa, né? O pai está lá pra dar o que eles ... (Dona Rosa)

Para que uma pessoa estivesse bem, segundo Dona Rosa, precisaria trabalhar, ter seus interesses, sem ficar presa, como no caso de Rosana, à rotina do lar. Estar em contato com pessoas e interesses poderia aliviar a mente, o que não ocorria com a filha, tendo como consequência seu adoecimento. Rosana havia “parado no tempo”:

Mas eu estou satisfeita assim mesmo [em época de remissão de sintomas], porque eu falo com ela que eu convivo com tanta gente, com tanta gente, vou [no centro da cidade], é, vou [no centro da cidade], vou pra todos cantos, sabe? Agora que ela está aí que eu estou muito caseira, mas eu gosto de estar mexendo com as minhas coisas, e assim, alivia a mente. A sua mente está... É igual você está trabalhando! Você não está fazendo esses trabalho?! [...] E se você ficar quieta dentro de casa... Você vai pensar naquilo. Meu Deus, aonde que eu estou? E assim é ela! Ela parou no tempo. É, ela parou no tempo. Estava sentindo alguma coisa e ali ela parou e ali veio mais coisa, e mais coisa e mais coisa e... [...] Acumulou. E ali ela ficou. Por isso. O negócio dela foi isso, mas ela já melhorou muito bem. Ela já melhorou. Tenho certeza! Eu quero que ela sara, porque ela sarando, eu vou ficar bem também. Vou ficar bem, eu tenho certeza. E ele também vai ficar bem pra trabalhar, né? Porque a gente não pode pensar o pior pras pessoas, pra ninguém, por muuuuito ruim que a pessoa seja, por muita gente sofreu com uma pessoa, nunca a gente vai pensar o pior pra ele. A gente sempre tem que agradecer a Deus e pagar... e fazer o melhor, porque o melhor você vai receber lá na frente. Com certeza. Com certeza. (Dona Rosa)

A condição de Rosana após a internação foi decisiva para que ela ficasse aos cuidados da mãe, tendo em vista que Ademar, tendo que trabalhar para garantir o sustento dos filhos e o remédio de Rosana, não poderia prestar-lhe cuidados intensivos, tal qual a mãe:

E ele [Ademar] também disse: levaR pra lá porque eu não..não tenho condições de cuidar dela! É verdade. Isto aí é verdade. Ele não tem condições de cuidar dela. De tratar dela, digamos assim, de cuidar, dela não está podendo comer, está lá dando a comida pra ela, precisa de uma água, está lá na bera! Ele não pode fazer isso. Porque tem quatro filho, tem que trabalhar pra ... como vai tratar de quatro filho e ela? É verdade! O homem quando está nessa situação, ele fica uma pilha! Ele fala pra... pra todos os cantos da casa. (Dona Rosa)

Neste momento, a preocupação da mãe girava em torno do custeio do remédio, feito por Ademar, através dos ganhos como mecânico. A medicação mensal custaria à família R\$200,00 já considerado o abatimento conseguido pela idéia de Ademar em comprar os remédios em uma farmácia de manipulação, barateando o valor em 50% do preço. A preocupação com o uso correto do remédio, sem que nunca lhe faltasse, não estava associada apenas à dificuldade para comprá-lo, mas também na evidente melhora nos sintomas de Rosana que mais incomodavam à mãe: a agressividade e a tremedeira.

A melhora nos sintomas de Rosana descortinava à mãe a possibilidade de sonhar com o reestabelecimento completo da filha, atingido a partir do momento em que Rosana pudesse auxiliá-la, como fazia quando solteira, nas tarefas domésticas de limpar, varrer e lavar, tirando um grande peso de suas costas:

Aí tudo o que eu quero ela é sã, porque as outras menina não tem nada. Eu quero ela é sã. Pra ela me ajudar, né? Porque agora mesmo já vou precisar, né? Tem que limpar uma casa, tem que varrer um quintal, lavar uma roupa, ela pode me ajudar, eu posso ajudar ela, e ela sã vai tirar um... um peso muito grande das minhas costas. Muito grande, vai me despreocupar! Se Deus quiser! E se uma pessoa doente dentro de casa como é que você vai ficar... bem?! Não tem como. Nunca! Nunca a gente fica bem. (Dona Rosa)

O desejo de que em breve Rosana se reestabelecesse possibilitaria ainda à mãe o retorno à sua rotina. Tão logo saíra do H.P., Rosana precisava de cuidados intensos para alimentar-se e realizar sua higiene, em função dos tremores, o que exigia a possibilidade da mãe para auxiliá-la. Esse cuidado mais intensivo sobrecarregava Dona Rosa que, além da doença de Rosana, tinha outras preocupações, tais quais a perda do marido, ocorrida cerca de 18 meses antes da internação de Rosana, a perda de um genro assassinado, que lhe deixara a filha de 20 anos viúva e com duas crianças muito pequenas para criar, uma delas

de colo, além da frágil saúde de Dona Rosa, que se considerava também “estragada pela vida” e velha. Aos 58 anos de idade, mas aparentando muitos mais, Dona Rosa preocupava-se com a piora de sua saúde, pois com a doença do marido, ela passara a sofrer de pressão alta e tivera câncer de colo de útero, ambas doenças atribuídas às dificuldades vividas nos 14 anos de doença do pai de Rosana.

O reestabelecimento de Rosana estaria atrelado à possibilidade de que não se ocupasse ou preocupasse com seus filhos, os três mais velhos vivendo com o pai. Segundo a mãe, Rosana deveria ocupar-se unicamente de sua saúde. Ao ter sua saúde recuperada, Rosana permitiria que a mãe, que também cuidava dos netos para que dois filhos pudessem trabalhar, poderia cuidar de seus próprios interesses, isto é, ir ao correio, ao banco, ao INSS, cuidar de alguma criança das redondezas ou mesmo fazer alguma faxina, obtendo assim uma renda complementar à aposentadoria por invalidez do marido. A maior contribuição de poder cuidar das suas “coisas” e fazer suas “andanças”, estaria na possibilidade de aliviar a mente através dessas atividades, saindo da rotina de sua casa e seus problemas diários.

Para Dona Rosa, a filha deveria cuidar prioritariamente de sua saúde para que, no futuro, quando já não contasse com sua retaguarda, pudesse estar com seus filhos, dos quais, quando em boa saúde, Rosana sabia cuidar. A avó aponta os cuidados de Rosana para com a filha caçula, Clara. A menina, sempre apegada à avó materna, nos meses em que residiu com Ademar e Rosana aprendera com a mãe a forma para que seu colchão não fosse molhado por enurese noturna:

Ela [filha caçula de Rosana] falou assim, ” olha, minha avó, e você tem tanto medo de fazer xixi na sua cama, você pega um plástico igual a minha mãe fez: coloca por baixo do seu colchão... assim... e põe o lençol por cima. Mas eu não vou mijar! Você colocou... bota fralda plástica todo dia em mim e fralda... não urino na cama mais...” assim que ela disse. (Dona Rosa)

No entanto, o desejo de Rosa não se concretizou. Quando Rosana foi internada pela segunda vez, a passagem da filha pelo hospital foi claramente compreendido pela mãe como alívio temporário à família e à cuidadora, que se encontrava doente. A situação vivida foi descrita como insuportável, em decorrência da agressividade de Rosana dirigida prioritariamente a mãe, bem como aos sobrinhos que ali residiam/ se encontravam.

A trajetória de Rosana pelos serviços de saúde mental era toda documentada pela mãe. O hábito de arquivar todo e qualquer documento sobre a saúde da filha, tal qual executava com os exames e receitas do marido, era mantido por Rosa. Parte dos documentos, caprichosamente guardados por Rosa em uma bolsa unicamente com esta finalidade, referia-se a receitas, datas de consulta, exames e registro de nascimento da caçula de Rosana. Outra parte da documentação relacionava-se aquela requisitada para solicitar o B.P.C., cujo auxílio aliviaria Ademar na compra de remédios para Rosana, bem como a família materna na aquisição de bens para as necessidades básicas. O uso do benefício não só para Rosana, mas também para suprir algumas necessidades da família pode ser verificado através da fala de Dona Rosa, que refere a necessidade de conseguir o benefício “para si” e não para a filha:

E eu quero, meu Deus, tudo o que eu quero é conseguir um benefício! A Dra .. aquela é pi... a crônica, falou assim, “a senhora tem que ir depressa fazer... pedir um benefício pra ela, porque vai ajudar muito ela, dos remédio. Fazer tudo pra ter o remédio dela! E ajuda a senhora também” ... É, vai me ajudar também. Alguma coisa que faltar no meio do mês...[...]. Sim, é um dinheiro certo, e aí vai ajudar muito vocês também. Mas, sabe como esse povo, é, né? Esse povo hoje, uma má vontade danada! Ou é uma má vontade ou eles tem que fazer isso, ou tinha milhares de gente! [...] Éeee, de dá ooo... o laudo, o laudo, de conceder benefício. Eles tem que saber se está concedendo esse... pra uma pessoa que realmente precisa igual eu. Tudo o que eu quero é isso! (Dona Rosa)

Depois do laudo, ainda tem que passar por uma perícia lá no INSS. [...] Tem o médico lá da perícia, ele certamente vai olhar ela, né? E, ta.... ela está ainda trêmula, e não tem condição de trabalhar e também aquela, uma carta do [HP], né? [...] Quando ela sai de lá, que ela não tem condição. E é por aí, eu acho. Eu vou, eu, primeiro eu vou procurar os papéis primeiro, né? Pra depois levar só na perícia, né? Pra não ficar pra lá e pra cá com ela. (Dona Rosa)

Ué, acabar de fazer...fazer cômodo e rebocar, fazer... e fazer mais um cômodo que a mãe deixou, no quintal. E fazer o banheiro. E só. [...] Botar o piso no chão, fazer um quarto pra cá, porque, eu deixei fazer outro quarto pra ela e... ela ir pra lá. (Dona Rosa)

Mesmo com a concessão do benefício, o peso sentido pela mãe no convívio com Rosana não foi aliviado. Inicialmente a construção do banheiro e a transferência de Rosana para o quarto anexo à construção principal sinalizaram um alívio à família, pois encontrava-se nervosa e agressiva, brigando com os familiares, machucando-os e sendo machucada. Para a mãe, Rosana, sob seus olhos, e em separado dos demais, era a situação mais conveniente para todo o grupo familiar.

A convivência com Rosana colocava em discussão a saúde do próprio cuidador. No caso de Dona Rosa, a pressão alta denunciaria a preocupação pela situação vivida. E as dificuldades na convivência com a filha somavam-se às preocupações de outros tempos, que teriam sido causadoras de seus problemas de saúde:

É, sempre preocupado, e aí a gente acaba adoecendo, né? Tem coisas que não tem... que nunca teve... que vão tendo. [...] Sim, há coisas que eu nunca tive, depois que o pai dela, depois que ela adoeceu fiquei tendo!! [...] A minha pressão, depois que o pai dela adoeceu, tive câncer no colo do útero que eu nunca ti... nem nunca pensei nisto! Eu tinha. Operei. E assim. A pressão era boa, fiquei com a pressão muito alta! Então... aí vai só... piorando... (Dona Rosa)

[...] muita coisa pra uma pessoa que já está... não é véeeeiia, mas já está bem... já estou bastante gastada! A mente já está... de pouco a pouco já está... né [...] fica muito preocupada [com Rosana, os netos e as obrigações do dia-a-dia] e fica muito corrido pra mim!" (Dona Rosa)

Ao final da coleta, a saúde de Dona Rosa encontrava-se fragilizada por um problema recorrente, o mesmo que a atingira assim que o marido viera a falecer, e preocupava-se tanto com o cuidado da filha, quanto com sua situação, precisando ela mesma de cuidados. A internação aparecia tanto como um alívio temporário para Dona Rosana: se a filha fosse internada, ela poderia cuidar da própria saúde, além de adquirir certa “tranquilidade” no lar, sem presenciar as agressões de Rosana aos familiares, situação descrita como insuportável.

Alternativa à internação seria encontrar “ocupação” para Rosana ao longo do dia para que a sobrecarga familiar fosse aliviada: a pesquisadora e a vizinha que ensinava Rosana pintar panos de prato eram os únicos que permitiam certo alívio da mãe, pois o contato transformava o humor de Rosana. Na ocorrência de uma ou outra situação, Dona Rosa declarava-se mais aliviada da tensão cotidiana, pois Rosana “dava trégua” a ela.

A fala sobre uma possível internação já havia sido dirigida à Rosana que havia reagido contra isso. Desta forma, a mãe imaginava como conseguir uma guia de internação sem que necessitasse levar Rosana ao médico, sem que esta soubesse o que lhe ocorreria. Por orientação de uma médica, funcionária do ambulatório em que Rosana voltara a ser atendida, a mãe não deveria realizar visitas, pois esta atitude aumentaria o tempo de internação, necessário ao reestabelecimento da filha. A internação era a única solução que conseguia ver para a saúde da filha e a sua própria.

Irmãos e sobrinhos

Rita, alguns anos mais jovem que Rosana, fora casada e tinha dois filhos. Residia em outra casa e posicionava-se, ao falar sobre Rosana, sempre em defesa da mãe. De forma indignada, a irmã relatou que, em crise, Rosana agride sua mãe, e em determinado momento, chegou a quebrar a perna de Rosa. Rosana acuaria a mãe, impossibilitando a convivência naquele casa, onde residiam crianças, incluindo a caçula de Rosana. Rosana acuaria sua mãe nos momentos de agressividade:

Diz que vai matar, corre atrás dela, e foi assim que quebrou a perna dela!! (Rita)

Na casa materna, foi Rita quem, pela primeira vez descreveu Rosana como uma pessoa com comportamentos agressivos e, de certa forma, aproximou a Rosana descrita por Ademar e os seus. Para Rita, a irmã colocava em risco, em decorrência de seu

comportamento incontrolável, a vida da mãe, uma senhora idosa e sem possibilidade de defender-se.

A relação de Rosana com Rita encontrava-se permeada por lembranças desta referentes à agressões de Rosana à mãe e da dificuldade em fazer com que Rosana compreendesse sua idade avançada e poderia se machucar, como já ocorrera no já mencionado episódio do deslocamento da rótula de Dona Rosa. De acordo com Rita, nos momentos em que Rosana tornava-se agressiva, sem aviso prévio, sem qualquer acontecimento que pudesse justificar sua, a conduta mais correta de sua família seria evitar o contato, ficando “cada um no seu canto”, deixando Rosana em seu quarto. A exceção a este afastamento ocorreria caso um dos sobrinhos, que residiam com a avó ou que lhe visitariam, fossem vítimas do nervosismo de Rosana, alvos potenciais de empurrões, quedas e arranhões, sem qualquer possibilidade de defesa. Os pequenos não deveriam entrar no quarto onde residia Rosana sem a supervisão de um adulto, em decorrência da possibilidade de que, num de seus rompantes, Rosana machucasse um deles, inclusive a filha caçula.

Desta forma, a relação entre as duas irmãs, da perspectiva de Rita, encontrava-se marcada pelos sofrimentos impostos.

Quanto à Rosana, ela falava sobre os irmãos através de lembranças da infância, tentando acertar a ordem dos nascimentos, e recordando episódios marcantes da vida de cada um. O relacionamento com os irmãos no presente configurava mais a divisão do espaço, na casa da mãe.

Cuidar de Rosana, segundo a irmã, assemelhava-se a deixar de cuidar de sua própria vida, correndo atrás de Rosana quando decidia visitar Ademar de ônibus, sem saber em que local era o ponto de parada, correndo o risco de perder-se pela cidade. Estar junto a Rosana representava descuidar do bem-estar de cada um, tendo em vista os rompantes de

agressividade, que aconteciam sem aviso prévio, nos quais havia possibilidade de que as pessoas se machucassem.

Os acontecimentos que precederam a segunda internação de Rosana, relacionados às agressões dirigidas à Dona Rosa, haviam mobilizado muita raiva em Rita, que procurava entender qual a melhor forma de tratamento para a irmã. Havia uma exaustão em sua voz que parecia dizer que a família havia feito o que podia, e que era preciso viver outras vidas que não a de Rosana, amparando-a. Esse cuidado atravancava as demais vidas dentro daquela família.

Para que cada qual vivesse sua própria vida, seria preciso que Rosana, de acordo com a irmã, ali não mais estivesse. A primeira solução imaginada fora a internação por um período superior a sete ou quinze dias, nos quais a irmã permaneceu no hospital psiquiátrico. No entanto, como uma cunhada lhe informara que atualmente as pessoas não ficavam internadas por longo tempo, apenas três ou quatro dias e então voltavam para suas casas, esta possibilidade encontrava-se descartada. O desejo, no entanto, era o de que Rosana estivesse aos cuidados de uma equipe de saúde durante todo o tempo, de forma a permitir que os demais familiares tivesse liberdade para cuidar de suas próprias vidas. Rita demonstrou empenho em buscar uma instituição que pudesse receber Rosana e responsabilizar-se pela irmã.

O marido e os filhos

Durante o período em que Rosana e Ademar conviveram sob o mesmo teto, o rapaz, segundo ele, sempre apresentara comportamento protetor, preocupado com o bem estar físico da esposa, acompanhando-a em consultas médicas sempre que possível e,

segundo o mesmo, posicionava-se aberto para o diálogo com Rosana em momentos em que esta se apresentava agressiva, sempre nervosa.

A união entre Ademar e Rosana, segundo ele, no momento da entrevista, era há muito inexistente. Transcorrido algum tempo do início da união, Ademar passou a demonstrar desinteresse por Rosana, que não reconheceria a situação.

Porque eu sempre cheguei pra Rosana e falei que meu caso, tipo assim, o que eu tinha com ela já acabou há muito tempo, entendeu, que, né?! Aí ficava assim, se eu saio, reclama, se eu saia reclamava. Se eu chegava tarde reclamava, qualquer horário que eu chegava em casa ela reclamava, entendeu? (Ademar)

No discurso de Rosana, Ademar aparece como marido, não como ex-marido como a fala do próprio faz questão de assinalar. Para ela, a relação permanecia. Havia uma casa, para onde em mais de um momento quis voltar, havia filhos, uma história em conjunto. Ao contrário, ao falar sobre o casamento, Ademar o colocava como uma relação pertencente ao passado, que continuaria viva, segundo ele, apenas na imaginação de Rosana. Se no início da relação, Rosana havia se tornado esposa, e passara a viver com Ademar na casa construída com esta finalidade, com o passar do tempo, Ademar a retratava como alguém cuja convivência havia sido mantida/suportada apenas em função da existência dos filhos, de seu bem estar.

Ademar coloca a convivência com Rosana como inviável: não fica claro, no entanto, se o nervosismo e a agressividade de Rosana foram desencadeadores de seu desinteresse ou se a namorada que mantinha seria a justificativa. Essas duas situações (nervosismo e namorada) terminam por formar o argumento de Ademar para a distância que pretendia tomar de Rosana.

Quanto à Rosana, ao falar sobre Ademar, parece ter “parado no tempo”, para usar-se as palavras de sua mãe. Ao se referir à relação com Ademar o faz como se não tivesse sofrido abalos ao longo do tempo. Suas memórias a respeito da convivência a dois e os

hábitos do marido com relação aos filhos enquanto Rosana mantinha-se junto à mãe após a primeira internação, permitem inferir que, para ela, há um casamento, um marido, uma casa.

Segundo ele, o fato de Rosana não reconhecer seu desinteresse por ela enquanto mulher, sendo mantido o respeito e o cuidado por ser a mãe de seus filhos, sustentou as diversas brigas entre o casal, deteriorando ainda mais o relacionamento, o qual teria definitivamente terminado. Os filhos seriam usados por Rosana como forma de chamar a atenção de Ademar: as agressões, em especial à Catarina, primogênita, ocorreriam porque Rosana tinha plena noção do amor que ele nutria pelos filhos.

Porque ela agredia a minha filha, entendeu? É, tipo assim ela fica, é, o problema da Rosana mais é comigo, entendeu? Ela se altera, se altera, fica nervosa comigo e às vezes faz as coisa errada nas criança pra me atingir. [...] Não é com as criança. Ela fazia só com a minha filha mais velha, né? [...] Ela batia na [mais velha]! Entendeu? Fazia pressão, tipo assim, tipo assim, ela chega, fala uma coisa pra mim, eu ignoro, né? Aí ela vai lá e bate na menina pra me provocar, entendeu? Porque sabe que eu não gosto, entendeu? Aí sempre fazia isso. (Ademar)

A transferência de Rosana para a casa de sua mãe, motivada pelos desmaios e a agressividade dela, como já descrito em sua história, teria oficializado a já existente separação entre o casal, na versão de Ademar. Quando Rosana retorna à casa onde vivera com Ademar e, a pedido dos filhos, o pai volta a dividir o mesmo teto com Rosana, Ademar assinala que a separação continuava. Segundo ele, era apenas uma convivência para atender ao apelo dos filhos, que sentiam muito sua falta.

Medo e culpa marcaram a relação com Rosana a partir da intensificação dos desentendimentos. Com o tempo, as agressões antes direcionadas para o marido e os filhos teriam se transformado em tentativas de suicídio:

Aí, tipo assim, eu queria sair, tipo assim, eu queria sair fora dela quando ela começava agredir, né? Aí ela ameaçava se matar... ameaçava alguma coisa, entendeu? Aí uma vez ela tentou pular da janela. (Ademar)

Ademar expõe a impossibilidade de continuar “olhando” por Rosana e devolve-a para a mãe.... As ameaças de Rosana contra a própria vida levaram Ademar a declarar para a sogra:

[...] eu não tenho condições de ficar com sua filha, porque ela está falando de se matar, acontece alguma coisa com ela, vai acabar se matando mesmo e o culpado vai ser eu no caso, né? Vai dizer que o culpado vai ser eu. (Ademar)

O suporte que Ademar relatou oferecer à Rosana não fora interrompido com separação:

Aí fiquei lá, acompanhei a gravidez dela tudinho, entendeu, precisava de alguma coisa, sempre estava lá... (Ademar)

Fiquei na casa da minha mãe. Entendeu? Ai começou a me arrumar pobrema direto, me arrumar pobrema direto. As criança, “ah, pai, dorme aqui, dorme aqui, dorme aqui”. Falei com ela, “ah, Rosana, tudo bem, vou dormir aí, mas é.., você no seu canto, eu no meu, entendeu?” Ai o que que ela fazia, né? Tipo assim, eu comecei, voltei a dormir lá no caso, né? Ai tinha vez que ela ficava... batia nos menino, tudinho, tendeu? E os meus menino, é o seguinte, apesar que eles gosta muito dela, não se contentava em ficar comigo embaixo!! Ai ela começou a fazer aquela pressão, né? É... ela ficava nervosa... [...] começou a fazer aquela pressão, aí não deixava os menino ficar comigo, né? Ai eu acabando ficando lá na casa dela, lá, acabei ficando lá. (Ademar)

Mas, sobre a convivência com os filhos, Rosana nunca disse muito. Recordava-se do ano de nascimento dos quatro filhos, com certa dificuldade em precisar o nascimento da última, atribuindo-lhe um ano a mais do que teria, segundo a avó materna, na realidade. Recordava-se das dificuldades que viveu durante a gravidez da segunda filha e da última, seus desmaios, e da saúde de cada um desde o nascimento. No mais, no momento da coleta, Rosana recebia a visita dos três filhos mais velhos aos finais de semana. Sentia-se acarinhada com esta proximidade.

Em qualquer momento Rosana fez menção à agressão contra seus filhos. Elogiou o desempenho das crianças na escola, sempre mencionava que perguntavam muito a seu respeito quando fora internada. A preocupação dos filhos para com ela poderia ser sentida

através da falta de apetite dos filhos enquanto ela esteve internada. Rosana relembra o que ouvira de Ademar:

Os menino está sem comer, a [mais a velha] está sem comer, quem está comendo é a [segunda filha], só. O Carlos também. Ele emagreceu! Não está comendo nada. (Rosana)

A saudade das crianças teria sido expressa pela visita realizada no hospital psiquiátrico, quando puderam ficar alguns minutos com a mãe, que desceu à portaria para vê-los. Apesar de não apreenderem o sentido da internação, segundo os depoimentos, as crianças visitaram Rosana, permanecendo na entrada da instituição, para onde ela fora deslocada para receber os filhos, e Carlos declarou, após a alta de Rosana que iria permanecer ao lado dela, vigiando-a, o que permite vislumbrar associações com os episódios de brigas, agressões, polícia e ambulância em sua casa.

A sogra e a cunhada

Para a sogra, Rosana era, de início, uma pessoa calada, porém freqüentava sua casa, assistindo televisão e ali realizando algumas refeições. Era, ainda, acompanhada pela sogra ao médico e ao hospital quando o nascimento de um neto se aproximava. O afastamento entre elas teria acontecido depois do período em que Rosana morou com sua mãe, na sua quarta e última gravidez: ao voltar a residir com Ademar, a sogra sentira a diferença, a distância, a menor freqüência de Rosana em sua casa, em terreno contíguo.

A partir do momento em que Rosana passou a agredir não apenas o marido, mas também os filhos com certa constância, criou-se um atrito entre nora e sogra. Vários foram os episódios de agressividade relatados pela sogra, pelo marido e pela cunhada de Rosana, envolvendo gritos, barulhos, eletrodomésticos quebrados, ameaças aos filhos e ao marido:

[...] tirava tudo dentro de casa, cortava pneu de bicicleta e... [...] E, por exemplo, a bicicleta dele, ela ia lá e cortava os pneus, a... quebrava tudo dentro de casa. Aqui não tem nada dentro da casa dele! Fica mesmo uma televisão, uma cama, um fogão, até a botija ele tiro de lá... porque... estava ficando muito perigoso. Quebrava tudo. Era desse jeito que estava. (Rosa-sogra)

Os comportamentos agressivos com relação ao marido e aos filhos eram presenciados pela sogra que relata as dificuldades da convivência, com a família em sobressaltos e dificuldades para dormir com tranquilidade:

Iiih, minha filha, é terrível. A gente... é... passa noite sem dormir... porque atinge muito a gente, porque a família geralmente sofre mais do que a própria pessoa. [...] E, porque a gente fica assim, né, pensando, por exemplo, às vezes eles estava lá em cima, a gente aqui, a gente dormia sobressaltado, aí qualquer barulhinho a gente achava que podia acontecer uma coisa ou outra. E desse jeito. É terrível! Não é fácil pessoas que têm esse problema. Na mesma hora que está boa de repente não está. Outra hora você conversa com ela normalmente! (Rosa-sogra)

Cunhada e sogra relembram a dificuldade para dormir, nas semanas que precederam a primeira internação, com os gritos de Rosana e os barulhos vindos de sua casa, bem como o receio pelo bem estar das crianças, que fazia com que Ademar deixasse a esposa sozinha na casa e se dirigisse à casa de sua mãe para passar a noite com os filhos:

[...] a gente já não estava dormindo mais, ela não deixava a gente dormir, entendeu? Eu estava morando ali do lado, entendeu, então estava vendo toda a situação, entendeu? Toda noite, durante o dia também, mas toda noite era a mesma coisa, passava, virava a noite inteira acordado! Ela tomava os medicamento dela e dormia durante o dia. Quando era noite ela ficava doida... ficava louca mesmo! Batia nas criança, no marido, entendeu? Não deixava ninguém dormir, a vizinhança inteira aí, ninguém dormia. (Cunhada)

Além da agressividade, Rosana comportava-se de modo persecutório. A sogra fazia e levava o almoço e o jantar para ela e as crianças. Mais do que sentir-se ofendida pela desconfiança, a sogra, pelo contrário, atribuía este comportamento de Rosana ao seu nervosismo:

Eu fazia a refeição aqui, mandava pra ela. Às vezes ela cismava que não ia comer porque eu tinha botado veneno... [...] “Vocês estão botando veneno pra mim!” Meeeesmo ela vendo as criança comendo daquela mesma comida.. [...] Ela naum comia, porque ela cismava que tinha veneno na comida. [...] só no prato dela. [...] Mesmo você fazendo a comida e levando a panela e tirando e todo mundo comendo. (Rosa-sogra)

Rosana retrata a sogra como alguém que a magoara profundamente desde sua primeira gravidez. Se num primeiro momento, a imagem que Rosana tinha da sogra era a de alguém que, junto às cunhadas, a criticava, comentando a inadequação de uma gravidez antes do casamento, ao longo do relacionamento, a sogra tornou-se aquela que amarrara Rosana à uma cadeira, em meio a uma crise de agressividade, ato que a sogra atribui ao filho, Ademar. Rosana conta, com lágrimas nos olhos e voz embargada,...

Eles me maltratou muito, bateu muito! [...] A mãe do Ademar! [...] As três! [a sogra e duas irmãs de Ademar]. Quando eu estava grávida da... da [caçula] [...] Quando eu estava grávida da... da [caçula] [...] Eles falava assim... amarra... [surgem lágrimas nos olhos] [...] Pegava o ... elas num... ela pegava aquele negócio e amarrava... (Rosana)

Outros relacionamentos

Amigos, vizinhos e conhecidos não apareceram no dia-a-dia de Rosana. Além de uma vizinha que a ensinara a pintar, após a primeira internação, conhecida de sua mãe da igreja evangélica que ambas freqüentavam, Rosana não tinha qualquer vínculo com pessoas externas à família, seja na casa de sua mãe, seja na casa de Ademar.

CAPÍTULO 8

O PROBLEMA DE ROSANA E SEU TRATAMENTO

Este capítulo traz as várias vozes ou participantes a respeito de Rosana a partir de três temas-chave, identificados na análise do material colhido, isto é, qual seria o problema de Rosana, tratamentos recebidos até o momento ou necessários para seu reestabelecimento, e cuidado informal, ou prestado por cada participante ou identificado como necessidade. A Figura 1 destaca os participantes do estudo, explicitando que seu discurso converge para explicações a respeito do estado de saúde de Rosana.

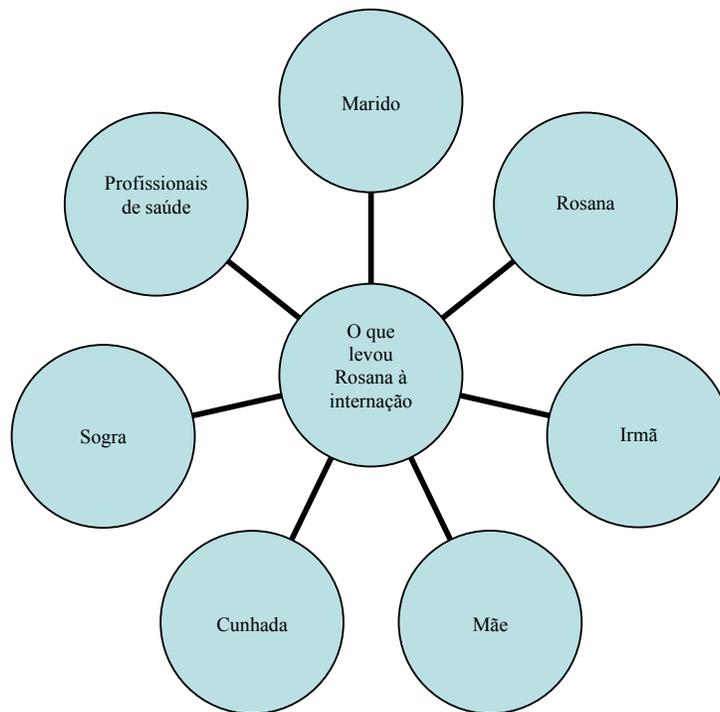


Figura 1 – As diversas vozes sobre Rosana

Rosana

A explicação de Rosana sobre o que acontece consigo tem sempre como referência o “ficar nervosa”, razão de sua internação inicial, tal como ela coloca para o médico e a pesquisadora no contato inicial. A idéia é de um estado que a deixa “doidinha”, brigando e “tacando as coisas” sem conversa, tremendo e “desabando” (sic), mas diferente daquele que ela identifica como sendo o em que está no momento da coleta, quando “conversa” com a pesquisadora.

Era muito nervosa! [...] É, muito nervosa! Muito agressiva! [...] Antes nem conversava, ficava só... tacando as coisa. [...] Assim... tremendo. Agitada.(Rosana)

Desse estado ela não pressupõe causa nenhuma, mas a descrição, por apoiada em gestos do corpo, evoca uma causalidade orgânica. Nesse sentido, é interessante que há

descrição muito semelhante entre seu estado e o que acometia o pai, sem que, no entanto, ela faça diretamente alguma ligação entre ambos. Tal qual Rosana, o pai também “desabava” e era nervoso.

Em tratamento ambulatorial há cinco anos, em função de seu nervoso, Rosana frisou, em diferentes momentos, sua insatisfação para com a psiquiatra que inicialmente a acompanhara no ambulatório municipal. Sua insatisfação era conhecida pela família: sua mãe, seu esposo, sua sogra. As queixas de Rosana ligavam-se à limitação da consulta, momento em que a psiquiatra não mantinha diálogo consigo, limitava-se a prescrever a medicação, que por sua vez não surtia efeitos.

Ela não conversava. E eu não gostava dela [...] É, o Ademar mudou [suas consultas para outra médica]. (Rosana)

[...] consultei mais de três anos com ela! Ela nunca... sabe isso que você está falando?...[eram perguntas sobre seu cotidiano, estado de saúde, filhos] Ela não perguntava mais nada! [...] Eh?! Passava receita e dava a hora de sai!!! [...] É. E ela... pegava remédio lá no posto e não fazia efeito nenhum! Efeito nenhum. [...] (Rosana)

Para Rosana, a consulta era como que uma “mentira”, uma farsa, estendida ainda a outra paciente que, por também ser acompanhada pela mesma médica, não apresentava melhora. Rosana contava com certa mágoa que o tempo de duração da consulta era o mesmo necessário para realizar a prescrição.

E a.. e também tem uma pessoa que eu conheço que consultou com ela, a mesma...a mesma mentira! [...] Está pior do que eu. Agressiva com os filho dela, está tudo assim! Tudo por causa da Dra A! [...] É, passa remédio... (Rosana)

De forma contrária, a médica que passou a acompanhá-la em seguida no ambulatório, interessava-se por seu cotidiano. Rosana aponta a existência de uma escuta, muito valorizada por ela. É a possibilidade de “conversa” entre Rosana e o médico que marca sua avaliação do atendimento recebido nos serviços de saúde. Ela não estabelece qualquer relação entre efeitos do tratamento sobre seu comportamento e a qualidade do

tratamento. Não há uma avaliação sobre o serviço de saúde, mas sobre a escuta que lhe foi oferecida (satisfatória ou não). Se houve escuta/conversa, Rosana mostra-se satisfeita com o tratamento. Ao contar os motivos pelos quais preferia ser atendida pela atual psiquiatra no ambulatório ressalta o interesse da médica por seu dia-a-dia e também a eficácia do remédio prescrito pela mesma para aplacar seu “nervosismo”:

Ela conversa. Pergunta o que que...o que que eu tenho...[...] Pergunta como que os menino está. [...] Perguntava várias coisa, né? Perguntava como eu estava tratando de mim, se eu tava gostando. Ai eu falei assim, “remédio está fazendo efeito... que antes nem conversava, ficava só... tacando as coisa...” (Rosana)

Por considerar que houve interesse, por parte dos médicos, ao longo de sua primeira internação, Rosana avaliou positivamente o tratamento recebido: fora tratada de modo atencioso pelos médicos, pois ambos haviam conversado com ela e lhe perguntando sobre seu estado de saúde:

No entanto, o processo de internação e a rotina do hospital psiquiátrico apresentaram algumas dificuldades para Rosana. Num primeiro momento, ela assinalou que foi uma experiência “ruim”, porque alguns funcionários e pacientes teriam sido “ignorantes” com ela, debochando de sua dificuldade em descer as escadas sozinha, para realizar as refeições com os demais. Acompanhado por lágrimas, o relato entrecortado de Rosana sobre essas duas semanas ressalta sua percepção de que alguns funcionários e pacientes dela debochavam, sorriam, ou a empurravam, por ignorância.

Mas é muito ruim. [...]... chegou e.. debochava, sorria...[...] ... minha perna, sorria...[...] Tem uns outro que bom. Mas outras... [...] Os funcionário, os paciente também! Sorriam [diz em tom de choro], puxa... uma paciente, uma enfermeira lá me puxou, quase quebrou a minha perna! [...] Só por inguinorância!!!! Tem... quase que me... me puxando, me puxando na escada, quase me quebrou ...[...] Pra descer [...] Pra comer! [...] Os empregado... é, funcionário me fizeram... [...] Eles sorria também da minha perna! [...] É. [inaudível] não está nem agüentando descer!? [Mas todo mundo te tratou assim?] A maioria não. (Rosana)

Por outro lado, ela havia recebido ajuda por parte de outros funcionários e pacientes, aos quais mostrava muita gratidão. Recebia auxílio, na maior parte do tempo, de uma paciente que também sofria de nervos.

Tudo bom. [...] E, tudo pessoa boa. [a mãe menciona que ninguém mexera com a filha] Não, ninguém! Tinha pessoa também que ... todo mundo me respeitava. [...] Todo mundo tinha, é, me respeitar. Que a pessoa também que me ajudava, era também, uma... uma pessoa que entrou também que tinha o mesmo problema de nervo também. É, foi na, na sala comigo. Ah, lembra que ela [paciente] falou pra você que eu tinha problema de nervo e que mancava da perna? (Rosana)

A mãe de Rosana

A compreensão que Dona Rosa tem a respeito do adoecimento de Rosana é a de que ele decorreu da condição em que residia com a sogra, em termos de relacionamento humano, pois lá não teria pessoas com quem conversar, além de ter sido criticada pela sogra e cunhadas pelo modo como cuidava da casa e dos filhos. Para Rosa, a fragilidade física imposta à toda mulher ao longo da gestação e do resguardo impediram que a filha realizasse todo o serviço da casa, o que teria gerado as críticas da família de Ademar. Assim, uma soma de acontecimentos desgastantes (gravidez, resguardo, falta de pessoas com quem conversar, críticas indevidas) deixaram Rosana “depressível”, com depressão. Rosana teria sido obrigada a ver outras pessoas executando o serviço doméstico, criticando-a por não fazê-lo, sem fosse levado em consideração sua impossibilidade de executá-lo. Ela não teria suportado ter conhecimento de sua tarefa, não poder realizá-la, e ver outras pessoas fazendo por ela. Como a “doença não avisa quando vem”, mas sim “aproveita uma oportunidade”, segundo Rosa, a filha teria adoecido, passando a sofrer de nervos. “Os nervos não agüento mais” (sic).

Muito jovem, casou muito jovem, achou que não precisava ir ao médico. Eu acho assim, né, ficou lá muito jovem, trabalhando lá na casa e... e aconteceu. Eu acho. Acho, não, tenho quase certeza, né? De resguardo, porque é como uma dieta que a gente tem que guardar um pouco, né? Pra se poupar a saúde um pouco... e aí... não agüentou. [...] A doença aproveitou. E é assim mesmo, você sabia? (Dona Rosa)

Além dos fatores que teriam tornado Rosana “depressível” e sofrendo de nervos, a mãe coloca a hereditariedade como possível explicação para o estado da filha. A agressividade e os desmaios apresentados por Rosana tanto ao longo da segunda como mais insistentemente durante a quarta gestação, suscitaram em Rosa o medo de que não apenas esta, mas os seus demais filhos tivessem herdado a doença do pai, que também sofrera de nervos. Como todos os filhos eram de José, Rosana chegara a imaginar que por terem “o mesmo sangue”, e pelo fato de que a “doença do pai ou da mãe [...] aparece no filho”, os filhos também sofreriam de nervos. Foi, no entanto, alertada por um médico de que não se tratava de doença transmitida pelo sangue.

Apesar desta informação, Rosa associava Rosana ao pai, através de características tais quais: ambos sofrerem de nervos, terem a mesma cor de pele e tipo de cabelo (ao contrário de Rosa e os demais filhos que tinham a pele e os olhos claros), nunca terem-lhe fornecido o diagnóstico de ambos. A trajetória de Rosa em busca de um diagnóstico para o marido repetia-se com a filha Rosana. Uma série de exames, como eletrocardiograma, exames de sangue, rins, fígado, urina e avaliações por diferentes médicos teriam sido realizados e nenhum dos profissionais teria lhe respondido à sua dúvida: “Eu quero saber se realmente é dos nervos!”

Se nada havia sido detectado em seus exames físicos, Rosana só poderia sofrer de nervos, da cabeça. A doença dos nervos era ainda associada à dificuldade de Rosana em locomover-se, devido a um torcicolo que sofrera, há algum tempo, sem que a mãe soubesse afirmar exatamente quando. A idéia do torcicolo reforça a noção de que a doença de Rosana possui uma localização física.

A tremedeira de Rosana e sua agressividade, isto é, a doença dos nervos, deveriam ser tratadas pelo médico de nervos ou de cabeça (o psiquiatra) através de medicação. Assim, tão logo Rosana recebera alta de sua primeira internação, a mãe apresentara-se

esperançosa, num misto de resignação e impaciência, à espera dos efeitos dos remédios prescritos no hospital psiquiátrico. Sem a agressividade, Rosana tremia muito naquela época, mas a informação do médico sobre a diminuição dos tremores ao longo dos dias, reforçara a idéia de Rosa de que tratava-se de doença dos nervos e também a respeito da possibilidade de resolução do sintoma pelo uso regular da medicação prescrita¹³ (Carbazol, Carbamazepina, Viverdal e Risperidona). Para a mãe, mudar o remédio era o mesmo que mudar o tratamento. A inibição da agressividade de Rosana pelo remédio era compreendida como indicativo, para a mãe, de que “lá [H.P.] foi... foi o final”, de que a solução havia sido encontrada, ao mesmo tempo em que ressentia-se por não ter ido diretamente ao H.P. em outras oportunidades. Tinha, ainda, esperança de que, no ambulatório, a prescrição continuasse a mesma. No entanto, por garantia, preferia voltar ao H.P., na certeza de obter receita igual à que possuía, prescrita pelo médico que atendera Rosana durante a internação. Se nos primeiros dias após a internação Rosana estaria, segundo a mãe, dopada de remédios, sem poder manter-se sem pé sem ajuda, permanecendo deitada durante todo o tempo, após uma semana já ficava de pé sem auxílio e após dois meses, continuava tranqüila e com tremores bem menos intensos. A doença estaria sendo combatida pelo remédio certo. Portanto, a preferência da mãe por um retorno ao H.P. para uma consulta.

A esse desejo de retorno ao H.P., Rosa não deixava de associar o medo que sentira nos 15 dias em que Rosana ali esteve internada:

Eu estou muito satisfeita com o que trataram lá, que aconteceu, mas eu... ali é muito, muito difícil, né? (Dona Rosa)

O barulho e as brigas entre os pacientes do Setor de Curta Permanência, presenciados por Rosa nas visitas realizadas à Rosana, haviam-na assustado. Por ser muito

¹³ A medicação em uso foi mostrada à pesquisadora pela mãe, nas respectivas caixas, guardadas na mesma bolsa em que Rosana guardava a documentação de Rosana e suas receitas.

parada, a mãe temia que Rosana pudesse ser machucada, atingida no momento de uma briga, ou mesmo atacada pelos pacientes, muito agitados. Além disso, Rosana em uma oportunidade, havia conversado com duas pacientes do Setor de Cronificados, e uma delas havia lhe informado que há mais de 40 anos estaria ali internada. Rosa havia imaginado que a paciente deveria ter sido abandonada ali por sua família, tal qual se abandona um recém-nascido indesejado. Perguntara à uma funcionária do Setor de Arquivo Médico/Núcleo de Informações sobre o motivo de uma pessoa permanecer ali internada por tão longo tempo. A funcionária teria respondido que a família abandona o paciente, não deixando o endereço correto na ficha e que não seria sua função localizar familiares. Rosa, então, tivera medo pelo futuro da filha, perguntando-se:

E eu fiquei com medo daquilo. Falei assim, “será que vai acontecer isto com a Rosana? Se acontecere e ela estiver boa mesmo, boa mesmo, eu assino a responsabilidade e levou ela embora.” Falei assim, eu pensei assim comigo, não disse nada, né? (Dona Rosa)

À medida que Rosana retomou o tratamento ambulatorial e as crises de agressividade voltaram a acontecer, a posição de Dona Rosa frente ao Hospital Psiquiátrico é, aos poucos, alterada. De “lugar certo”, aquele onde a filha já deveria ter chegado, pela efetividade na diminuição da tremedeira e do nervosismo, o hospital passa a figurar como local que permitia à família alívio momentâneo do dia-a-dia permeado por agressividade e tensão. A segunda internação delineia um hospital psiquiátrico não mais como ponto final do tratamento, mas local passageiro, dada a impossibilidade da internação integral nos dias de hoje.

No entanto, ainda que a internação integral não tenha sido aventada naquela instituição, que por informações de uma conhecida de Dona Rosa, “não podia internar mais [para sempre ou por longo tempo]”, ela fora imaginada associada a uma casa para cuidados a idosos, um asilo particular. A impossibilidade financeira da família seria o primeiro impeditivo para sustentar a mensalidade de Rosana nesta instituição. Durante os dias em

que Rosana encontrava-se internada, Dona Rosa sentia-se aliviada: não havia “perigo” de ser agredida por Rosana, nem o medo de que isto acontecesse a qualquer momento.

Na falta de recurso financeiro para que Rosana recebesse “atenção” de profissionais, que dela poderiam se ocupar o tempo todo, dentro da Clínica para Idosos, restava à família cuidar dela. Ao final de alguns meses com repetidas crises de agressividades e outras passagens pelo setor de emergência do hospital geral local, Dona Rosa acreditava que um agente comunitário de saúde que começara atuar naquele bairro poderia lhe auxiliar para conseguir nova internação para a filha. Segundo informações de uma médica do posto de saúde, era preciso que a família não fizesse muitas visitas para que a internação se prolongasse. Dona Rosa acreditava que a única solução para seu momento de vida, em decorrência de algumas dores que, mesmo à espera de exames, eram-lhe o prenúncio de uma recidiva de câncer no colo do útero, seria internar Rosana “por um tempo”, por “uns dias”, para que ela tivesse tempo de cuidar de sua própria saúde: consultar-se, realizar exames necessário e repousar.

A irmã de Rosana

Dona Rosa é a maior preocupação da filha, Rita, com relação ao nervosismo de Rosana. Indignada pelo modo agressivo como Rosana trata a mãe, Rita teme ainda pelos seus filhos ou outros sobrinhos, quando transitam pela casa da avó, já que a qualquer momento, Rosana pode tornar-se agressiva, sem aviso prévio. Como os pequenos e a mãe, já idosa, não saberiam defender-se, a única solução seria afastar Rosana da casa da mãe, devido à força que assume nos momentos de agressividade.

Os cuidados de que Rosana necessitaria, segundo a irmã, seriam, prioritariamente de ordem médica. A família, mesmo desdobrando-se para atendê-la, não apresentava

condições de fornecer-lhe o suporte necessário, pois Rosana demandava alguém o tempo todo junto dela. Isso só seria conseguido se Rosana estivesse internada ou em um serviço de saúde em que residisse, como uma casa de saúde, a exemplo de um asilo de idosos.

Outra possibilidade seria um tratamento como o que existiria próximo do hospital onde ela já estivera internada, destinado aqueles que, obtida a alta, haviam retornado à casa da família. Sobre a possibilidade de Rosana tratar-se nesta “Casa” próxima ao hospital psiquiátrico (na verdade um CAPS), ela não via como viabilizar, tendo em vista a distância entre a residência da família e esta “casa”, que impunham a necessidade de três conduções para a locomoção (pois não podia dormir na casa, apenas passar o dia), e a necessidade de que uma pessoa da família se desfizesse de suas obrigações para acompanhar Rosana até o local, pois a irmã não sabia usar transporte público. Ninguém naquela casa pobre poderia parar de trabalhar para acompanhar Rosana, nem mesmo arcar com os custos da passagens, ainda que ela conseguisse deslocar-se sozinha.

Em conversas que mesclavam raiva pela agressões sofridas e preocupação com o futuro de Rosana, a família cogitava uma terceira opção, já antes mencionada neste capítulo, por ser partilhada por Dona Rosa: encontrar uma clínica particular para internar Rosana por um longo tempo. Fora Rita quem apresentara essa possibilidade à família. O impeditivo para a internação na clínica, naquele momento, seria a falta de recursos financeiros da família, necessários para que o paciente fosse “aceito” (internado).

Rita cogitava a possibilidade de internar Rosana em uma “casa”, que funcionaria como um asilo, num bairro da cidade vizinha, mas de não muito distante da residência da família. Pela existência de enfermeiras nesta casa, Rosana não fugiria, não se afastaria da família quando ninguém pudesse dela se ocupar, como vinha ocorrendo e Rosana não precisaria sempre ser acompanhada pela família, assim os demais poderiam cuidar de seus próprios interesses. Segundo informações, a clínica poderia receber Rosana, desde que a

família arcasse com o custo de um salário mínimo, do qual a família, naquele momento, não dispunha. Como não entendia que outra possibilidade havia para a família, frente às agressões de Rosana à mãe, agora mais freqüentes, ela iria informar-se a respeito de outras clínicas que pudessem cobrar mais barato.

A solução para a situação em que se encontrava a família seria a tal “casa”, investigada por Rita junto a uma cunhada, auxiliar de enfermagem. A informação da qual dispunha era que as casas para idosos não aceitavam mais pessoas jovens como Rosana, pois davam muito trabalho para serem cuidadas, coisa que ela sabia e com a qual concordava.

Ademar

Para Ademar foram os vários desentendimentos entre o casal que geraram os problemas de nervoso apresentados por Rosana. A agressividade, inicialmente dirigida a Ademar, através de verbalizações, de tapas, mordidas, objetos atirados contra ele, passou a atingir também a filha primogênita. Ademar acreditava que agredir a filha seria uma forma eficaz de atingi-lo, buscando sua atenção, magoá-lo, já que Rosana sabia do amor e do cuidado que ele tinha pelos filhos.

Tinha poblemas com ela, sempre nervosa, de vez em quando ela me agredia [...] quebrava as minhas coisa, ela fazia eu ficar nervoso, né? [...] Ai cada vez ela foi piorando mais, ficou mais descontrolada ainda, entendeu? (Ademar)

É, justamente é uma questão que nunca entendemo isso aí, entendeu? Eu ACHO, na minha opinião, que é pra, ela faz isso pra me atingir no caso, né? E a menina paga por... justamente, que está no meio da gente ali, né, ela sabe que a forma mais prática dela me atingir é a menina, ela acaba fazendo isso. (Ademar)

Se no início, Ademar avaliava que a medicação auxiliava Rosana a ficar menos nervosa, com o passar do tempo, mesmo com a sua intervenção para que a esposa não usasse mais comprimidos do que o prescrito, ou que o fizesse nos horários determinados, a

medicação prescrita já não fazia efeito. Rosana não dormia à noite, mas sim durante o dia, e nem mesmo seus diálogos, outrora efetivos, conseguiam aplacar seu estado de nervos.

O episódio em que Rosana fora amarrada por Ademar e/ou por sua família ocorrera ao mesmo tempo em que o diálogo, usado por Ademar como ferramenta na convivência com Rosana, para acalmá-la, já não surtia mais efeito, o que teria justificado a sua internação:

Ah, ela bate de mão, se tiver alguma coisa pra jogar na gente, ela joga... agredindo! Já passou a mão em faca, entendeu? E eu sempre tentando segurar ela, tentando acalmar, ultimamente não tive mais jeito, não, tive que internar ela... [...] Acalmar, mas ultimamente estava mais tendo jeito, não. Tive que internar ela! Fui obrigado a internar ela, porque... num, num tinha mais conversa! (Ademar)

Ademar coloca-se em posição de cooperação com Rosana, evitando a internação enquanto fora possível. Contou que a esposa não estava bem, muito nervosa, e que, ao ir atrás dos médicos da prefeitura, estes diziam que não podiam fazer nada por ele. Disse que mesmo tendo ido solicitar ajuda (internação) aos médicos, ninguém havia lhe ajudado, até que um conhecido conseguiu ajudá-lo, obtendo uma guia de internação.

Não, é, por exemplo, acho que eu [riso nervoso] falei assim, o que acontece comigo eu já falei entendeu, quero falar assim, espero que ela fica boa, né, melhora. Não ...mais. Eu sempre tentei ajudar ela. Mas chego num ponto que não tava dando mais. (Ademar)

Para Ademar deixá-la internada não fora uma situação fácil, pois havia sofrido e chorado nas visitas que realizara. Acreditava que se era ruim vê-la do jeito como estava, “brigando com todo mundo”, tendo até mesmo batido nele, dando um tapa no rosto, deixá-la internada nunca havia sido cogitado, em virtude da “normalidade” de Rosana. A crescente agressividade de Rosana seria a justificativa da internação que, segundo Ademar, ele tentara por longo tempo evitar¹⁴:

¹⁴ Rosana relatou, em uma das entrevistas, que Ademar acreditava que a internação naquele Hospital Psiquiátrico era um momento difícil, tendo em vista a ocorrências de mortes e enforcamentos de pacientes que ali ocorriam. Ao ouvir, no hospital geral, a possibilidade de que a esposa fosse encaminhada ao H.P., segundo Rosana, ele teria dito: “Então se for assim, um hospital desse jeito, então não precisa, não, então não

Oh, eu trato ela bem, não faço nada, porque pra mim ela é... ela é normal... eu não penso, nunca pensei... E aqui, deixar aqui, estava pior! Mais agressiva. Aí eu chorei. (Ademar)

Segundo Ademar, Rosana não era uma pessoa a ser considerada “louca”. Ela era apenas nervosa e a internação deveria ter-lhe servido como aprendizagem, pois naquele local ela encontrara pessoas em condição pior que a sua e com outros problemas em suas vidas. Poder conviver com pessoas assim, teria o poder de sensibilizar Rosana, aliviando seu nervosismo, e a possibilidade de manter diálogo com outras pessoas também funcionaria como distração, não apenas como constatação de que haveria problemas mais sérios que os seus.

...pessoas assim, comportamento muito pior do que o dela mesmo, entendeu? Eu acho que fez ela acalmar mais [já que] ela ficou no meio de um monte de gente. Gente que tem problema igual a ela, ou problemas piores, entendeu? Eu acho que isso melhorou porque ela tinha gente pra conversar o tempo inteiro. (Ademar)

Para Ademar, mesmo não tendo sido uma boa experiência, devido ao sofrimento por tê-la deixado na instituição, a internação se fez, naquele momento, necessária. Ali Rosana havia encontrado com pessoas com comportamento tanto melhor quanto pior que o dela, além de estar cercada de pessoas com quem conversar, o que teria tido efeito tranquilizador. Um dos fatores que teriam possibilitado tal melhora seria Rosana, que antes permanecia o tempo todo sozinha em casa.

...ela foi pra um lugar que... a pessoa... eles tinha como está lidando com ela, né? Acho que se ela não fosse pra lá, ela não melhorava assim, tão rápido, não. (Ademar).

Essa melhora é identificada em que, ao voltar para a casa da mãe, Rosana encontrava-se tranqüila e sem agredir os filhos.

Após a primeira internação, o bem estar de Rosana seria mantido pelo uso adequado da medicação prescrita no HP:

quero, não! Pode deixar que eu vou vigiar ela lá em casa, ou vou mandar ela pra casa da mãe dela! Se for assim, Deus me livre!”

Olha, igual o médico falou, né? Ela vai.. continuar tomando os remédio direitinho, fazendo as consulta certinha, entendeu? Igual lá o caso, ela está com a mãe lá, tem gente pra conversar. Eu acho que a tendência dela é melhorar um pouco, né, que ela não vai ter tanto tempo assim pra ficar com a mente vazia, né? Acho que vai melhorar. (Ademar)

É acho que ela... teve uma melhora, né, porque ela olhava pra eles e xingava, assim, entendeu? É, fica reclamando que as criança faz bagunça, essas coisa assim. (Ademar)

Nas duas oportunidades em que Rosana voltou a viver na casa de sua mãe (ao longo da quarta gestação e após a alta-hospitalar), Ademar frisou que ele já não tinha condições de ficar com ela. Nestes dois momentos, Ademar residiu com os três filhos, com a retaguarda de sua mãe para preparo de alimentação enquanto ele trabalhava. Por ter flexibilidade em seu horário, já que trabalhava “por conta”, ele cuidava do transporte das crianças, levando e buscando na escola.

Eles ficam na casa da minha mãe de dia, né? À noite fica comigo, eu mesmo que cuido. [...] [E a escola?] Não, eu mesmo mando! Por que, igual, eu falo pra você, eu trabalho por minha conta mesmo. Aí eu vou, eu levo a menina de manhã, é... na hora do almoço eu levo a outra pro colégio, né? Quando eu venho, eu venho, eu venho trabalhar eu trago uma, quando eu vou, eu levo ela pra casa e a outra a mesma coisa. (Ademar)

A proximidade com os filhos é algo de que ele não imagina abrir mão. Por compreender que os filhos têm o direito e o desejo de estar com a mãe, sendo o mesmo válido para Rosana, ele facilita o contato entre ambos aos finais de semana e feriados:

É, as meninas ficaram comigo, né? Só ficava a [caçula] com ela, a... a menorzinha. Só a neném que ficava com ela. Enquanto que os meus menino estava lá porque eu levo, né? Não acho pobrema nenhum levar os menino, deixar com ela, lá, final de semana, e buscar, né? (Ademar)

Inclusive mesmo ontem [domingo] mesmo eu estive lá. Os meninos estavam com ela final de semana, busquei ontem. Lá pra quarta-feira, por exemplo, levar, entendeu? Ela... acho que ela não pode reclamar, não, que eu nunca tirei assim, entendeu, os menino ausente dela, não, entendeu? (Ademar)

A internação, contudo, impôs a necessidade de organização da família para visitar Rosana. A distância da casa da mãe de Rosana e o hospital permitiram que ela visitasse a filha em momentos em que Ademar pudesse dar-lhe carona. A internação causou

preocupação também aos filhos de Rosana. As crianças, que reclamaram da distância imposta pela hospitalização, perguntavam ao pai se não iriam visitar a mãe, expressaram desejo de estar próximos a ela:

Ah, meus filhos, inclusive, não gostou, né? [da internação] Ficaro reclamando direto, né? Mas, porém, eles sabem que precisava, porque ultimamente eu tinha que sair [de casa] com eles no meio da noite...(Ademar)

Não, não chegou a comentar nada, não. Sempre me perguntava se estava melhorando a mãe dela... esse tipo de coisa assim, mas não...especificamente assim... eu também, eu cheguei a levar eles lá! Teve um sábado que eu levei eles lá. Ficaro lá fora, fui lá, busquei ela, conversei com eles...(Ademar)

A sogra

Para a sogra, a explicação para o que seria o problema de Rosana girava em torno da hereditariedade. Classifica o problema “de nervos” do pai de Rosana como um “distúrbio”, assinalando que quando o conheceu, era uma pessoa normal, isto é, “calma”, sem “coisa na cabeça” e que não tremia, de modo que nunca tivera conhecimento de que ele sofria de nervos, até o momento em que “ele começou a apedrejar a firma que ele trabalhava e as pessoas que trabalhava na firma”. No entanto, ela não identifica a causa para este problema de nervos.

Rosana, tal qual o pai, apresentaria tremores, datados desde o início do namoro com Ademar, justificado por sua mãe como “medo”, na presença de pessoas pouco íntimas. Além dos tremores, Rosana era agressiva, gritava e xingava como o pai. Para eliminar os tremores, a sogra acreditava que seria necessário que Rosana tomasse “remédio de nervos”. Sem melhora, mesmo com o uso da medicação, o quadro foi agravando-se e Rosana teria se tornado violenta, especialmente com seus filhos.

Coisa na cabeça! Ele [o pai de Rosana] tinha pobrema, distúrbio também. E eu não sei o que que cau... causa, eu não sei o que que leva uma pessoa. Eu sei que ela sempre tremia, desde a época que ela namorava com ele ela tinha o pobrema de tremer e a mãe dela dizia que ela medo. (Rosa-sogra)

Olha, a Rosana, ela sempre teve pobrema. Ela treme. Acho que ela tem pobrema de nervo. Ela sempre tremia, tremia, só que a gente achava que... se ela tomasse os remédio de nervo, ela melhorava, né? Aí com o tempo foi se agravando. E ela passou a ser muito violenta, principalmente com as criança, com os filho dela. (Rosa-sogra)

O episódio em que Rosana alegou, como mencionado em sua história de vida, que a filha teria sido vítima de abuso, coloca à sogra uma série de dúvidas quanto ao diagnóstico psiquiátrico que, desde então, foi atribuído à Rosana. Para a sogra, Rosana não seria louca, não teria qualquer diagnóstico psiquiátrico. Essa explicação é apoiada em sua experiência com duas pessoas que, em sua cidade natal, eram classificadas pela população local como loucas, como pessoas que “não assimilavam as coisas”, cuja situação seria “incurável”.

[...] eu conheci essas pessoas, duas pessoa louca lá, louca mesmo! Mas essas aí eram louca! Pessoa que jogava pedra nos outro, mas não sabia o que estava fazendo, que te agredisse e não sabia o que estava fazendo! Eles não tinha cura, e... se você mandasse eles pegar uma coisa impossível, eles tentava pegar! Se tivesse uma pedra ali e você falasse assim, “Rosa, pega aquele pedra pra mim ali”, apontava pra ela, ela tentava rancar. Ela rancava até a unha se fosse possível! Então eu acho que essa pessoa ela não assimila as coisa. Isso pra mim é loucura! Incurável. Ela é uma pessoa incurável. Por que se ela... e, às vezes as pessoas fazia até, é, malvadeza, um tipo, tem gente que faz isso com as pessoa. Mandava, por exemplo, pegar uma coisa que não tinha condições e ela ia, porque ela achava que era possível. Ela não assimilava as coisa. (Rosa-sogra)

Ao contrário dos conterrâneos da sogra, Rosana recordava-se de tudo o que acontecia em sua vida. O esquecimento de fatos do passado seriam uma das marcas da loucura, o que não se aplicaria à Rosana, já que:

O que se passou com ela, por exemplo, há sete, oito anos atrás, ela lembra, ela lembra perfeitamente. Você pergunta a ela como foi que aconteceu quando ela foi ganhar esse neném aqui [o filho], ou a outra menina dela. Ela vai te contar tudo direitinho! [...] Ah, eu acho que uma pessoa com pobrema de loucura é uma pessoa que não tem noção das coisas! Faz por fazer. (Rosa-sogra)

Por não acreditar na hipótese de abuso, a sogra guarda para si uma dúvida quanto ao potencial de Rosana para criar “histórias mirabolantes”. Para ela, o problema de nervos

não justificaria a criação destas histórias mirabolantes como a do abuso da primogênita.

Pelo contrário, esta história seria “uma história muito bem bolada”, pois:

[...] ela ficou o dia todo com a criança na rua, não levou em médico coisíssima nenhuma, não sei se ela tinha algum pobrema com o pai dela [Ademar], e queria se vingar e porque vingar de mim ou do menino. Não sei qual foi o motivo que levou ela a inventar que a menina... porque ela disse que a menina foi estropada na minha frente e tinha uns outros papel lá que foi feito e que não deu em nada. (Rosa-sogra)

Mesmo não satisfeita com o laudo psiquiátrico providenciado pela mãe de Rosana, a sogra reproduz as informações de que dispõe sobre o diagnóstico da nora:

...tem uma espécie de vi... esquize... esquizefromia! Sei lá, uma coisa que ela tem assim que ela fica esquisita de uma hora pra outra! É aí ai que eu não entendo. O por que desse pobrema dela. Eu não acho que Rosana seja louca! Eu não acho que ela tem pobrema de loucura! (Rosa-sogra)

Muito distante de qualquer influência de loucura, o problema de nervos que atinge Rosana desde sua adolescência teria se intensificado a partir da relação com Ademar, pois:

Você conversando com ela, ela parece normal. Mas tem hora que ela parte pra agressão. (Rosa-sogra)

[Silêncio] Não sei, a gente pensa... ela vir pra cá e continuar tudo do mesmo jeito! Às vezes eu penso que o pobrema dela é com ele, né? Eles não vive assim junto que nem marido e mulher, então eu acho que ela tem é muito ciúme. Eu não sei o que que ela pensa. Acho que é por isso que faz ela fica mais agressiva, dela... não ter mais esse negocio dele... ser marido dela... eu não sei! Às vezes eu acho que o maior pobrema é com ele! (Rosa-sogra)

Além de não satisfazer a sogra, o diagnóstico psiquiátrico permitiu o uso da medicação, que teria contribuído significativamente para o agravamento do nervosismo de Rosana, tornando-a agressiva. Antes da medicação, Rosana freqüentava sua casa e, mesmo tímida, trocava breves palavras com a sogra. A partir da inserção da medicação, Rosana foi tornando-se mais agressiva a cada dia.

E a mãe dela levou ela pra lá e começou a tomar esses remédio e... acho que foi aí que agravou e ela só veio volta pra cá o quê? Uns 5 ou 6 meses atrás que ela voltou pra cá de novo e já voltou com esse problema. Começou essas agressão. (Rosa-sogra)

Olha, de uns quatro meses pra cá que começou a piorar MESMO, que ela ia... não tinha mais controle. Mesmo tomando os remédio... não tinha controle! Era num dia sim, no outro também! (Rosa-sogra)

Se por um lado a medicação não controlava a agressividade de Rosana, por outro, quando administrada por ela mesma, a deixava dopada, pois fazia uso inadequado, além do que teria sido prescrito no ambulatório. Em vários momentos, Rosana “dopada”, “muito sonolenta”, aparentava aos aos filhos ter desmaiado, já que chamavam por ela e ela não despertava.

Porque ela começou a ficar tonta e, quer dizer, ela dormia, dormia. Por exemplo, Diazepan. Ela tomava à noite, normalmente. Se deixasse passar, aí quando ia ver, o remédio estava faltando e ela dormindo direto! Ela ficava tonta, ela não agüentava ficar de pé, ela desmaiava, a menina chegava aqui, “Vóooo, telefona pro meu pai que a minha mãe está... que a minha mãe desmaiou.” Não era desmaio. Eu ia lá ver, não era desmaio. Aí ela tinha tomado remédio demais. [...] Estava dormindo. Ela caía, ela tomava o Diazepan muito forte, ela tomava uma dose à noite pra dormir, quando era de manhã ela levantava e tomava mais! Aí não podia deixar mais o remédio ao alcance dela. (Rosa-sogra)

No entanto, apesar dos vários episódios de agressividade, Rosana durante todo o tempo em que residiu próxima à sogra, apresentava “momentos de lucidez”. Era nesses momentos que Rosana cuidava dos filhos cuidando do banho, de suas roupas e alimentação.

Olha, quando ela estava aqui, tem época que ela lava... ela tem mania de lavar as coisa. Lavar roupa, ela gosta muito de lavar roupa. Ela faz a comida direitinho! A gente só tem medo porque ela fica aquele negócio de tremer. Ela treme muito, né, é perigoso ela mexer com fogo. Mas ela, ela até que ela cuida, ela dá banho, se for o caso, ela sabe que tem que dar comida, ela sabe que tem que dar banho. Ela não esquece disso. Mesmo ela tomando aqueles medicamento forte que ela estava tomando, que dormia, mas ela levantava. Aí ela fazia alguma coisa, ela queria fazer comida, e, lavar roupa. Ela gosta muito de lavar roupa! Ela não deixava eles sujo de jeito nenhum! Chama pa toma banho. Da tarde ela já assim, o, Catarina vem tomar banho! As vezes ela bota as menina pra fazer as coisa dentro de casa. Está na rua, ela chama. Quando ela tem aqueles momento, assim, de... de lucidez. (Rosa-sogra)

A qualidade dos cuidados exercidos juntos aos filhos ao longo do tempo em que Rosana tinha a sogra como vizinha, observados de perto, seriam a esta um indicativo de que não era provável sua condição de louca, mesmo que os cuidados fossem, muitas vezes, intercalados com momentos de agressividade. Ao bater nos filhos ou ameaçar fazê-lo, Rosana, de certo modo, atestava uma certa “normalidade” aos olhos da sogra, frente ao protesto deste quanto ao uso da violência na educação das crianças, ao que Rosana alegaria: “o filho é meu, eu faço o que eu [quero]”.

Sim, ela é uma pessoa assim, ela não é totalmente uma pessoa... louca, pra mim, não. Se tem uma pessoa que tem os filho, que está na hora de comer, ela chama direitinho, e, pra dormir, ela arruma, por exemplo, ela arrumava, DO JEITO dela, mas ela arrumava as coisa dela do jeito dela. Ela gosta muito de ver televisão, novela, estar sabendo tudo quanto é novela. Televisão dela é ligada de manhã até de noite. Televisão dela é ligada direto. (Rosa-sogra)

Mas, eu não sei, a Rosana, e, e, e, ela não é relapsa, assim, com as criança dela, não. Ela cuida. Ela cuida. Ela machuca, mas ela cuida! Tipo assim, eu sou a mãe, mas ela cuida. (Rosa-sogra)

Apesar da avaliação de Rosa a respeito da capacidade de Rosana para cuidar dos filhos, a agressividade da nora levou-a a questionar se realmente o mais adequado para seus netos seria permanecer junto à mãe. Sua dúvida, no entanto, teria sido esclarecida pela médica psiquiatra que acompanhara no ambulatório, tendo em vista que “Seria melhor ela fica com as criança, talvez ela se acalmava mais”, mesmo que por “qualquer coisinha ela partia para agressão”. A agressividade gerava desconfiança a respeito da integridade física das crianças junto à mãe, já que Rosana era “esquisita” e agredia os filhos com frequência.

Além da agressividade, o episódio em que Rosana acusara o sobrinho de Rosa de ter abusado de Catarina, a primogênita, levou a sogra a questionar a capacidade de Rosana de cuidar dos filhos, sem supervisão de outros. Rosa temia pela integridade física dos pequenos junto a Rosana.

A dúvida sobre a loucura de Rosana fora alimentada pela internação no hospital psiquiátrico. Nesta oportunidade, a internação foi vista como alívio à situação vivida pela

família, classificada como “terrível”, já que em muitas noites não era possível dormir com tranqüilidade, “porque a família geralmente sofre mais do que a própria pessoa”. Rosa acordava com “qualquer barulhinho”.

Apesar disso, Rosana continuava alternando momentos em que “conversava normalmente” e outros em que agredia marido, filhos, vizinhos. Para Rosa, presenciar a mãe agredindo o marido, era prejudicial aos netos, pois “eles é do lado da mãe e do lado do pai, eles não fica contra nem um e nem o outro”. Em determinados momentos, os filhos teriam pedido a Rosana para que não mais agredisse Ademar e a segunda primogênita teria dito que “a gente sofre muito quando a mãe da gente agride a gente”, rebatendo a idéia da avó de que criança não tem problemas.

Em vista desta alternância entre a normalidade, que permitia a convivência e o cuidado com os filhos, e os episódios em que Rosana inventava “histórias mirabolantes”, recusava alimentar-se com medo de ser envenenada ou mesmo agredia fisicamente os filhos, Rosa questionava-se a respeito da “loucura” de Rosana, e conseqüentemente, de sua internação. Contou que não sabia se Rosana precisaria ter estado internado. O que podia dizer é que os remédios nunca lhe fizeram efeito, nunca conseguiram aplacar seu nervoso.

Apesar disso, assinala que Assim, uma internação era a única alternativa frente ‘a falta de condições para a família já não tinha condições de dormir com tranqüilidade em virtude da troca do dia pela noite que Rosana fizera, e as constantes brigas (não apenas com os familiares, mas com transeuntes que Rosana nem conhecia) que dificultavam sobremaneira a convivência, de certa forma o hospital psiquiátrico aparecia não como uma possibilidade de cuidado, mas como a opção única que surgiu à família.

A cunhada

A cunhada avalia que o problema de Rosana seria seu “estado de nervos”, que possibilitaria o aparecimento de estresse, facilitador de brigas entre Rosana e o marido e filhos, além dos tremores:

Olha, eu acredito que o problema dela é nervo. Ela é muito nervosa, fica muito estressada, entendeu? Ultimamente ela estava brigando muito, batendo muito nas crianças, no meu irmão, né, marido dela. Eu acredito que seja isso. Estado de nervo mesmo. Ela é muito nervosa. (Cunhada)

Para ela, o nervoso de Rosana teria aumentado gradativamente ao longo do casamento com Ademar, mesmo que ela não conseguisse identificar a causa. A hereditariedade do nervoso de Rosana também é apontada pela cunhada, que reflete que:

[...] desde que eu conheço ela, ela já era um tanto quanto nervosa, que já é caso da família, né? Hereditário, acredito. [...] No caso dela por ter pessoas na família que também passa por esse mesmo, por essa mesma situação.

A partir das informações dos filhos de Rosana, a cunhada acreditava que a internação a teria deixado mais calma e com tremores menos intensos e menos freqüentes, denotando certa efetividade na internação, a qual poderia ser vista como uma consequência do sofrimento vivenciado pela família, nas diversas oportunidades de agressões a Ademar, aos filhos e às diversas noites em que não era possível conciliar o sono.

E falou que ela está bem melhor, que ela não está nervosa. Até aquele problema que ela tinha de tremedeira, está diminuindo mais, entendeu? As criança disse que ela está bem melhor. Eu não vi ainda não (Cunhada).

Os profissionais do hospital psiquiátrico

A unidade de curta permanência, dividida em duas alas masculinas e uma feminina, como já assinalado, possuía uma equipe “cindida”. À exceção dos auxiliares de enfermagem e da terapeuta ocupacional, os demais profissionais eram identificados por pertencerem ou não “equipe de álcool e drogas”.

As atividades rotineiras dos auxiliares, como o apoio na higiene física para aqueles que dela necessitavam, a administração de medicação, a distribuição de roupas e o acompanhamento no pátio ou ao refeitório era realizada indistintamente. Fora dos corredores em que se localizavam os quartos, numa área em comum ou no pátio, não havia distinção, aos olhos da pesquisadora entre pacientes vinculados ao “programa”. Misturavam-se homens e mulheres com e sem quadro de abuso de álcool e/ou outras substâncias. No entanto, a equipe os dividia com precisão. Havia mais médicos para o Programa de Álcool e Drogas e ainda uma psicóloga e uma assistente social exclusivas. Estas não atendiam aos demais pacientes, que eram assistidos por dois médicos, uma assistente social (que também atendia ao setor de crônicos) e a terapeuta ocupacional, que realizava atividades em que qualquer paciente poderia participar caso apresentasse esse desejo.

As especialidades de cada profissão aparentemente predominavam naquele setor do hospital. Não havia reunião de equipe, nem espaço para discussões de casos.

A dificuldade de “adentrar” naquele setor, pela recepção dada pelos funcionários, continuou nas semanas em que Rosana ali esteve internada. Era como se apenas os usuários do Programa de Álcool e Drogas tivessem direito a serem conhecidos pela equipe. A respeito destes seria mais fácil falar, revelaram alguns funcionários.

A permanência de Rosana no Setor de Curta Permanência teve como suporte a assistência prestada pela equipe aos pacientes que não pertenciam ao Programa de Álcool e outras drogas, isto é, pouso, higiene, medicação e comida. A assistente social, dividida entre os pacientes agudos e os crônicos, não conhecia Rosana. Nenhuma anotação relativa à anamnese social constava em seu prontuário. Seu contato com ela deu-se apenas no momento da alta, e se restringiu ao encaminhamento para o seguimento pós-alta.

Se Rosana permanecia no leito, mesmo que sem estar dormindo, não havia por parte da equipe de assistência outras possibilidades. Rosana, por não ter dado entrada naquela unidade em virtude de uso abusivo de álcool ou outras drogas, recebera apenas a hospitalidade. A passagem de Rosana por aquela unidade fez com que a pesquisadora recordasse de uma frase ouvida alguns anos antes, de um profissional de saúde mental, que também trabalhava com pacientes agudos. Durante a coleta esta frase ecoava: “Não dá para conhecer um paciente na primeira internação, porque o tempo é pouco aqui... Depois da segunda, *terceira* internação, aí, dá para começar a pensar o que fazer com ele”

Foi a auxiliar de enfermagem quem forneceu maiores informações sobre Rosana, a pedido do médico psiquiatra que a acompanhava desde sua admissão no hospital, pois ele a princípio tivera dificuldades em identificá-la apenas de posse do prontuário. A auxiliar informou que Rosana permanecia muito tempo deitada, mas sem dormir.

Ao longo da consulta acompanhada pela pesquisadora, o médico recolheu algumas informações e teve dificuldade em compreender o que Rosana dizia. Rosana, aparentemente bastante sonolenta, respondeu ao médico sobre o motivo da internação enquanto ele lia a folha de prescrição de medicamentos e fazia algumas perguntas sobre o estado da paciente (sono, alimentação, agressividade) à auxiliar de enfermagem, ainda que fosse sua paciente desde a internação e ele próprio tivesse realizado a prescrição da medicação que era administrada há uma semana.

Segundo a visão da auxiliar de enfermagem que acompanhava o psiquiatra nas consultas, Rosana era uma paciente “quieta”, que ficava o tempo todo no leito. As observações de enfermagem no prontuário descreviam-na alguém “calma” e que “alimentou-se”.

Ao realizar a prescrição, o médico frisou que havia retirado o Neozine e, se não se tornasse agressiva ao longo do final de semana, teria alta na segunda-feira. Acreditava que

ela teria menos sono, mesmo sem saber precisar se seu estado era decorrente do uso de alguma medicação. Para ele, se um paciente não estava agressivo, nem tinha risco de suicídio, não havia motivo para mantê-lo no hospital. Se a queixa era que estava muito agressiva, desaparecendo este sintoma, ele daria alta, pois não gostava de “segurar paciente”. Após a conversa entre Rosana e sua família, dias depois deste contato, ela recebeu alta e comentando a preocupação da mãe em definir se a filha ficaria em sua casa ou na casa do marido, refletiu que “a família é quem decide! O hospital não tem nada a ver com isso!”, enfatizando que, com a alta, nenhuma interferência ou orientação do hospital poderia ser prestada de forma a ser contrária ou influenciar o poder da família em decidir sobre os seus.

Assim, a agressividade marca a entrada de Rosana no Setor de Curta Internação e, ao não ser mais identificada, assinala também a possibilidade de alta. O psiquiatra responsável pela triagem de Rosana assinalara como justificativa para internação a presença de “desorganização psíquica” e de “idéias delirantes com heteroagressividade”, relatados pelos familiares com maior incidência após o nascimento da última filha. Mas na consulta de Rosana com o psiquiatra que a acompanhara durante a internação, nenhuma menção a agressividade fora feita nem tampouco observada pela auxiliar de enfermagem durante aquela primeira semana.

CAPÍTULO 9

ROSANA: SEU CUIDADO, SEU DESTINO

9.1 Cuidado Formal

Cuidado formal recebido durante a internação

O prontuário de Rosana registrava a presença de “desorganização psíquica” e “idéias delirantes com heteroagressividade” no momento da admissão hospitalar. A história ali registrada a respeito de Rosana ficou restrita às informações da família, no momento de admissão, sobre a agressividade que aparecera ao longo da segunda e quarta gestações.

No prontuário não havia anamnese social: a folha destinada a esse registro permanecia em branco. Os registros sobre Rosana referiam-se à prescrição de medicação efetuada pelo médico que a acompanhava Rosana; outros registros sobre Rosana ao longo da internação não foram efetuados por nenhum outro profissional da equipe.

À exceção da identificação pelo nome, pouco de Rosana era conhecido por parte da equipe técnica (assistente social terapeuta ocupacional e mesmo o psiquiatra que lhe prescrevia a medicação semanal), tal como se percebeu no momento em que a pesquisadora buscou de informações sobre ela junto a esses profissionais.

As informações foram obtidas, entretanto, por outras fontes: uma usuária com quem Rosana tinha contato, e uma auxiliar de enfermagem que acompanhava as consultas médicas ao longo da semana. Rosana fora descrita por essa paciente como “quieta, ficava sempre na cama e era nervosa”, ao passo que a auxiliar resumiu-a como calma e quieta.

Talvez por permanecer dentre aqueles usuários que não apresentavam comportamentos extremados (rejeitar alimentação, não aceitar banho, não tomar o remédio, não parar de gritar), Rosana teria tido menor chance de ser notada? Na ausência dessas ocorrências, Rosana permaneceria invisível a determinada parte da equipe?

Quem seria Rosana na visão desses profissionais, tendo em vista a dificuldade que ela apresentava em sua fala (“arrastada”), suas maneiras reservadas, e de certa forma tímidas, que faziam com que ela “desaparecesse” junto aos demais usuários do setor?

Não estaria a chave para tal constatação na forma de contato estabelecida entre equipe e Rosana, baseada principalmente na hospedagem naquela instituição psiquiátrica? A permanência de Rosana no Setor de Curta Permanência em sua primeira internação gerou, como cuidados prestados pela equipe, a hospitalidade, isto é, o oferecimento de um “pouso”, alimento, além da medicação. A divisão da equipe entre aqueles que assistiam aos pacientes com quadros relacionados a abuso de álcool e drogas e “aqueles que não eram do Programa” era indicativa de que restava aos demais usuários apenas a hospitalidade.

Qual o impacto desta internação na saúde de Rosana? Qual o impacto desta forma de tratar, de cuidar em saúde mental em sua trajetória de vida?

Na medida em que Rosana não teve sua história mais pormenorizadamente investigada e registrada em prontuário e a ela foram oferecidos apenas a consulta, a prescrição e a administração de medicamentos, foi possível inferir que a produção de saúde, conforme discute Merhy (1999), encontrava-se atrelada aos procedimentos e não às suas reais de Rosana, desconhecidas pela equipe.

Merhy (1999) aponta que o trabalho em saúde, em última instância, é sempre uma forma de cuidar que, entretanto, pode ou não ser promotora de saúde ou de cura. Para o autor, o ato de produzir um procedimento em saúde pode não ser um ato de produção de saúde de modo “cuidador”, isto é, a produção de atos de saúde pode encontrar-se centrada no procedimento e não nas necessidades apresentadas pelos usuários.

Segundo Barros (2002) o modelo biomédico, pautado na possibilidade de que o médico ou profissional de saúde assumia uma postura cartesiana, ao separar observador e objeto observado, de forma a garantir um “distanciamento objetivo”, permitiu a intensificação da divisão do indivíduo em partes, impossibilitando, muitas vezes, a valorização do indivíduo doente como um todo, sendo expressão disso a dificuldade atribuída aos médicos ocidentais de descrever o *todo*, a não ser por meio das *partes* (BARROS, 2002).

Essa cisão do paciente em partes que precisem ou não de tratamento dificulta a intenção de muitos profissionais em visualizar o paciente “como um todo”, isto é, considerar o modo como vive, seu contexto socioeconômico, a forma como explica seu sofrimento. Sem espaço para abarcar a subjetividade do usuário, muitos profissionais regressariam ao reducionismo, modelo de atenção à saúde aprendida durante sua formação superior, de forma a “patologizar” toda e qualquer queixa e sofrimento.

Barros (2002) descarta qualquer “maldade” como caracterizadora do modelo biomédico, atribuindo-lhe, sim, uma restrição em seu poder explicativo, por não envolver

as reações emocionais dos usuários e seus problemas para sobreviver (como dificuldades financeiras), pela não existência de um “espaço” para que tais informações sejam incorporadas ao diagnóstico e à proposta de tratamento.

Não há espaço, no modelo biomédico de atenção à saúde, para subjetividades ou para a história do usuário e seu contexto de vida como se observa, pela ausência de registros no prontuário de Rosana. Os registros resumiam-se, na admissão, a sinais, sintomas e ao longo das duas semanas de internação, a prescrição/administração de medicamentos.

Assim, podemos compreender o encontro entre Rosana e os profissionais de saúde naquela instituição como mediado pelo modelo biomédico ou reducionista de atenção à saúde. Decorre deste modelo biomédico uma diferença na linguagem utilizada para descrever a doença, por parte dos profissionais de saúde e pela a clientela. A visão médica, calcada no modelo de herança cartesiana, não corresponde aos conceitos populares a respeito da saúde e da doença, física ou mental, cuja cultura marca a construção dessas concepções, pois:

A doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante. Não queremos dizer com isso que exista uma seqüência de “primeiro biologia e depois cultura”, mas sim que existem percepções culturais acerca de um fenômeno que também abarca o biológico, mas que o supera (OLIVEIRA, 2002, p.64).

Se, por um lado ocorreram avanços do diagnóstico e tratamento de muitas doenças, por outro nenhuma resposta conclusiva foi encontrada, dentro da biomedicina, para os componentes psicológicos ou subjetivos presentes vinculados à doença. Mesmo quando o profissional admite a existência e a relevância de determinados componentes subjetivos e/ou emocionais com relação à doença, por não ter sido instrumentalizado para lidar com tais componentes, os mesmos terminam por serem desconsiderados (BARROS, 2002).

Lembra Andreoli (1993) que, em diversos momentos, as ações cotidianas do trabalho institucional impedem o registro do sofrimento cotidiano do paciente. Outro fator que, na instituição, corrobora para que não se atente para a história do paciente seria a sobrecarga de trabalho. Assim sendo, sem história, o paciente seria apenas um diagnóstico ou um fardo a se carregar. A dificuldade humana em lidar com a loucura colabora para a redução da noção de crise ao momento em que a situação torna-se insuportável no ambiente em que o paciente convive, caracterizada ainda como um descompensação, sendo o objetivo da intervenção apenas que a própria crise desapareça (ANDREOLI, 1993).

O papel da família durante a hospitalização

Durante as duas semanas de internação, a família esteve presente na instituição (mãe, marido, inclusive filhos, que foram recebidos por Rosana na porta de entrada do hospital), no entanto o prontuário não registrava essa presença e a equipe técnica (psiquiatra e assistente social) foi conhecida pelos familiares apenas no momento da alta.

A família voltou à cena apenas no momento da alta, chamada para retomar a responsabilidade sobre Rosana, retirar a receita médica para garantir, na farmácia da instituição, a medicação para as próximas semanas, e o encaminhamento para o retorno no ambulatório.

Se o primeiro contato entre a família e a equipe responsável por Rosana durante a primeira internação deu-se apenas no momento da alta, perdeu-se a oportunidade de investigar a complexidade da situação que configura uma crise psicótica (DIATKINE, 1993). Essa complexidade atribuída à crise têm na história do indivíduo (trajetória de vida e trajetória pelos serviços de saúde) a possibilidade de reconstrução do percurso (efetivo, social, institucional) realizado pelo mesmo e, a partir disso, encerra em si também a

possibilidade de recompor a ruptura da experiência do indivíduo. A crise seria a representação dessa ruptura (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005) e, deste modo, deveria ser encarada diferentemente, isto é, não como descompensação, mas como uma situação existencial complexa que requer instrumentos ou recursos também complexos de intervenção.

A “situação privilegiada” que constitui a primeira consulta em presença da família permite a exposição do drama familiar, mesmo que de forma desordenada, e deveria incluir também a fala do paciente, que possivelmente, já há muito antes do recurso do atendimento ser ativado, pode ter perdido o “direito à palavra” (DIATKINE, 1993, p.28):

Ao mesmo tempo, tentamos não perder de vista que o episódio dramático atual não deveria fechar-se, mas, ao contrário, abrir-se para uma história terapêutica a longo prazo. A noção de crise, tal como concebemos, procura traduzir a complexidade do que acontece nos diferentes planos que se apresentam: estado agudo do paciente que necessita de cuidados precisos, perda da sua história que desaparece com a urgência, estado traumático dos parentes, e angústia da equipe diante da loucura” (ANDREOLI, 1993, p.28).

Para o autor, a complexidade da crise não consegue ser apreendida pelas equipes, tendo em vista os rígidos procedimentos adotados ao longo das internações, a desarticulação entre os profissionais e a ruptura com o núcleo familiar. Na hospitalização, obtida a melhora sintomática, o tratamento termina por perder, na prática, sua razão de ser.

Para Andreoli (1993) o episódio agudo é visto como “descompensação” e coloca-se frente a uma perspectiva de tratamento que torna excessivamente relevante a eliminação dos sintomas, com o intuito de eliminar possibilidades de recaída e de permitir adaptação social. Ao ser compreendida como “descompensação”, a crise seria transformada em algo derrisório e não potencialmente portador de abertura.

Assim, quando Rosana foi avaliada pelo médico, e foi constatado pelo mesmo que ela não mais apresentava-se agressiva, como no momento de admissão, foi-lhe dado alta,

mediante a observação do médico, à pesquisadora, sobre as normas da instituição, sobre a impossibilidade de “segurar paciente”, pois quando “não tem mais nada, vai para casa”.

A agressividade expressada por Rosana e sua conseqüente impossibilidade de relacionar-se, de dialogar, de trocar, tornou-se algo derrisório, descontextualizado, desconsiderado durante a internação. O tratamento, como o que lhe foi oferecido, nos moldes tradicionais, não permitiria perceber, “[...] conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p.166).

Em oposição à compreensão dos serviços tradicionais de crise como descompensação, a proposta de Dell’Acqua e Mezzina (2005) é a de que, em psiquiatria, a crise deva ser definida a partir de aspectos emocionais, psicológicos, relacionais, sociais e cotidianos, envolvendo, portanto o momento histórico e contextos culturais nos quais se insere o usuário. Para os autores, o momento da crise é aquele em que ocorre a:

[...] máxima simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade de sua existência de sofrimento; por outro lado, o serviço, qualquer que seja ele, equipou-se de modo especular para perceber e reconhecer – oferecendo-se como modelo de simplificação – o próprio sintoma (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p.163).

No caso de Rosana, o que aparecia era o nervosismo, a agressividade, ao que seu comportamento e sua existência como que haviam sido reduzidos. Identificada a crise, torna-se possível que o indivíduo ingresse no circuito de tratamento psiquiátrico, cujo “ponto final” seria a internação em hospital psiquiátrico. Adentrar ao circuito psiquiátrico dependeria de fatores como o limite do sofrimento vivido pelo indivíduo, a periculosidade atribuída ao indivíduo, suas relações na família, no trabalho e no meio social (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005).

Rosana deu entrada na instituição com comportamento heteroagressivo e, de repente, deslocada de seu contexto, tornara-se quieta e calada. Dell'Acqua e Mezzina (2005, p.167) apontam que cabe aos serviços de saúde mental buscarem compreender “[...] como sinais de sofrimento, as passagens que, de uma crise muda, sem possibilidade de escuta, conduzem ao comportamento transgressivo ou alarmante, até a ativação dos sistemas sociais de emergência [...]”, de tal forma que a crise seja vista como uma oportunidade para uma prática indivisível voltada à prevenir, curar e reabilitar.

Essa transformação, registrada entre a admissão e sua permanência no hospital, não foi motivo de atenção da equipe a não ser pela diminuição do remédio, tendo em vista a sonolência extremada apresentada por Rosana durante a consulta presenciada pela pesquisadora. Não havia espaço para as peculiaridades de Rosana, que pudessem delimitar esta ou aquela estratégia de assistência. Como coloca Barros (2002), seria necessário, para ter uma visão integral do paciente, percebido como único (indivíduo, etimologicamente significa ‘indivisível’):

[...] considerar menos, se determinado tratamento *funciona*, pensando na maioria dos pacientes, mas se o mesmo funcionará para este paciente em particular, com estes problemas pessoais, neste tempo de sua vida, neste ambiente, neste recanto do país e do mundo, etc. Em outras palavras, o enfoque primordial não deve continuar se concentrando naquilo que o paciente tem em comum com outros, mas nas suas peculiaridades (BARROS, 2002, s/p).

Desarticulação entre serviços de saúde mental: como construir a autonomia de Rosana?

A trajetória de cuidados formais prestados a Rosana durante os cinco anos de atendimento ambulatorial não foram resgatados como apoio em seu tratamento durante a internação. Sem articulação entre as duas formas de tratamento, nenhuma informação

sobre sua longa jornada no ambulatório foi conhecida pela equipe hospitalar, e esta nenhuma informação obteve sobre Rosana após a alta.

A passagem de Rosana por aquela unidade fez com que a pesquisadora recordasse de uma frase ouvida alguns anos antes, de um profissional de saúde mental, que também trabalhava com pacientes agudos. Durante a coleta esta frase ecoava: “Não dá para conhecer um paciente na primeira internação, porque o tempo é pouco aqui...Depois da segunda, *terceira* internação, aí, dá para começar a pensar o que fazer com ele” (sic).

Terminada a crise, foi possível obter a alta, e dar prosseguimento ao tratamento ambulatorial. O intervalo entre a alta e a consulta ambulatorial foi de cerca de três meses, já que, por ter sido internada, Rosana tinha perdido a possibilidade do retorno, agendado para o período em que ficara hospitalizada. Esta latência no atendimento entre o término da internação e o retorno no ambulatório fez com que sua família arcasse com o custo da medicação prescrita no hospital.

Rosana não deveria ter tido prioridade no atendimento tendo em vista o processo de hospitalização que sofrera?

Para Andreoli (1993), o fim da crise psicótica é o marcador de uma importante fase do trabalho, pois com a remissão dos sintomas e a diminuição das atuações é possível que venha à tona o esclarecimento “[...] daquilo que a ruptura psicótica fez aparecer na história e nas relações do paciente e de sua família” (p.43). Abre-se, deste modo, com o desaparecimento da violência e do desespero do estado agudo, a fase mais difícil para paciente, família e equipe, que consistiria não apenas no contato com a loucura, mas na necessidade de suportar o sofrimento permanente do confronto com a psicose. Não houve, apesar disso, qualquer acompanhamento a Rosana entre a alta e a retomada das consultas ambulatoriais.

Andreoli (1993) ressalta que responder “[...] à crise e tratar a longo prazo exige um ajuste permanente entre os meios de reflexão que o conjunto da equipe se dá para continuar a pensar de maneira viva e o que o paciente compreende da história que se cria com ele” (ANDREOLLI, 1993, p.43). Que história se criou com Rosana?

A reinternação de Rosana, seis meses após a primeira experiência, e as sucessivas passagens pelo setor de emergência psiquiátrica do hospital geral, ao menos três vezes ao longo de um semestre, permitem a inferência de que Rosana passara a fazer parte de pacientes com os quais ocorria do fenômeno de *Porta Giratória*. Não seria esta a história que se criou com Rosana?

A respeito do fenômeno de Porta-Giratória, Andreoli (1993, p.32) assinala que é decorrente de um descompasso entre a abertura e a capacidade de atendimento de serviços extra-hospitalares, e a demanda por hospitalização psiquiátrica, que, a contragosto, não tende a diminuir, mas sim aumentar. Efetua-se, assim, o fenômeno da Porta Giratória, à medida que retornam à internação os pacientes que, num período curto de tempo, haviam obtido alta. Não seria apenas o descompasso entre os serviços que geraria este fenômeno. Determinados tipos de usuários, que demandariam um cuidado intensivo ou prolongado também terminam admitidos em serviços de internação, tendo em vista a incapacidade da rede de saúde mental em absorvê-los adequadamente, como o usuário em crise, aquele que tenta o suicídio e ainda casos de depressão crônica.

Diferentemente da história que se criou com Rosana, a história que Rosana gostaria de construir com os serviços de saúde não seria de acolhimento?

Quando Rosana frisava (para a pesquisadora e para sua família) que a psiquiatra que a acompanhava no ambulatório e o psiquiatra que a atendera na internação, interessavam-se por ela, perguntando como havia passado e como estavam seus filhos, não

estaria pedindo para ser acolhida? Teria Rosana se sentido acolhida pela pesquisadora ao mencionar que esta também interessava-se por sua vida e a das crianças?

Para Silveira e Vieira (2005) o acolhimento é uma diretriz, atitude ou postura com capacidade para redimensionar a práxis cotidiana nos novos dispositivos de atenção diária, partindo do pressuposto que acolher também é cuidar. É, portanto, um conceito relativo à prática que atravessa processos relacionais em saúde, isto é, parte de um agir que é ferramenta crítica, capaz de gerar crise e romper com concepções cristalizadas, sem momento ou forma pré-determinados, pois:

O acolhimento pode ser expresso num olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala de espera que estejam para além da recepção, num gesto que demonstre que o espaço do serviço constitui-se verdadeiramente numa referência constante para o sujeito (SILVEIRA; VIEIRA, 2005, p.94).

As noções de responsabilidade e vínculo no campo da atenção psicossocial são essenciais (SILVEIRA; VIEIRA, 2005): a responsabilização ocorreria apenas nos casos em que há acolhimento e promoção do vínculo entre aquele que se encontra em sofrimento psíquico e o serviço. A responsabilização da qual falam as autoras é um conceito tomado de Dell'Acqua e Mezzina (2005) a respeito de um papel ativo dos serviços quanto à demanda existente em sua área territorial de referência, não apenas a demanda espontânea, mas também posição ativa quanto à intervenção política no “[...] no universo simbólico da comunidade, engendrando um aumento do “poder contratual” do sujeito, em decorrência de seus efeitos amplificadores e permeabilizadores das relações do sujeito com o corpo social” (SILVEIRA; VIEIRA, 2005, p.95).

O vínculo, isto é, o estreitamento da relação a partir de confiança mútua, ligado ao acolhimento, poderia ser favorecedor de uma reordenação na lógica de recepção das equipes de saúde mental, de forma a permitir que se estabeleça uma postura comprometida e também responsável de todos os membros da equipe para com o usuário em sofrimento

mental, tanto do ponto-de-vista das ações individuais quanto coletivas dirigidas para o cuidado daquele usuário. Já a falta de vínculo entre profissional de saúde e usuário pode ser “danosa” para o usuário à medida que muitos se encontram em situação de fragilidade extrema tanto com relação a si quanto à sua rede social. A equipe seria, neste momento, a referência para facilitar sua integração na comunidade. Para tal, Silveira e Vieira (2005) apontam a necessidade de reorganização dos serviços em saúde mental em nosso país em função do conceito de território, espaço para construções simbólicas e pertencimento subjetivo do sujeito, ou seja, território existencial.

Um modelo de atuação profissional que se distancie do modelo biomédico ou mecanicista deveria, no campo da saúde mental ser desenvolvido tendo como norteadores a atuação em território e a tomada de responsabilidade. “Reafirmamos que, em vez disso, esperar o paciente no serviço e enrijecer o protocolo de intervenção remetem aos mecanismos traumáticos por coação, ou, em última instância, à intervenção da polícia, às internações nos pavilhões de agudos” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p.168). A entrada no serviço de internação causa ruptura na continuidade existencial e histórica do indivíduo, que ali adentra sem roupas, objetos de uso pessoal ou valor afetivo, inserindo-se em uma lógica promotora de limitação/ segregação, sem a evidência de espaço relacional.

No caso de Rosana, à revelia do que intenciona o movimento de Reforma Psiquiátrica no país, não houve possibilidade de que fosse (re) inserida no território, de forma que os recursos disponíveis em sua comunidade pudessem servir de ferramenta para a criação de outras respostas ao seu sofrimento, através de novos contratos sociais que pudessem auxiliar na transformação de sua existência. Ao contrário, novos vínculos não foram estabelecidos. Rosana fechou-se ao ambiente familiar, seus vínculos tornaram-se, como seu espaço físico, restritos ao longo do tempo e da persistência de seu tratamento.

Essa discussão coloca em foco a idéia de autonomia de Rosana.

O tratamento formal dado a Rosana durante a internação e também no ambulatório de especialidades não teria propiciado o desenvolvimento de recursos para a gerir sua vida. Processo inverso ao de autonomia pode ser observado com Rosana ao longo da coleta. Sua reclusão ao espaço doméstico, a restrição aos vínculos à necessidade de que ela fosse “visitada”, a impossibilidade de retomar as atividades que antes exercia no lar, permitem inferir que Rosana não caminhou, durante aquele período, para autonomia em suas ações; pelo contrário, tornou-se dependente da família e tutelada. A construção da autonomia do usuário deveria ser a base de seu projeto terapêutico, pactuado entre equipe e usuário e desenvolvido com a intenção de que, a seu modo, seja possível ao usuário tomar conta de si (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

Silveira e Vieira (2005) colocam o conceito de cidadania hierarquizada, elaborado por Barros e Josephson (2001) para assinalar que diferentes dispositivos de tratamento têm proporcionado a produção de tais cidadanias, ao segregar e marginalizar grande parcelas da população, moradora de favelas, periferias e invasões, como o caso da família materna de Rosana, ao não oferecer serviços e/ou tecnologias de cuidado.

A distância entre a residência e o CAPS e a dificuldade para chegar até este serviço, em decorrência do alto custo da passagem e do tempo de deslocamento, apontados pela irmã de Rosana, podem ser tomados como exemplo de segregação.

O interesse por parte do profissional de saúde por sua vida e por aqueles que fazem parte de seu cotidiano é o que Rosana, de forma explícita, espera do serviço. Para Dell’Acqua e Mezzina (2005) trabalhar com a perspectiva histórica e relacional do usuário, resgatada através da escuta formal, permitiria que o serviço conhecesse a realidade em que vive o indivíduo e suas necessidades, partindo-se da realidade referente ao local em que dorme, se alimenta, recursos financeiros e de trabalhos disponíveis, além de sua rede social. Nesta perspectiva de resgate da história do indivíduo aparece o uso de

psicofármacos, que perdem o valor em si, e adquirem valor na medida em que permitem abertura das possibilidades de relação, reduzem angústia e colocam sob controle comportamentos vistos pelo sérvio como problemáticos. Se a perspectiva histórica é considerada, faz-se lógica a possibilidade e a necessidade de colocar o sujeito em contato com sua rede social, bem como auxiliar na organização da vida cotidiana, como fazer compras, ir a consulta médica, ao banco, ou mesmo “estar com o paciente” no lazer. Assim, seria possível preservar ou promover a relação com o ambiente externo. Deste modo:

A gestão que se efetua através da ‘tomada de responsabilidade’ é destinada a garantir ao paciente a manutenção dos vínculos com o seu ambiente, à individuação dos nexos entre a crise e a sua história, à reconstrução e redefinição das relações com as pessoas significativas, à construção de novas redes de relação (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p.191).

Para os autores, um serviço que se poste deste modo permite concluir que uma pessoa pode, mesmo em sofrimento mental, continuar no lar se assistida por profissionais de saúde mental, sem que seja totalizada por uma instituição psiquiátrica. Se, por um lado, a psiquiatria pode reconhecer traços psicopatológicos, a prática dos serviços poderia valorizar a relação entre saúde e doença, a partir da valorização dos componentes saudáveis (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005). A proposta é de que o indivíduo “continue a viver” durante ou ainda que na internação, mesmo em crise. Para isso, o serviço, ao discutir com o paciente suas proposta para organização do tempo poderia respeitar suas iniciativas, e não contribuir para a ruptura do tempo tal qual estruturado antes da internação, potencializando-se assim o sujeito e não o objeto institucionalizado.

9.2 Cuidado Informal

Ao casar-se com Ademar, Rosana deu continuidade às atividades que já desempenhava quando residia na casa de sua mãe: o cuidado com a manutenção da casa, o preparo da alimentação e a limpeza das roupas dos que ali residiam. É a segunda gravidez que marcou, por meio do aparecimento da agressividade e de desmaios, a mudança de Rosana da posição de quem prestava cuidados a quem era, também, alvo de cuidados.

A partir deste ponto em sua trajetória de vida, Rosana teve o auxílio de Ademar, da família deste e da própria mãe, em diferentes momentos e circunstâncias.

Dentre os cuidados prestados à Rosana pela família de Ademar, coube a este o papel de provedor, não apenas ao trabalhar para garantir o sustento da família, mas também realizar algumas compras (no geral, de alimentos) ; inclui-se aqui ainda o “dialogar” com a esposa, como tentativa de amenizar as indisposições entre o casal e a agressividade dela. Ademar ainda acompanhava Rosana em consultas médicas.

Já os cuidados prestados pela sogra ou pelas cunhadas referiam-se ao apoio na gerência do lar: fazer comida quando Rosana não encontrava-se bem, olhar pelas crianças quando Rosana “troca o dia pela noite”, bem como oferecer suporte no acompanhamento de Rosana ao médico quando Ademar não podia afastar-se do trabalho para tal.

Há, deste modo, uma diferença entre os cuidados oferecidos pelas “mulheres” (mãe, sogra, cunhadas) à Rosana e os cuidados prestados por Ademar: este oferecia um cuidado mais “pontual”, resolvendo necessidades como a compra de alimento, levar Rosana ao médico com carro e então deixá-la de volta ao lar, levar os filhos para escola, e dialogar com Rosana. Os “diálogos” entre Ademar e Rosana talvez se justificassem pelas frequentes desavenças entre o casal, como uma das tentativas de Ademar explicar-se junto à Rosana, com a qual coabitava há anos, mas alegando não manter uma vida de casado, e mantendo um relacionamento paralelo. Apesar destes cuidados, Ademar permanecia o dia todo fora,

no trabalho, e cabia ao grupo de mulheres atender Rosana em quaisquer necessidades ou a seus filhos.

A diferença entre os cuidados prestados por familiares de diferentes gêneros foi apontada na dissertação de Pegoraro (2002). Ao homem cabem as responsabilidades delegadas por um cuidador do sexo feminino, como pagar contas, realizar compras, conduzir o usuário a determinados lugares, realizar pequenas tarefas, de modo a liberar o cuidador principal, no estudo em questão, para a realização de atividades diretamente voltadas ao usuário, como supervisionar sua higiene ou medicação.

Ao sair da primeira internação, foi a mãe quem assumiu os cuidados por Rosana: alimentação, banho e remédio ficavam a seu cargo. Ademar manteve-se na provisão de recursos para a aquisição dos remédios de Rosana, bem como de agendar sua consulta psiquiátrica, pela facilidade de locomover-se de carro até o ambulatório.

No caso do adoecimento feminino, como anteriormente apontado, o cuidado informal torna-se um encargo da família de origem. Rosa (2003) acredita na relação de dependência estabelecida entre pais e filhos, em quaisquer idades, como suporte a esta prática, ao passo que o marido que abandona ou rejeita a esposa que experimenta o sofrimento mental pode retomar o convívio com esta quando há um reestabelecimento.

O caso de Rosana encerra um roteiro parecido ao traçado por Rosa (2003), tendo em vista a reaproximação entre Rosana e Ademar e novo distanciamento, quando o fardo sobre a família do esposo torna-se insustentável e a internação é efetuada. Rosana fora “devolvida” aos cuidados maternos.

Rosa (2000) retoma a idéia que o cuidado direto a outros seja na família, seja na sociedade e, historicamente, a partir da moral burguesa, é associado à figura da mulher, à feminilidade, o que permite a liberação do homem para o mercado de trabalho e sua posição como provedor do lar e da família.

A “naturalização” de normas sociais impostas a homens e a mulheres ao longo da vida, ou seja, o aprendizado do que é relativo ao homem e à mulher, permitiu uma associação entre a mulher e o cuidado com a casa, filhos e esposo e, em contraponto, ao homem caberia o trabalho remunerado para prover a família. Assim, a mulher assume o papel de cuidadora, que é naturalizado como feminino. Deste modo, a atividade de cuidar torna possível a reprodução da maternagem no lar (ROSA, 2003), reproduzindo na esfera privada a desigualdade entre homens e mulheres, estas submissas ao espaço doméstico, trabalhadoras de um serviço “invisível” do ponto de vista social e assim encarado como “ato de amor”, nas palavras de Rosa. A maternagem apóia-se na condição biológica da mulher (engravidar e amamentar), quase que atividades extensivas do corpo feminino, e é associada à renúncia e auto-sacrifício. Rosa pontua que há internalização desta maternagem, e a provisão de cuidados informais termina por configurar tanto função psicológica, construída a partir do vínculo interpessoal, afetivo, quanto configurar uma função física e material, na medida em que exige condições econômicas e sociais para que o cuidador informal tenha possibilidade de responder pelo usuário.

Estas considerações se reafirmam se focalizarmos o oferecimento de cuidados aos filhos de Rosana. Se no começo do casamento ela cuidava dos filhos de forma integral, o “problema de nervoso” exigiu a entrada de uma rede de apoio a este cuidado, formada pelo próprio marido, a sogra e a mãe de Rosana. Enquanto residiu com os filhos, os cuidados com a higiene e a alimentação encontravam-se atrelados a ela, em seus “momentos de lucidez” como apontara a sogra; nessa situação as meninas mais velhas eram chamadas por Rosana a participarem da arrumação da casa.

Já na casa da mãe, Rosana não era responsável pelos cuidados dispensados à filha caçula. O apego à avó, com quem dormia e a quem acompanhava nas “andanças” (ida a médicos, INSS, banco e outros), tornara a pequena bastante distanciada da mãe. Durante a

coleta de dados, a caçula sentava-se sempre ao lado da avó, chamava por ela. Os cuidados com a pequena, na falta da avó, eram solicitados às irmãs de Rosana, que ali também residiam.

Neste período, os outros três filhos, ao residirem com o pai, tinham o suporte da avó paterna, que cuidava das crianças durante o dia, enquanto não estavam na escola. Ademar responsabiliza-se por levar e trazer os filhos da escola, cuidar do banho e colocar os filhos na cama, mas a alimentação ficava integralmente por conta da avó. É interessante que Ademar prefira assinalar que cuida dos filhos sozinho e que apenas quando não pode, isto é, quando está trabalhando, a mãe “cuida para ele”.

Cabe ainda ressaltar que a rede que apóia o cuidado para com os filhos de Rosana é formada por duas mulheres em torno dos sessenta anos de idade, responsáveis ainda por outros netos, filhos de seus filhos que precisam trabalhar durante o dia. A saúde da mãe de Rosana faz ainda lembrar da precária condição de cuidadores de usuários de serviços de saúde mental apontada em outros trabalhos (PEGORARO; CALDANA, 2006; ROSA, 2003). Assim, nesta situação, reafirma-se a idéia de Rosa (2000) ao apontar, que no momento da internação, o cuidador encontra tempo, seja para cuidar de si, seja para cuidar de outros, e é, quase sempre, uma mulher.

Ao final, talvez possamos expressar a forma de organizar o cuidado encontrada pelas famílias na idéia de que cada um deve cuidar de seus filhos: Dona Rosa cuida de Rosana, que retorna à condição de filha, e é também quem cuida da caçula, criada como filha de Dona Rosa e não de Rosana; e Ademar cuida dos três filhos maiores, mas para o que recebe suporte de sua própria mãe.

O cuidado informal à Rosana foi atravessado pela mudança no responsável, como que revezando-se a partir da ocorrência de piora em sua agressividade e nervosismo. Se, no

início, os desmaios durante a gestação, transferiram a responsabilidade de Ademar e sua família para a mãe de Rosana, com o nascimento da caçula e a retomada da agressividade, desta vez dirigida à mãe, ao ouvir a ameaça de que a sogra mudaria de Estado com os netos, Ademar recolheu Rosana em sua casa, que ali permaneceu até a primeira internação. Encerrada a internação, Rosana retornou à casa da mãe e, foi transferida, meses depois, para o quarto localizado no quintal da casa, na medida em que a agressividade, dirigida especialmente à mãe, tornava insustentável a convivência.

A alternância na prestação de cuidados a Rosana esteve amparada na impossibilidade de conviver com a sua agressividade (dirigida a si, quando tentou pular a janela, dirigida a outros, como Ademar, a filha Catarina, a mãe). A impossibilidade do convívio fez com que Rosana fosse, desde a segunda gravidez, transferida de uma casa a outra, tornando-se a cada dia menos senhora de sua vida.

Para Serapioni (2005) é preciso considerar as famílias e as redes informais presentes na comunidade como sujeitos ativos no processo de produção de saúde. As famílias e essas redes informais, ao apresentarem recursos próprios a serem incorporados à produção de saúde, deveriam não mais serem encarados apenas como *destinatárias* da atenção em saúde, passando a serem *co-responsáveis* pelos problemas sociais e relativos à saúde em sua comunidade, em especial a parcela feminina. São as famílias e o parentesco os responsáveis por grande parte do cuidado informal prestado em saúde na comunidade. O autor toma emprestado o termo “grupo primário” de Bulmer (1987 apud SERAPIONI, 2005), que se refere a vizinhos, amigos e parentesco, residindo com proximidade geográfica, com compartilhamento de interesses e laços afetivos para identificar o responsável pela maior parte do cuidado informal prestado em comunidade.

Como a rede social de Rosana restringia-se à família, a exceção da vizinha que ensinava-lhe pintar panos de prato, a sobrecarga no cuidar recaía sobre sempre sobre este

grupo. No caso das camadas mais desfavorecidas da população brasileira, o cuidador encontra-se sobrecarregado pela somatória da atenção que o familiar com transtorno mental requer juntamente às dificuldades vividas pela família do ponto de vista econômico (TSU, 1993; ROSA, 2000; PEGORARO; CALDANA, 2006).

A dissertação de Pegoraro (2002) apresenta a sobrecarga identificada na história de vida de familiares de usuários de um CAPS do interior paulista. A inserção dos cuidados ao adulto portador de sofrimento mental, em camadas populares, apresentava-se como “mais uma atividade” realizada pelas mães, irmãs e avó que cuidavam de um usuário: à responsabilidade pelo acompanhamento em consultas, pela alimentação, horários, vestimenta do usuário somava-se a outras atribuições de responsabilidade direta e exclusiva do cuidador, como a atenção aos netos ao longo dos dias, liberando os pais para o trabalho, a manutenção do lar e o preparo da alimentação da família. Outro fator que pode ser identificado neste estudo foi a sobrecarga vivenciada em decorrência das dificuldades financeiras: algumas famílias contavam com auxílio de serviços assistenciais do município, igreja e conhecidos na doação de alimentos.

Rosa (2000) argumenta que o paciente quase nunca se reconhece doente ou precisando de cuidados/tratamento e a identificação do transtorno mental termina por ser feita por familiares (via observação de sintomas), ou por pessoas próximas. Ao se esgotarem os recursos da família para convencer o paciente a respeito de sua doença e da necessidade de tratar-se, “[...] muitas vezes a família tem que recorrer a expedientes persuasivos e até mesmo repressivos para ser ouvida” (p.271), existindo junto a tais estratégias a culpa, a raiva, até a superproteção do doente. Nas crises torna-se necessário cuidar e vigiar o paciente pelo risco de auto e heteroagressão, aumentando a sobrecarga familiar. “Tais cuidados têm caráter de emergência na família; configuram-se situações conflitantes entre os produtores de renda/ provedores e dependentes de cuidado” (p.271).

Para Néri (ano apud PY, 2005), que discute o cuidado ao indivíduo idoso, é importante observar a carência de ajuda sistemática formal aos familiares, o que permite que a ação de cuidar assuma características negativas, em virtude de dependência daquele que recebe o cuidado. No entanto, a autora recusa a noção de que cuidar seja exclusivamente uma situação deletéria para o cuidador, identificando experiências positivas na relação do cuidado, com indicadores de crescimento pessoal de quem cuida.

Houve este crescimento para aqueles que cuidaram e cuidam de Rosana? Quem cuida do cuidador? A característica mais evidente dentre aqueles que exerceram o cuidado à Rosana foi o desgaste, tornando a condição de cuidar iatrogênica em si mesma.

Concepções sobre a “doença dos nervos”

Aquilo que o usuário e seus familiares esperam receber quanto aos cuidados formais apóia-se em sua compreensão a respeito de quais seriam seus problemas de saúde, considerados quanto às causas e conseqüências.

Alguns autores têm retomado a obra de Kleinman, em que ele assinala a importância de investigações sobre as compreensões populares a respeito da saúde, classificando-as como aquelas que com menor incidência tornam-se alvo de estudos científicos, o que acarreta com que sejam as concepções menos compreendidas. As concepções populares teriam o maior peso quanto à identificação da doença, adesão, busca por tratamento.

Nas diversas vozes que, nos capítulos anteriores, deram corpo à história da vida de Rosana, seu entorno e sua condição atual, a explicação (ou definição) corrente a respeito de seu sofrimento foi a existência de seu “nervosismo” ou “problema dos nervos”. À exceção

dos técnicos, a própria Rosana, mãe, irmã, cunhada, sogra e marido expuseram, nas entrevistas, suas concepções a respeito do problema de nervos de Rosana.

No caso de Rosana, o nervoso é termo utilizado, por um lado, para descrever ações/estados (estar nervosa, tremer, jogar objetos nas pessoas, conforme relatou Rosana; ser agressiva, segundo a irmã; ser nervosa e ter piorado em virtude do relacionamento com o marido, de acordo com o mesmo; tremer e ser agressiva, segundo a sogra, que denotam a existência de problema de nervos; ter problema de nervo e ser estressada, como colocou a cunhada). De outra forma, o “nervoso” é usado como consequência de uma série de fatos, neste caso, sendo entendido como uma doença (Dona Rosa acredita que a filha, após o desgaste da gravidez/resguardo e cobranças da família de Ademar teria adoecido – tornado-se “depressível”, e com isso, passado a sofrer dos nervos).

A fragilidade de corpo e mente também é parte das explicações fornecidas por Dona Rosa a respeito do problema de nervos de sua filha, pela somatória da fragilidade imposta ao corpo pelo resguardo e pelos atritos para com sogra e cunhadas em decorrência da impossibilidade de executar todo o trabalho de manutenção do lar. Assim, não encontrava-se sob o controle de Rosana o nervosismo sentido ao ver outros realizarem as atividades que, na casa, eram de sua responsabilidade, frente à incapacidade de serem executadas pelo corpo, fragilizado pelo parto. Ver o serviço a ser feito, não conseguir fazer e escutar pessoas que, ao executar suas tarefas, reclamam dessa situação teria desencadeado o estado depressível e o a doença dos nervos de Rosana.

A sogra de Rosana identificara na nora o nervosismo como “problema de cabeça”. A localização física do problema de Rosana é contraposta à condição da sogra que, ao ter batido a cabeça quando sofreu um acidente em um ônibus, havia sido alertada pelo neurologista de que poderia ter problemas na cabeça, o que ela identifica a “se tornar uma pessoa nervosa”, como era Rosana com “problema de cabeça”.

Rosana teria dificuldades em lidar com seu cotidiano e assim reagiria através de comportamentos agressivos que terminam classificados como fruto de doença dos nervos? Nos momentos em que exigia de Ademar aquilo que ele não queria/podia/preteria realizar, ao agredir os filhos (para atingi-lo?), ao agredir a mãe, estaria fora de controle, e assim fadada a gritar sozinha? Ou ainda gritar da porta para fora da casa da sogra enquanto os filhos e Ademar se refugiavam no interior da casa? Ou ainda quando batia e empurrava irmãos, mãe e sobrinhos?

A necessidade de localização do sofrimento em determinada parte do corpo pode ser identificada na fala da mãe, em sua jornada interminável em busca de exames, que nunca nada acusavam, restando a ela a esperança e a hipótese que se trate de doença dos nervos, para os quais nenhum exame havia sido realizado. “Onde é que está? Eu quero saber se realmente é dos nervos”, dizia ela.

Na fala dos familiares a melhora e a cura também podem ser relacionados à remissão de sintomas, notadamente aqueles que mais incomodam ou mais aparecem (tremedeira e agressividade, segundo os familiares entrevistados). A retomada da vida normal, tão almejada pela mãe, seria o retorno à execução das tarefas do lar.

O uso do termo “doença dos nervos” não é recente em nosso meio. Já em 1979 Velho (1979 apud SOUZA, 1983) descrevera a “doença dos nervos” como expressão utilizada entre populações de renda sobre uma variedade de estados emocionais. Souza (1983) classificou a doença dos nervos como uma estratégia de sobrevivência física, psicológica e social disseminada entre as populações de baixa renda.

Segundo Souza (1983), Boltanski (1979) destacou a cultura somática entre as camadas populares, em que o corpo era o instrumento de atividade física, meio de subsistência, e Costa (1979) associou o nervosismo como manifestação da inaceitação e recusa às injúrias de determinada condição social. Para Costa, era ainda estratégia

desenvolvida por mulheres para desvencilharem-se de obrigações domésticas, queixar sobre desatenção sexual do marido, rebelar-se contra o poder masculino. Costa (1989) defende que, entre as camadas populares, a causalidade quanto à origem da doença dos nervos é depositada numa consciência fragmentada dos clientes (termo empregado por Ortiz, em 1980), como a imagem do bricoleur de L. Strauss, isto é:

Descomprometido com o protocolo das idéias claras e distintas, ele [pensamento popular] circula entre as representações disponíveis, interessado unicamente em construir um sentido do que permita ao sujeito naturalizar a estranheza do mal que o acomete (COSTA, 1989, p.20).

Em estudo realizado com segurados do INPS, Souza (1983) assinalou que “[...] a condição de “doente dos nervos” possui uma infinidade de significados sociais e confere um sem número de possibilidades aos que a adotam” (p.138). Neste estudo, a doença dos nervos referia-se a partes do corpo ou sensações físicas como dor de cabeça, agonia na cabeça/peito/ juízo, tremores no corpo, fraqueza, cansaço, raiva, ira, coração alterado, falta de força. Nos relatos analisados por Souza, a “doença dos nervos” permitia que se explicasse e/ou justificasse diferentes situações, como bater nos filhos e na esposa, não ter relações sexuais com esta ou o fracasso no trabalho. A doença dos nervos ao mesmo tempo em que justificava uma ação ou a impossibilidade de executá-la, também impunha aquele que sofre dos nervos uma tutela, infantilizando-o em certa medida, atribuindo-lhe um lugar específico, mas cuja localização seria fora da sociedade. Outra contribuição deste estudo de Souza (1983) foi a relação estabelecida entre a doença dos nervos e o corpo como instrumento de trabalho:

A “doença dos nervos” refere-se ao corpo, instrumento de contato imediato com a realidade e que dá a medida da relação com essa realidade. [...] É o corpo doente que explica as dificuldades de intercâmbio com o ambiente social (SOUZA, 1983, p.138).

A “doença dos nervos” teria, segundo Costa (1989) um uso polissêmico, isto é, seria referência para um conjunto extremamente polimorfo de manifestações, com diversas

causas implícitas. Esse uso da expressão “doença dos nervos” entre as camadas populares marca o caráter vago da expressão, o que não implica em indeterminação permanente do sentido. A expressão pode ser usada para exemplificar um “estado de nervos”, e neste sentido seria ao mesmo tempo descritiva e explicativa do que sente o indivíduo. De outra forma, a expressão também pode referir-se ao “sistema nervoso”, relacionando-se aqui à personalidade daquele que tem “sistema nervoso” ou ainda a um sistema psíquico desencadeado em algumas situações. Este sentido, aproxima-se de um terceiro, que Costa denomina como “estado de nervos”, usada para explicar como o indivíduo se sente ou porque agiu de determinada forma (“estou assim por causa do estado de nervos/ sistema nervoso”).

Cardoso (1999) aponta que o uso da expressão “doença dos nervos” pode ser remetida a uma ligação entre uma morbidez física e um distúrbio de conduta socialmente adequada no plano emocional. Argumenta o autor que os nervos seriam fios espalhados pelo corpo, que fariam ligações entre diferentes órgãos e humores. Os “nervos” seriam um elo de ligação entre os processos fisiológicos do organismo (ou o corpo) e processos mentais/sensoriais (a cabeça, a racionalidade), permitindo que se processe a unidade corporeamente, isto é, reguladores da relação do sujeito com o meio físico e social. Além dos nervos, outros itens também seriam reguladores de excessos e carências, como a bebida, o sexo, a alimentação, o trabalho e o sangue. Alterações nestes elementos poderiam ocasionar o aparecimento da doença dos nervos (Cardoso, 1999).

Considerando-se uma escala hierárquica, o nervoso teria, dentre os usuários de um serviço público de atenção básica entrevistados por Cardoso (1999), a loucura como seu maior grau. Ao escapar do controle terapêutico e social, haveria uma preferência pelo medicamento psicotrópico (calmante para uso regular) em detrimento de recursos terapêuticos do “conversar”.

Outros estudos também apontam o emprego da expressão “doença dos nervos”. Há duas formas diferentes de uso do termo “nervoso” segundo Jenkins (VILLARES; REDKO; MARI, 1999): a) sintoma ou consequência de uma determinada doença ou resposta a um evento traumático; b) doença propriamente dita com definição de etiologia, sintomatologia e tratamentos específicos. Não há clareza na definição desses dois diferentes usos. Há um processo contínuo na manifestação do nervoso: a gravidade pode determinar se o nervoso é um sintoma de um problema ou um problema em si.

Finkler (1989) apud Traverso e Medeiros (2004) assinala o papel de via de expressão sócio-cultural de preocupações e dificuldades encontradas no cotidiano exercido pela doença dos nervos. A via de expressão utilizada seria o próprio corpo do doente dos nervos e, ao modificar a fisiologia do organismo, o nervoso ou sofrimento terminaria por ser incorporado, apresentando-se sob a forma dos mais diferentes sintomas (físicos ou psíquicos). Isto é: “[...] nervo significa a corporalização da adversidade generalizada e recriada no mundo interno do corpo” (Finkler, 1989, p. 82 apud Traverso e Medeiros, 2004, p.91). E mais: os sintomas podem ser vistos tanto como causa como consequência do referido sofrimento.

O estudo de Villares, Redko e Mari (1999), que investigou a definição de esquizofrenia segundo parentes de indivíduos diagnosticados com este quadro, apontou que a expressão “nervoso” descrevia comportamentos característicos dos pacientes frente à dificuldade ou mesmo com seu jeito de ser, uma falha estrutural traduzida na fraqueza daquele que sofre, sua incapacidade para lidar com problemas do cotidiano e controlar as próprias emoções. Ter a “cabeça fraca” e “fraqueza na mente” foram apontadas como predisposições ou vulnerabilidade para o problema dos nervos, sendo diferentes as formas de expressão deste nervoso: descontrole, tristeza, confusão, instabilidade emocional. Para as autoras não havia delimitação do aspecto tido como nervoso como uma doença mental,

o que é aspecto considerado como fundamental para a representação da doença: “Ao contrário, o nervoso é muito mais um problema com o manejo dos sentimentos numa estrutura conjunta de corpo e mente frágeis onde não se dissociam todos esses componentes” (VILLARES; REDKO; MARI, 1999, p.42).

Do ponto-de-vista do nervoso compreendido como causa da doença, ele é visto como um fator que poderia levar ao desenvolvimento da doença se estiver além da possibilidade de controle daquele que sofre. Assim, temos o nervoso daqueles que passam por uma situação difícil e como fraqueza constitucional, o que leva a pessoa a adoecer (VILLARES; REDKO; MARI, 1999).

Outra concepção apontada no estudo foi identificada como “problema na cabeça” e refere-se à localização da doença na cabeça e/ou ao mal funcionamento ou formação do cérebro, que não permite que a pessoa suportem de forma adequada, pressões e demandas. Haveria uma predisposição para uma doença, a qual tomou conta do cérebro e pode ser expressa como: fraqueza corpo-mente, dificuldade de aprendizagem, introversão, desorganização. Para os autores, é uma definição que se aproxima do modelo biomédico de transtorno mental, isto é, trata-se de elaborações sob a forma de apropriação do conhecimento adquirido nos serviços médicos, já que:

Essas imagens aproximam-se de um modelo biomédico de transtorno mental em sua tentativa de elaborar um conceito que circunscreve um processo disfuncional, localizado em determinado órgão ou parte do corpo, desencadeado por múltiplos fatores e acarretando uma série de incapacitações ou restrições à vida pessoal e social (VILLARES; REDKO; MARI, 1999, p.43).

Villares, Redko e Mari (1999) sinalizam que há sempre ambigüidade e sobreposição de interpretações em todas as situações. As concepções da sogra sobre o problema de Rosana apresentam-se como um misto de nervosismo e problema de cabeça.

Guarnaccia e cols (1992 apud VILLARES; REDKO; MARI, 1999) colocam que o nervoso como que um amplo idioma que diz respeito a diversas manifestações de

transtorno emocional, incluindo algumas manifestações de esquizofrenia. Seria um processo de “reconhecimento, validação e negação de certos sintomas e comportamentos” (p.45). Na cultura latina a resignação e esperança delimitariam o espaço para suportar a doença, dando uma tonalidade mais benigna quanto ao conceito de doença que direciona a busca e expectativa pelo tratamento e estão relacionadas às percepções sobre a convivência, em contraposição às concepções da cultura anglo-saxã, apoiada em recriminação e crítica. As falas da mãe de Rosana denotam a resignação e a esperança (lutou com o marido, lutará também com a filha em busca de diagnóstico e cura).

Os estudos realizados por Gomes e Rozemberg em 2000 e por Silveira em mesmo ano apontam que aqueles que sofrem dos nervos usualmente relatam situações em que perderam o controle, em que tiveram um “ataque”, os quais relacionam-se com dificuldades em lidar com situações do cotidiano, tidas como formas de “gatilho” para que o transtorno mental se manifeste nos indivíduos com maior vulnerabilidade (TRAVERSO; MEDEIROS, 2004). As possíveis reações frente a eventos cotidianos estressantes podem ser das seguintes ordens (TRAVERSO; MEDEIROS, 2004):

- a) transtorno psicológico: estado geral de mal-estar e alterações psicofisiológicas
- b) desordem psiquiátrica: neurose ou psicose
- c) comportamento psicopatológico, onde é possível existir tentativa de suicídio, impulsos violentos e adições.

A “doença dos nervos” estaria inserida, segundo Traversos e Medeiros (2004), na categoria de transtorno psicológico ou desordem psiquiátrica, isto é, tal noção serviria como reforço para a idéia de que o agravamento da doença dos nervos poderia desembocar em um transtorno mais severo, e como consequência disso, ocorreria o uso de psicotrópicos de forma indiscriminada, como tentativa de suprimir sintomas. O sofrimento, localizado fisicamente nos “nervos”, seria transformado, assim, em uma doença orgânica, e a

necessidade de um agente orgânico (medicação) para eliminá-la (curar o órgão adoecido) estaria justificada. O uso do medicamento estaria justificado pela possibilidade da eliminação dos sintomas físicos mesmo na presença de sinais de que o usuário esteja dopado ou mesmo incapacitado para as suas atividades cotidianas. Funcionaria, assim, mascarando um problema relacionado à situação de vida do usuário, com suas dificuldades para lidar com problemas cotidianos, funcionando de forma a aliviar uma situação que necessitaria de mudança de cunho estrutural (TRAVERSO; MEDEIROS, 2004).

O “nervoso” foi o termo usado por cuidadores entrevistados por Pegoraro (2002), em dissertação aqui já referida, para explicar o sofrimento mental do familiar do qual cuidavam. O aparecimento desse nervoso no familiar encontrava-se relacionado, na concepção dos cuidadores, ao abandono abrupto do trabalho por este familiar ou por um trabalho que lhes causasse muita sobrecarga. A partir dessas concepções os cuidadores associavam a idéia de retomada de uma atividade produtiva (fosse trabalhar em oficina protegida, fosse retornar ao mercado de trabalho) com a cura do usuário.

A possibilidade de retomar as atividades exercidas por Rosana antes de seu adoecimento foi apontada pela mãe de Rosana, nos meses que sucederam o fim da primeira internação, como indicativo de que a filha havia encontrado o caminho para o reestabelecimento de sua saúde e, desta forma, voltaria a lhe “servir para alguma coisa”, como lavar uma louça ou varrer uma casa. Dona Rosa desejava que Rosana retomasse as atividades que desempenhava enquanto a filha era sã, como as outras filhas, que trabalham com o serviço doméstico (auxiliando na limpeza da casa de Dona Rosa ou como diaristas).

A relação entre nervosismo e trabalho também foi apontada pela sogra de Rosana, ao mencionar que em seus momentos de “lucidez” Rosana cuidava dos filhos, senão de forma desejável, mas “do jeito dela”, mantendo as crianças sempre limpas e alimentadas,

cumprindo com seu papel de mãe e dona-de-casa. Exercer as atividades que dela se esperavam, era, para a sogra, sinal de lucidez.

Dentre as camadas de mais baixa renda, a identidade psicológica é definida pelo trabalho mais que nas camadas médias. Desta forma, ser bom trabalhador seria equivalente ou extensivo a ser bom pai, marido, filho, amigo, vizinho, bom homem. A este respeito, lembra Costa (1989, p.33):

Disciplina no cuidado de si pode ser uma coisa próxima daquelas que foram socializadas num sistema de assistência médica, familiar e escolar, ou de educação artística e esportiva, onde a regularidade de dia e hora é indispensável à manutenção da boa forma física e moral. A disciplina horária conhecida pelas camadas populares é restrita, em geral, às atividades domésticas ou aos horários de trens e ônibus. A equação aqui se inverte: cedo no trabalho e sem tempo para cuidar de si.

9.3 O sentido do cuidado formal para a família

A relevância do estudo de conceitualização de doença mental pelos familiares está em explorar um campo ainda bastante desconhecido e empreender uma aproximação de dois pontos de vista: o profissional, com a clínica e as terapêuticas existentes e o popular com a compreensão e as necessidades dos pacientes e familiares (VILLARES; REDKO; MARI, 1999, p.46)

Oliveira (2002) retoma as publicações de Kleinman (1980, 1986) para distinguir os termos “illness” e “disease” utilizados pela antropologia médica norte-americana para explicar as diferentes formas de apreender ou atribuir sentido à enfermidade, do ponto de vista do profissional e do usuário do serviço de saúde. A “doença” teria, assim, dois distintos significados. O primeiro termo, *illness* (equivalente à enfermidade) seria o modo através do qual os sintomas são percebidos e categorizados pelo indivíduo e sua rede social, representando, portanto, a resposta subjetiva do indivíduo à doença, a qual envolve fatores individuais, sociais e culturais agregados à experiência de adoecer.

O segundo termo, “disease” diz respeito à interpretação da doença (*illness*) efetuada pelos profissionais de saúde a partir de seu referencial teórico-científico. A doença, do ponto-de-vista dos profissionais de saúde, seria definida como uma disfunção, a partir de uma orientação biomédica, que delimitaria a doença como entidade fundamentalmente biológica. Dito de outra forma a “disease” seria fruto da “tradução” ou decodificação do discurso do paciente (*illness*) realizado pelo profissional de saúde, de forma a permitir o diagnóstico do quadro (*disease*).

Na relação entre serviços e usuários ocorreria o encontro de duas visões de mundo diferentes, entre *illness*, por um lado, e *disease*, por outro. Ao procurar um determinado serviço de saúde, o indivíduo recorre a mecanismos que orientam tal procura, acionados antes desse encontro, como os sintomas, sua percepção sobre o melhor momento para buscar o serviço de saúde, qual o profissional, o linguajar empregado na descrição dos sintomas ao profissional de saúde. Assim, a preparação do usuário para o “encontro” teria como pano de fundo a “bagagem” que o indivíduo carrega consigo, a qual é fundamentada por fatores culturais (OLIVEIRA, 2002).

No caso de Rosana, a abordagem de Oliveira (2002) permite-nos refletir a respeito desta decodificação de *illness* em *disease*: o que se busca conhecer a respeito do paciente de forma que seja possível transformar seu linguajar em um quadro médico não caracterizaria esta tradução como muito restrita? Isto é, o conhecimento médico a respeito da paciente e de sua trajetória até a internação não podem ser vistos como bastante restritos, frente à riqueza de sua história? No modelo biomédico a história do paciente termina por ser desnecessária, quase que atrapalhando aquilo que interessa, ou seja, estabelecer o diagnóstico e seu tratamento?

Os referidos trabalhos de Kleinman apontam para modelos explicativos sobre a doença, calcados na experiência cultural, determinante para a forma ou modo como

percebemos a doença e buscamos superá-la. Para este autor, o ser humano “aprende a ficar doente” a partir do seu contexto social. Essa aprendizagem a partir da cultura na qual se insere o indivíduo interfere tanto na expressão dos sintomas quanto nos recursos que se busca para obter a cura. Ao profissional de saúde cabe atentar para a diferença existente entre a lógica usada pelo paciente e a sua própria, cada qual marcada por um referencial diferente, uma calcada no modelo biomédico para explicação das doenças e a outra assentada em valores advindos da história de vida do paciente, seus valores e cultura regional.

A diversidade entre a lógica utilizada pelo profissional de saúde e o paciente e sua rede social mais próxima, se permite a “tradução” da illness em disease, e a conseqüente elaboração de um diagnóstico médico, também pode ser imaginada pelo caminho oposto, isto é, pela reinterpretação da disease em illness, no momento em que Dona Rosa alega que o médico lhe afirmara que a filha realmente “sofria de nervos”, no momento da consulta em que Rosana obteve alta, e que deveria tratar dos nervos através do uso correto da medicação prescrita.

Para Oliveira (2002) haveria uma “relação de cumplicidade” entre o prestador do serviço de saúde e o usuário, pois o serviço de saúde deve ser socialmente aceito para que, em caso de necessidade, seja procurado. Não há, no entanto, uma busca homogênea pelo atendimento, tendo em vista que o uso deste serviço varia de acordo com o grupo social, famílias e mesmo de um indivíduo a outro a partir de fatores diversos como escolaridade, religião, profissão, rede social, entre outros.

Para Kleinman (1980 apud OLIVEIRA, 2002) o sistema de atenção à saúde envolve três setores sobrepostos: o popular, o profissional e o tradicional, sendo o popular o maior deles, que inclui a família e o grupo social mais próximo ao indivíduo, caracterizado como espaço leigo e em que a definição a respeito da doença tem início.

Logo, neste espaço “leigo” são desencadeados, como coloca Oliveira (2002, p.70) processos de cura e: “Convém lembrar, porém, que é esse “leigo” quem faz a escolha final se realiza ou não a consulta, quando vai fazê-lo e onde. Mesmo depois da consulta ter-se consumado, é ainda ele quem detém o poder de cumprir ou não as determinações médicas ou mesmo procurar outras alternativas.”

Por outro lado, o setor profissional é aquele que, por ser mais desenvolvido e organizado, subjugou as demais práticas de saúde. Ao impor-se sobre os demais sistemas de saúde, o setor profissional impulsionou o processo de medicalização da sociedade fundamentado num modelo científico-biológico. As diferenças culturais entre profissionais de saúde e usuários deveriam ser reconhecidas e incorporadas às ações em saúde, pois permitiriam uma prática mais humanizada e voltada para a integralidade (OLIVEIRA, 2002)

Dimenstein (2000) ao apontar a diferença entre a expressão dos conflitos encontrada dentre as camadas populares, classificada em trabalhos anterior de Duarte (1988) e Freire Costa (1987, 1989), como “fenômenos físicos-morais [que] apontam para uma imbricação do corpo e do espírito (DIMENSTEIN, 2000, p.110), contrapõe esta concepção psicológica de que:

[...] o sofrimento encontra-se no interior do sujeito, no nível dos seus sentimentos, desejos e pensamentos; ao passo que no modelo do nervoso, a localização do sofrimento está no corpo, principal veículo de expressão e comunicação das vivências. Daí a noção de cura significar supressão de sintomas e o conseqüente restabelecimento da vida normal.

Ao contrapor as duas visões, Dimenstein discute que “[...] as diferenças de classe e cultura impõem uma diversidade cultural entre profissionais e pacientes, a qual resulta freqüentemente em intervenções e estratégias de ação descontextualizadas e etnocêntricas” (p.111).

No estudo empreendido por Vieira Filho e Nóbrega (2004), os familiares de internos representavam a si como “sofridos e nervosos”, numa tentativa de preservar uma identidade diferente daquela atribuída aos pacientes, classificados como “loucos”. Habitar o mesmo teto, apresentar comportamentos semelhantes e, muitas vezes, usar a mesma medicação, aparecia como ameaça de aproximação da loucura, depositada apenas no outro a partir da divisão da família em “loucos” e nos demais, dentre estes aqueles que eram “sofridos e nervosos” (p.347). É a sogra de Rosana quem, ao contrapor os “loucos” que conheceu em sua cidade natal que coloca duas diferentes categorias: doentes dos nervos e loucos.

A importância da medicação para o controle do “estado de nervos” de Rosana é assinalada por todos os familiares que participaram do estudo e pela própria Rosana. Se ao sair da primeira internação Rosana passou a portar-se de modo tranquilo, aparentando maior calma, mesmo que ainda tremendo de forma significativa, seu bem-estar encontrava-se associado às novas medicações prescritas, cuja manutenção (uso em horários e doses conforme prescrição) permitiria a continuidade do seu bem estar e conseqüentemente a dos familiares, em contraposição à situação de sobrecarga vivida nas semanas que precederam a internação.

Em contraposição às medicações prescritas nesta primeira internação colocavam-se outras, cujo uso, mesmo correto, não implicava no controle da agressividade de Rosana. Mesmo a ineficiência da medicação para o controle dos comportamentos indesejáveis de Rosana, o que fazia emergirem preocupações referentes a não faltar o medicamento, em caso de perder um retorno, ou a impossibilidade de comprá-lo, caso não existisse na rede pública.

Segundo Barros (2002) dentre as mais graves conseqüências de um modelo de atenção à saúde centrado em procedimentos, como o biomédico, estaria a “medicalização

dos indivíduos”, conceito que corresponderia à crescente dependência dos indivíduos, e também das sociedades nas quais se inserem, dos serviços médicos existentes e seu aparato técnico-farmacológico (exames, medicações e mesmo recursos adicionais, como exames complementares) no diagnóstico e delimitação do tratamento necessário. A hipervalorização do medicamento pelo modelo biomédico gera, além da dependência de resolução para todos os problemas, sem que qualquer relação seja estabelecida entre gravidade e causa, um aumento nos custos econômicos e sanitários, tendo em vista a existência da auto-medicação e prática da prescrição por não médicos. Desta forma, o modelo biomédico terminaria por reforçar as explicações que consideram o processo saúde-doença apenas em seu componente ou dimensão biológica, e a adoção, e decorrente difusão deste modelo, permitiu que classificar como doenças determinados eventos fisiológicos, cuja origem seria econômica e social (BARROS, 2002).

Após a primeira internação, a posição da mãe e das irmãs vai sendo alterada. Nos primeiros meses da coleta, o “remédio certo” era visto como um item fundamental para o bem-estar de Rosana. Sua agressividade descontrolada, atribuída aos desentendimentos com Ademar (por este e pela sogra) ou ao nervosismo (pela mãe e irmã de Rosana), poderia ser controlada caso o médico “acertasse o remédio”. Ao tornar-se claro que o remédio prescrito no hospital não eliminara o nervoso de Rosana para sempre, onde deveria, então, depositar-se a fé de Dona Rosa sobre a efetividade da medicação para curar Rosana da doença dos nervos? A fé na remissão dos sintomas transformara-se em incredulidade: se inicialmente o hospital era classificado como o melhor lugar em que Rosana fora tratada, capaz de “chegar” à doença dos nervos e quiçá eliminá-la, na segunda internação a posição da família materna era bastante clara a respeito de não mais ter sido possível conviver com Rosana naquelas condições. Dividida, a família também discutia a permanência de Rosana em uma Casa de Saúde, de forma que cada um pudesse cuidar de

si, enquanto um outro cuidador, formal, pudesse olhar por Rosana. A última conversa revelou, por sua vez, um desejo da mãe em conseguir outra internação para a filha para cuidar de sua própria saúde. A transformação do que representava o hospital para a mãe de Rosana foi marcante.

As diversas idas de Rosana à emergência hospitalar foram usadas, em diversos momentos, como tentativa de “ponte” para o hospital psiquiátrico, e não apenas como ferramenta para aplacar a agressividade de Rosana. Não se esperava apenas que houvesse medicação/ melhora nos sintomas/ retorno para o lar. A emergência não era entendida como uma forma de tratamento que pudesse ter resolutividade. Pelo contrário, para a sogra e nas entrevistas finais da mãe, a ida de Rosana para a emergência representava o limite, o esgotamento de possibilidades de que ela continuasse convivendo com os demais, no lar. A extensão do sofrimento de Rosana aos demais, em virtude das brigas, da agressividade incontida, encontravam na emergência a única saída possível. Se qualquer diálogo de Ademar com Rosana já não conseguia surtir efeito, se a polícia à porta de Ademar não inibia o comportamento agressivo noite afora, a “solução” era medicar, acalmar, retornar ao lar, pois o que se vislumbrava ao final, isto é, a internação, não era obtido.

O contato realizado entre pesquisadora e a família no momento da segunda internação de Rosana permitiu a identificação de uma família que buscava, na cozinha, no momento do lanche, com café e pão, uma solução para a convivência com Rosana. Não havia recurso profissional que lhes assistisse: era em torno da mesa da cozinha que estaria a solução para os problemas com Rosana. Os recursos esgotavam-se na própria família. A solução só poderia sair daquele grupo de pessoas: eram aquelas mulheres seu próprio recurso para conviver com Rosana.

Sozinhas, aquelas mulheres não conseguiram encontrar outra solução que não a internação. Seja a queixa explícita da irmã de Rosana a respeito da impossibilidade de

seguir seu caminho, cuidar de seus interesses, pela necessidade de estar com Rosana, seja a queixa de Ademar, ao dizer que “não estava dando mais” para manter Rosana em casa, tamanha a agressividade, ou mesmo o pedido de internação que Dona Rosa desejaria fazer ao agente comunitário de saúde ou a qualquer outro profissional de saúde, revelavam um desamparo desta família quanto a suporte para pensar seu cotidiano, em virtude do comportamento de Rosana, ou para encontrar possibilidades de diminuir o sofrimento de Rosana.

Muito mais que a possibilidade de prescrição de medicamentos que permitiria o controle do nervosismo de Rosana no dia-a-dia, o auxílio prestado pela internação, aos familiares, fora a “hospedagem” de Rosana, remissão de sintomas e alta, de forma a proporcionar à família um alívio, mesmo que momentâneo, em sua rotina.

A presença da mãe como acompanhante de Rosana nas duas oportunidades em que sua ida ao setor de emergência do hospital geral teve como consequência seu encaminhamento à internação psiquiátrica, permite hipotetizar sobre o comportamento de Rosana ter sido mais intensamente agressivo na presença da mãe do que em sua ausência (quando acompanhada por Ademar ou a vizinha de Dona Rosa). Outra hipótese a ser vislumbrada seria a posição da mãe no momento do atendimento, respaldada pelo estudo de Tsu (1993) que pontua que a atitude do familiar que acompanha a consulta pode ser determinante para a internação psiquiátrica ou não do paciente. A possibilidade do familiar responsável pelo cuidado, ao acompanhar a consulta, expor suas condições emocionais de esgotamento frente à tarefa de cuidado diário, ou expor suas dificuldades financeiras teria peso decisivo, sendo determinante mesmo frente à condição do paciente no momento do exame.

O trabalho de Tsu (1993) ao retratar a condição da família no momento da internação em momento anterior à criação do SUS mostra, infelizmente, uma situação

ainda bastante atual. Tsu defende também a idéia de que o acompanhante tenta convencer o profissional de saúde a internar e/ou a prolongar o tempo de internação, usando como argumento comportamentos do paciente declarados como intoléráveis pelo grupo familiar, como risco à segurança física do paciente ou familiares, ou ameaça aos bens familiares.

A internação permite que a família deixe a cargo do Estado, das equipes de saúde, algumas de suas tarefas cotidianas no cuidado ao usuário. Assim, a família, durante o período de internação, tem menos gastos econômicos, seja pela diminuição de encargos como alimentação e medicação, seja pela possibilidade de que, na ausência do usuário, o cuidador consiga reingressar no mercado de trabalho. Ainda ocorre a diminuição da tensão cotidiana motivada por comportamentos do pacientes que incomodem os familiares. Às reflexões de Tsu (1983), somamos o apontamento de Rosa (2000), já mencionado, a respeito do tempo que o cuidador encontra para cuidar de si, ou mesmo de outros/ e de outras tarefas enquanto o usuário encontra-se internado.

Essa colocação não é diferente da perspectiva aventada pela irmã de Rosana: ela desejava encontrar uma clínica para internar Rosana de forma mais permanente, que as duas semanas passadas no hospital psiquiátrico. A justificativa de Rita era a existência de compromissos e interesses inerentes a cada familiar, e que muitas vezes não conseguiam ser cumpridos, tendo em vista a presença de Rosana e a atenção que seu estado requer. Também não seria diferente da colocação de Dona Rosa, ao cogitar uma terceira internação como possibilidade de cuidar de sua própria saúde, conseguindo tempo para realizar o tratamento necessário para seu reestabelecimento e também alívio na tensão do convívio com Rosana.

Deste modo, evidencia-se o HP como espaço para a emergência. Rosa (2000) assinala que as camadas mais pobres no Brasil tomam o HP como “mais um” dispositivo a ser acionado, como estratégia de sobrevivência, frente ao peso que o cuidado a um adulto

dependente gera no grupo que vive frente à crise econômica, trabalho e condições de vida precários.

Para Tsu (1993) as famílias das camadas mais desfavorecidas do Brasil, que já lidam no cotidiano com a dificuldade da provisão de recursos para garantir os requisitos mínimos para a sua sobrevivência (transporte, alimentação e moradia), quando se deparam com a necessidade de cuidar de um portador de sofrimento mental tendem a transferir para o Estado esta responsabilidade. O pedido para internação é, muitas vezes, a solicitação de divisão de encargos entre família e Estado. Quando a família reside nos grandes centros urbanos, tende a não ocorrer ou ser menos freqüente a existência de rede de apoio a este cuidador que extrapole o âmbito familiar: as relações travadas na comunidade não implicam na existência de apoio desta no cuidado.

A transferência da responsabilidade da família para o Estado durante a internação é uma forma de regulação social que continua a ser praticada também fora dos muros hospitalares à medida que se estabelece o atendimento ambulatorial que se resume a prescrição medicamentosa e sua provisão para a administração, no lar, pela família. No caso do ambulatório, os custos seriam inferiores aos da internação, mas a regulação social estaria mantida (TSU, 1993).

Desse modo, a desospitalização é vivida, no cotidiano da clientela, como espécie de descumprimento, por parte do Estado, de uma obrigação. Os discursos aparentemente humanitários, que sensibilizam a classe média intelectualizada, não convencem a família de catorze pessoas, que coabita em dois cômodos de um barraco de madeira, de que é melhor para ela e para o paciente que o tratamento seja realizado em casa. Assim, diante das medidas de desospitalização, o familiar acaba concluindo que deve “lutar” por uma guia de internação (TSU, 1993, p.21).

A luta de Dona Rosa por uma internação para Rosana encontrava-se depositada, ao final da coleta, no Programa de Saúde da Família, na figura de um agente comunitário que começara, há algumas semanas, visitar sua casa.

Em contraposição, se Rosana identificara-se como “doidinha, doidinha”, e muito nervosa, durante a segunda internação, ao ouvir a mãe aventar a possibilidade de interná-la mais uma vez, recusava a idéia com grande repulsa. Não tinha qualquer desejo de retornar aquele lugar. A percepção de que ali era também escutada, como era por sua médica no ambulatório, teria desaparecido?

Como apontam Oliveira, Lunardi e Silva (2005), o começo da doença é marcado pela esperança da família na cura, tal qual os familiares de Rosana, mas à medida que o número de hospitalizações se avoluma, a família partilha a desesperança na cura, na qualidade de vida (sua e do paciente) e da possibilidade de um projeto de vida para o paciente. A ausência de um projeto de vida para Rosana almejado pela própria ou por sua família fica evidente nos diversos relatos. O “projeto” que se vê para ela seria a internação.

Rosa (2000) afirma que, fora da crise, a família é direcionada para o tratamento ambulatorial, seja para a reintegração do usuário ao contexto sócio-familiar, seja para desocupar leito hospitalar. Essa orientação, fora da crise, termina por fazer “sobrar” aqueles pacientes sem família ou com vínculo instável, que configuram grande parte dos usuários com quadros clínicos graves e/ou necessidade de intervenção prolongada. Enquadramos aqui Rosana, pela necessidade de atenção continuada.

Rosa (2005) aponta que a divisão do cuidado do portador de sofrimento mental entre Estado e família poderia reforçar nesta o receio da desassistência. Se o hospital psiquiátrico não consiste em forma de cuidado ideal, não tê-lo mais em funcionamento, seria o mesmo que não ter qualquer forma de retaguarda. As famílias não teriam conhecimento de outras formas de assistência e, desta forma, teriam a impressão de que os encargos para com o paciente passaria a ser apenas de sua responsabilidade. Como mencionado pela irmã de Rosana ou a cunhada, sobre alguns hospitais “não internarem mais”: não internar a longo prazo parecia o mesmo que não internar, já que a internação

breve parecia não satisfazer o grito da família por alívio no pesado dia-a-dia. Não atendia, também, os gritos de Rosana por ajuda.

A experiência relatada no Piauí por Rosa (2005) revelou o caminho entre as primeiras crises e a chegada da família ao serviço de saúde envolve muitas tentativas de debelar a crise dentro do ambiente familiar, com os recursos que o grupo possui. Ao chegar ao serviço, a história vivida transformaria a família em um núcleo impotente, desesperado, culpado. A tarefa de cuidar de uma adulto dependente não fora desejada, e, à medida que ocorre, impõe a necessidade de reorganização do grupo familiar, bem como a difícil tarefa de aprender a se relacionar com o usuário.

Tsu (1993) afirma que essas preocupações psicossociais genuínas sobrecarregariam o médico com questões que extrapolariam sua responsabilidade. No entanto, em tempos de SUS, PSF e CAPS, não seria também genuíno imaginar a necessidade de uma rede de cuidados formais que, articulada, pudesse tanto fornecer suporte para que a família dê continuidade aos cuidados informais. De quem seria este papel? Dos CAPS?

Cuidado informal e a exclusão de Rosana

Ao focalizarmos o cuidado formal, evidenciou-se a direção pouco favorável à uma perspectiva de desenvolvimento positivo para Rosana. E agora podemos acrescentar que a organização do cuidado informal terminou por isolá-la ainda mais. No último contato entre a pesquisadora e Rosana, resignada ao espaço de seu quarto, reformado com esta finalidade, ela interagiu pouco, sorriu pouco, falou menos que o costume.

Oliveira, Lunardi e Silva (2005) ressaltam que nos momentos em que o familiar manifesta seu sofrimento por meio do silêncio, a família não tende a considerar este

“discurso silencioso” como expressão de qualquer sofrimento. Assim, torna-se mais difícil que o portador de sofrimento mental seja compreendido por sua família.

Para os autores, seriam duas as possibilidades do cuidado exercido por um familiar a um adulto portador de sofrimento mental. A primeira possibilidade seria o cuidado de *forma eficiente*, liberando aquele que é alvo deste cuidado para tomar decisões e ter um projeto de vida. A segunda possibilidade seria a do cuidado que torna *dependente* aquele que o recebe, tornando-o incapaz de assumir suas múltiplas possibilidades de vida. Ao prestar o cuidado, seria retirado de quem o recebe o seu fazer, ocorrendo a dominação e/ou manipulação, de forma mais ou menos discreta.

Ao apresentar o ato de cuidar não como fato natural, mas como construção histórica, Rosa (2001) coloca a palavra cuidado como portadora de significados mencionados anteriormente (alerta/perigo e maternagem/aconchego), através dos excertos “dado” e “ida”. Rosa relaciona o “dado” presente no cuidado de forma metafórica a um jogo de sedução e convencimento, empreitada que o cuidador assume frente aquele que recebe seu cuidado, que no geral não se percebe doente, e desta forma, não “coopera” com o tratamento prescrito. A metáfora do jogo remete também à relação de poder entre os envolvidos, pois o cuidador é aquele no comando de suas faculdades mentais, que dispensa atenção aquele que depende dele. Para a interação entre quem provê e quem recebe o cuidado é preciso disponibilidade, dedicação, desejo, paciência, atenção, responsabilidade, bom humor e criatividade.

Já o “ida”, presente na palavra cuidado, Rosa associa ao movimento empreendido no cuidar, ir ao encontro do outro, remetendo à idéia de que a subjetividade de quem provê o cuidado encontra-se inteiramente implicada neste processo, isto é, nas atividades de acolher, compreender, encaminhar e ainda controlar o outro.

As palavras de Rosa (2001) sobre o “dado” e a “ida” revelam a existência da ferramenta principal nas ações de cuidado como o próprio ser humano que cuida, de forma que não existe cuidado sem relacionamento .

A exclusão de Rosana como perspectiva reafirma-se a partir de outras direções. A esperança da mãe, pela cura de Rosana, colocava à moça a possibilidade de ser mais um par de braços para auxiliar na manutenção da casa, ao realizar as tarefas como lavar roupas, recolhê-las, varrer a casa. Se ao longo da coleta Rosana teve outras “crises”, sofreu outra internação, os tremores não a abandonaram, e passou a residir no cômodo ao lado, sua condição de filha estava mantida: recebia alimentação feita pela mãe e a filha apenas a “visitava”, dormindo ao lado da avó, como era o costume desde seu nascimento. E, na história de Rosana com Dona Rosa, podemos ver a filha como uma extensão da mãe exatamente pelo oferecimento dos cuidados domésticos

Se nas camadas médias e alta de nossa sociedade as mulheres ganham, a cada dia, mais espaço na esfera pública para o exercício de papéis profissionais, nas camadas populares o trabalho segue mal pago e exercido em condições, muitas vezes, precárias. Como assinalado no capítulo, alguns autores (LUDERMIR, 2000; POSSATI; DIAS, 2002; DYTZ; LIMA; ROCHA, 2003) assinalam que o trabalho doméstico serve ao adoecimento das mulheres notadamente em camadas populares, tendo em vista o caráter depreciativo deste tipo de ocupação. A possibilidade de exercer trabalho mais restritamente como doméstica dá-se em virtude da baixa escolaridade. Nas camadas populares, as mulheres que exercem trabalho fora do lar não apenas desenvolvem seus potenciais, como têm a exclusão a que são submetidas minimizada, pois torna-se possível uma maior aproximação de decisões políticas e ainda sociais em seu contexto de vida (TRAVERSO; MEDEIROS, 2004). A satisfação pessoal entre as que exercem trabalho fora do lar seria maior do que

para as donas de casa. Reafirma-se um destino trágico para Rosana: “curar-se”, no contexto em que se encontrava, seria reafirmar uma condição de vida “iatrogênica”.

De uma outra forma podemos ver a exclusão no arranjo encontrado quanto ao cuidado dos filhos de Rosana. Ela não perdeu, formalmente, a guarda dos filhos, como apontado pela literatura (DIAZ-CANEJA; JOHNSON, 2004), mas perdeu a possibilidade de convívio diário, recebendo-os somente como visita, aos finais de semana e feriados.

Assim, se num primeiro momento as falas da mãe e seu marido apontam para a continuidade da participação de Rosana na vida dos filhos, o que se pode observar foi, ao longo do tempo, um distanciamento de Rosana do cuidado com as crianças. Se ela não perdeu a custódia dos filhos, também não possui voz para mantê-los junto a si, pois não é vista pelos outros em condição de cuidar e receber suporte para que *ela* cuide. O suporte aos filhos transformou-se em cuidado permanente por outros.

Este estudo não avalia o impacto da condição de Rosana na vida dos filhos, e não tem tal pretensão, no entanto, permite a reflexão a respeito da importância da intervenção profissional para a permitir a manutenção do vínculo entre mãe e sua prole (BRUNETTE; DEAN, 2002).

9.4 Rosana em cena

Ao distanciar-se cada vez mais do cuidado com os filhos e do convívio com Ademar, Rosana, aos olhos da pesquisadora, parecia desaparecer aos poucos, tornar-se cada vez mais sem voz, sem desejos, sem sonhos. Falava pouco. Aliás, quase nada no último contato. O tempo de coleta permitiu que se acompanhasse o “eclipse” de Rosana: devolvido ao papel de filha, isolada em seu quarto, sem transitar sozinha por onde quer que

fosse. Os vínculos de Rosana, a cada dia, tornavam-se mais restritos à família e esta desejava sua internação.

No entanto, é possível destacar alguns momentos em que Rosana pode mostrar-se mais ativa, livre ou vibrante no entendimento da pesquisadora.

Durante a união com Ademar, Rosana havia se mostrado interessada em retomar os estudos. Como relatou a sogra, Rosana fora à uma escola do bairro, efetuara sua matrícula, adquirira os materiais por intermédio de Ademar e iniciara o ano letivo junto a uma turma regular. O relato de Rosa permite imaginar uma Rosana bem diferente daquela encontrada durante a internação ou nos primeiros encontros, cuja conversa preferida girava em torno do marido e dos filhos, isto é, dos outros a quem cuidava.

O segundo momento refere-se a uma Rosana que, sem a tutela da mãe, conta livremente suas lembranças e pensamentos, seja durante a internação, seja na casa com Ademar. Por não ter estado presente, Dona Rosa tinha menor possibilidade de corrigir o discurso da filha e, nestas oportunidades, Rosana fazia-se entender melhor pela pesquisadora. Falava de forma mais firme, construía melhor as frases, sua fala era menos “arrastada”, sua dicção, melhor. Era Rosana quem contava a história que aqui e ali havia vivido, sem outros testemunhos para “corrigir” sua visão e sua compreensão.

Um outro momento que chama a atenção foi o encontro de Rosana com um rapaz que “também sofria dos nervos”, durante sua segunda passagem pelo hospital psiquiátrico. Ao receber a pesquisadora em casa, com um sorriso aberto, descrevia o encontro ocorrido na instituição, os cuidados que recebera do rapaz e ainda seus planos de morar com ele. Sua fala era rápida, viva, ela gesticulava muito. Esta Rosana desapareceu após alguns dias, tendo em vista que nunca fora procurada pelo rapaz.

O quarto momento corresponde ao vínculo de Rosana com a vizinha que lhe ensinava a pintura em panos de prato. A família materna posicionava este momento como

a oportunidade de alívio, pelo afastamento de Rosana por poucas horas, numa tarde durante cada semana. Por aguardar com ansiedade e talvez ocupar-se de aguardar as aulas, Rosana não agredia ou agredia menos a família. Além do tempo que passava em aula, Rosana detinha-se em arrumar os panos, mantê-los limpos e bem dobrados, guardados como verdadeiro tesouro na melhor gaveta de sua cômoda.

O último momento diz respeito à presença da pesquisadora para entrevistar Rosana. Tal qual nos dias em que aguardava a aula de pintura, Rosana esperava com ansiedade a presença, o interesse da pesquisadora por sua vida. Mesmo sem palavras, Rosana mostrava-se capaz de relacionar-se nesses momentos, seja através de olhares, sorrisos, ou gestos, como mostrar os panos de prato que, afinal, eram sua única ligação com o mundo para além da casa de sua mãe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos torna subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídas de singularidade (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005).

Os cuidados formais e informais recebidos por Rosana contribuíram para a produção de seu isolamento, de sua exclusão. A ausência de um projeto para sua vida, do qual deseje ser autora, torna-se ainda mais crítico na medida em que consideramos sua idade (27 anos no início da coleta), seus quatro filhos em idade escolar, a sobrecarga da família no suporte ao seu dia-a-dia e a ausência de um planejamento, elaborado por equipe de saúde mental, que permita a construção de uma rede de relações sociais, na qual ela se faça notar não pela agressividade, como a enxerga a família, ou por seu isolamento, como a vê a pesquisadora.

Serapioni (2005, p.250) destaca que “[...] o cuidado comunitário pode oferecer uma ampla gama de respostas dentro de um continuum formal-informal de divisão do trabalho assistencial”, nos casos que requerem assistência a longo prazo, como ocorre com Rosana. Nestes casos, o cuidado informal poderia ser ofertado no âmbito familiar, por grupos/redes

primários ou por redes mais organizadas (como grupos de voluntariado ou de auto-ajuda), com possibilidade de exercício de um papel significativo na vida de quem o recebe. A dificuldade repousaria no entrelaçamento entre os cuidados formais e informais, tendo em vista a não incomum burocratização, verticalização e colonização dos setores informais pelos formais.

As palavras de Serapioni remetem à idéia de matriciamento nas equipes de saúde, proposto por Campos (1999): a presença do agente comunitário de saúde na casa de Dona Rosa, e de outros profissionais de equipe de Saúde da Família permitiriam o acompanhamento de Rosana de forma longitudinal, e em seu contexto de vida. Ou seja, encontra-se aberta a possibilidade de um acompanhamento *in loco*, ausente na lógica de assistência dos serviços de saúde mental pelos quais Rosana havia transitado até aquela data. A atuação de uma equipe de Saúde da Família supervisionada por uma equipe de saúde mental comunitário, como um CAPS, permitiria conhecer aspectos de Rosana, sua história, seu cotidiano, suas relações familiares, apresentados, até o momento, à pesquisadora, e não aos serviços.

Seriam as equipes de saúde da família capazes de ativar, de promover os vínculos de Rosana com o seu entorno para além do portão da casa materna, na articulação de redes de suporte social e de saúde, e ainda de fornecer suporte formal aos seus cuidadores informais (SERAPIONI, 2005)? Ou seriam reproduções de modelos reducionistas de saúde dentro dos domicílios?

Alverga e Dimenstein (2005) apontam que vários são os desafios para a construção ou gestão de rede de atenção em saúde mental voltada para o cuidar em liberdade: do ponto de vista do financiamento público, encontra-se direcionamento de verbas para ações hospitalares, do ângulo da Reforma Psiquiátrica, a não redução de leitos de leitos, além da rejeição dos indivíduos ao fenômeno da loucura. De outra perspectiva, seguem os avanços

da Reforma Psiquiátrica, com a proposta de projetos terapêuticos assentados na busca por autonomia e cidadania, e os serviços substitutivos de cuidados prestados por equipes de assistência. Dentro desta perspectiva, os autores destacam o papel dos CAPS, pela possibilidade de representar o cuidado diário ao usuário, não apenas do ponto de vista do tratamento médico, mas da possibilidade das relações sociais.

A importância dos serviços territoriais recairia exatamente na possibilidade de que eles não se deixem capturar, como colocam os autores, pela petrificação de identidades, como a de doente mental. A desinstitucionalização, sem receita pronta, precisa ser incessantemente inventada, não sendo possível atrelá-la à uma formação profissional em especial, nem tampouco a um local em específico, seja ele o CAPS, a unidade básica de saúde, a escola, o domicílio, ou um quadro psicopatológico determinado. A responsabilidade da Reforma relaciona-se, sim, à ética e a “um ser afetado pelo encontro”, por ser “da ordem dos afetos e não do saber, da razão, do conhecimento” (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005). Ao assumir o desafio pela desinstitucionalização, assume-se também o desafio de “resistir a tudo o que mutila a vida” (p.63).

É preciso que se assinale, aqui, um outro desafio, este do ponto-de-vista metodológico: o da confecção do estudo de caso. Ainda que se tenha optado pela análise do material através da formação de categorias temáticas, atividade já desempenhada durante o mestrado, o estudo de caso revelou-se uma atividade densa, contrariamente às afirmativas de tratar-se apenas de uma fase exploratória para a execução de outros estudos, ou de configurar-se apenas como um estudo simples, por meio do qual pode-se inserir um pesquisador iniciante no universo da investigação acadêmica. A densidade deste tipo de estratégia de pesquisa, certamente em virtude das fontes utilizadas (entrevistas, registros em diário de campo, documentos), mas também dos diferentes pontos-de-vista colhidos sobre Rosana, colocou a necessidade de finalizar a coleta de dados, e de um afastamento

físico entre o pesquisador e o universo da coleta para que a análise do material pudesse ser efetuada.

Ainda é importante assinalar que a elaboração do estudo de caso ocorreu a passos lentos, e uma grande dificuldade esteve depositada na busca por uma forma agradável de apresentar o estudo ao “leitor”. A análise que aqui se procedeu é uma análise possível, não tem a pretensão de ser única, frente ao grande volume do material coletado. Outras organizações do material permitiriam, possivelmente, que se lançasse luz, frente à história de Rosana, a outras passagens de seu percurso, que permitiriam outras reflexões sobre o mesmo.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: NAU, 2005, v. 2, p. 45-66.

ALVES, D.S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 167-176.

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R A (Orgs) **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ-ABRASCO, 2004. p. 221-240.

AMARANTE, P. (Org.) Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da Reforma Psiquiátrica. In: _____ **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995. p.21-55.

AMARANTE, P.D.C. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. **Rev. Ter. Ocup. USP**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p.8-16, jan./dez. 1992.

AMARANTE, P.D.C. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: _____ . **Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.73-84.

AMARANTE, P.D.C. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.): **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo:Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**. Outras histórias sobre a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 140p.

ANDREOLI, A. Responder à crise: um impasse ou uma abertura na psiquiatria. In: DIATKINE, R.; QUARTIER-FRINGS, F.; ANDREOLI, A. **Psicose e mudança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. p.25-46.

- ARAÚJO, T.M. de; PINHO, P. de S.; ALMEIDA, M.M.G. de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.3, p.337-348, 2005.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 229p.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e Sociedade**, v.11, n.1, jan./jul. 2002. Disponível em: <<http://apsp.org.br/saudesociedade>> Acesso em: 03 dez. 2006
- BASAGLIA, F O. Mulheres e loucura. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO, 2; ENCONTRO INTERNACIONAL DA REDE DE ALTERNATIVAS À PSIQUIATRIA, 6, 1983, Belo Horizonte - MG. Tradução de Beatriz Ambrósio do Nascimento. Trabalho apresentado. Belo Horizonte – MG, 1983. 13p.
- BASSIT, W. A família e a doença mental. **Temas**, São Paulo, v. 37, p. 56-63, 1989.
- BASTOS, A.C.S.B. **Modos de partilhar**: a inserção da criança na vida cotidiana de famílias em um bairro popular - Um estudo de caso. 1994, 248f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília – D.F., 1994.
- BERENSTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988. 217p.
- BIASOLI-ALVES, Z.M.; DIAS DA SILVA, M.H.G.F. Análise qualitativa de dados de entrevista: Uma proposta. **Paidéia – Cadernos de Educação**, Ribeirão Preto, n.2, p.61-69, 1992.
- BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v.16, n.3, p.233-239, set./dez. 2000.
- BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Famílias brasileiras do século XX: os valores e as práticas de Educação da criança. **Temas em Psicologia/Sociedade Brasileira de Psicologia**, Ribeirão Preto, n. 3, p.33-49, 1997.
- BIEGEL, D.E. et al. Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. **Community Mental Health Journal**, v. 30, n. 5, p. 473-494, 1994.
- BIJL, R.V.; CUIPERS, P.; SMIT, F. Psychiatric disorders in adult childrens of parents with a history of psychopathology. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 37, p.7-12, 2002.
- BIRMAN, J. A Psiquiatria como higiene moral. In: _____. A Psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p.273-284.

- BLEGER, J. **Psicohigiene y psicologia institucional**. Buenos Aires: Paidós, s/d. cap.4, p.147-165.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. 7ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 200p.
- BOSANAC, P; BUIST, A; BURROWS, G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, n.37, p.24-30, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. In: _____. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**, Brasília, D.F., 2004a. p.100-104.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: _____. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**, Brasília, D.F., 2004b. p.125-136.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria S.N.A.S. n. 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, D.F., 30 jan. 1992. Seção I, p. 1168-1170.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2002. Brasília, D.F.: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 2113p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental em dados**. Ano I, n.2, jan./jul. 2006. 39p. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 14 fev. 2007.
- BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 471-480, 2001.
- BRUNETTE, M.F.; DEAN, W. Community mental health care for women with severe mental illness who are parents. **Community Mental Health Journal**, v.38, n.2, p.153-165, 2002.
- CALDANA, R.H.L. **Ser criança no início do século**: alguns retratos e suas lições. 1998. 188f. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1998.
- CAMARGO, G.V.P.A.; OLIVEIRA, AM.P. Categorias diagnósticas e características demográficas de mulheres, mães, usuárias de um serviço de saúde mental. In: Reunião Anual de Psicologia, 30, 2000, Brasília. Resumos da XXX Reunião... Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2000. p.237.
- CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. 12p. 1996/1997 /mimeo/
- CAMPOS, G.W.S. **Equipes de Referência e apoio especializado matricial**: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. 1999. 21p. Texto discutido na aula de

18/05/1999 da aula de Gestão em saúde do Curso de Especialização em Saúde Mental do CAPS Itapeva/mimeo/

CAMPOS, M.A **O Hospital-dia como alternativa assistencial em psiquiatria**. Opinião de pacientes e seus familiares. 1986, 154f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1986.

CAMPOS, M.A.O. **Pessoas portadoras de distúrbio mental crônico na comunidade**. Uma abordagem psicossocial. 1980, 117f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1980.

CARDOSO, M. **Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade**. São Carlos: Fapesp/EdUFSCar, 1999. 229p.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.9, n.1, p.121-129, 2004.

CESARINO, A. C. Hospital-dia “A Casa”: conversando sobre dez anos de experiência In: LANCETTI, A. (Org.): **Saúdeloucura**, 1. São Paulo: Hucitec, 1989. p.33-45.

CONTEL, J.B.O.; VILLAS-BOAS, M.A. Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.4, p.225-230, dez. 1999.

COSTA, J.F. Psicoterapia e “doença dos nervos”. In: _____. **Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias**. Rio de Janeiro: Campos, 1989. cap. II, p.17-39

CUNHA, M. C. P. De historiadoras, brasileiras e escandinavas. Loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 181-215, 1998.

DE LOSSI, M.E. A realidade da saúde mental no Estado de São Paulo. In: Encontro do CAIS-SR, I. No caminho da reforma – da cidadania à cidade, 2000, Santa Rita do Passa Quatro. Palestra proferida em 20 set.2000.

DEL PRIORI, M. Viagem pelo imaginário do interior feminino. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n.37, p.179-194, 1999.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005. p.161-194.

DENZIN, N.K; LINCOLN, Y.S. Introduction. Entering the field of qualitative research. In: _____. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 1994, p.1-17.

DIATKINE, R. Um passado ainda recente. In: DIATKINE, R.; QUARTIER-FRINGS, F.; ANDREOLI, A. **Psicose e mudança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. p.25-46.

- DIAZ-CANEJA, A; JOHNSON, S. The views and experiences of several mentally ill mothers. A qualitative study. **Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol**, v. 39, p.472-482, 2004.
- DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, V.5, N.1, P.95-121, 2000.
- DOORNBOS, M.M. The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. **Journal of Psychiatric Nursing**, v.35, n. 9, p.22-26, 1997.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 115, p.139-154, 2002.
- DYTZ, J.L.G.; LIMA, M.G; ROCHA, S.M.M. O modo de vida e a saúde mental de mulheres de baixa renda. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p.15-24, 2003.
- FÉRES-CARNEIRO, T. **Família: diagnóstico e terapia**. Petrópolis: Vozes, 2ª ed, 1996. 130p.
- FLECK, A.C.; WAGNER, A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 31-38, 2003
- FONSECA, C. Da circulação de crianças à adoção internacional: questões de pertencimento e posse. **Cadernos Pagu**, v.26, p.11-43, jan./jul.2006.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p.99-112.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000b. p.99-112.
- FREITAS, F.F.P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.93-106, 1998.
- GARCIA, C.C. **Ovelhas na névoa**. Um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1995.
- GASTAL, F.L. et al. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Rev Psiquiatria RS**, v.28, n.3, p.245-254, 2006.
- GASTAL, F.L. et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.3, p.280-285, 2000.
- GAZZOLA, T.; AZAMBUJA, M.L.F. A mulher e o processo produtivo. **Publicatio UEPG – Ciências Humanas**, Porto Alegre, v. 8, n.1, p.31-49, 2000.
<<http://www.uepg.br/prosp/publicatio/hum/2000/03.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2005.

GOFFMAN, E. Estigma e identidade social. In: _____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1988. p.11-50.

GOFFMAN, E. Estigma e identidade social. In: **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1988. p.11-50.

GOLDANI, A. M. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. **Cadernos PAGU – de trajetórias e sentimentos**, Campinas, n.1, p.67-110, 1993.

GONCALVES, A. M.; SENA, R.R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos com o cuidado do doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.2, p.48-55, mar./apr. 2001.

GONÇALVES, AM. **A mulher que cuida do doente mental em família**. Belo Horizonte, 1999. 183f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Belo Horizonte, Belo Horizonte. 1999.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

HUMEREZ, D.C. **Em busca de lugares perdidos: Assistência ao doente mental revelada através de histórias de vida**. São Paulo, 221f. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1996.

KOHEN, D. Psychiatric services for women. **Advances in Psychiatric Treatment**, v.7, p. 328-334, 2001.

KRSTEV, H. et al. Early intervention in first-episode psychosis. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.39, p.711-719, 2004.

KUISMA, M et al. Family dynamics of families with mental health problems in Finland. **Journal of Advanced Nursing**, v.26, p. 1111-1116, 1997.

LACERDA, A; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado. As fronteiras da integralidade**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ-ABRASCO, 2004. p.91-117.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 93-102, 1997.

LAPPANM-BOTTI, N. C. **Oficinas em saúde mental: história e função**. Ribeirão Preto, 2004, 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LEVENTHAL, A. et al. Caregiving attitudes and at-risk maternal behavior among mothers with major mental illness. **Psychiatric Services**, v. 55, p.1431-1433, 2004.

- LIMA, M.C.P.; BOTEGA, N.J. Hospital-dia: para quem e para quê? **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.23, n.4, p.195-199, 2001.
- LINDAMER, L A et al. Gender differences in characteristics and service use of public mental health patients with schizophrenia. **Psychiatric Services**, v. 54, n. 10, p.1407-1409, oct. 2003.
- LOPEZ, J.R.R.; PEDALINI, R. Depressão pós-parto. Revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica. **Informação psiquiátrica**, v. 18, n.4, p.115-118, 1999.
- LOUKISSA, D.A. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. **Journal of Advanced Nursing**, v. 21, p. 248-255, 1995.
- LOUZÃ NETO, M.R. Manejo clínico no primeiro episódio psicótico. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.22, p.45-46, 2000. Suplemento I.
- LUDERMIR, AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 647-659, 2000.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.
- LUIS, M.V.; MARGIOTTE, M.S.; SANTOS, D.S.P. Percepções que a família e o paciente psiquiátrico têm sobre os determinantes de um distúrbio mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 52-59, 1989.
- LUND, C.H.; MAYS, G.D. Male caregivers of mentally ill relatives. **Perspectives in Psychiatric Care**, v 35, p.19-30, feb. 1999.
- LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.13-43. 1997.
- MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ-ABRASCO, 2004. p. 57-74.
- MAFFIOLETTI, V.L.R.; LOYOLA, C.M.D. A nova profissão de “cuidador de idosos” e suas implicações éticas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.283-292, 2003.
- MARANHÃO, D.G. O cuidado como elo entre saúde e educação. **Cadernos de Pesquisa**, n.111, p.115-133, 2000.
- MARTINS, H.H.T.S. Metodologia qualitativa em pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n.2, p.289-300, 2004.

- MAUER, S.K.; RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1987. cap.4, p.73-90.
- MAYS, G.D.; LUND, C.H. Male caregivers of mentally ill relatives. **Perspectives in Psychiatric Care**, v.35, n.2, p.19-28, apr./jun. 1999.
- MEDEIROS, E.; CHATAIGNIER, G.M. de C.; SILVA FILHO, J.F. Grupos de familiares de Hospital-Dia: sociabilidade, loucura e comunicação terapêutica. **J. Bras. Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.42, n.8, p.449-451, 1993.
- MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 1996. 85p.
- MELLO, S.L. de. Classes populares, família e preconceito. **Psicologia USP**, v. 3, n.1-2, p. 123-130, 1992.
- MELMAN, J. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.
- MELMAN, J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. São Paulo, 1998, 212p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MELO, W. Ulysses Pernambuco: O enamorado da liberdade. In: Jacó-Vilela, A.M.; JABUR, F.; RODRIGUES, H.de B.C. **Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999.
<<http://www2.uerj.br/~cliopsyche/site/livros/clio1/ulissespernambucano.htm>>. Acesso: 24 nov. 2005.
- MENOSSI, M.J. **A complexidade da dor da criança e do adolescente com câncer hospitalizados e as múltiplas dimensões do seu cuidar**. 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.305-314, 1999.
- MILES, A. **A família do doente mental** In: _____. O doente mental na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 1992. p.111-134.
- MINAYO, M.C. de S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C. de S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.p.71-107
- MONTAGNA, P.L.K. Expressão de emoções no ambiente familiar e evolução das esquizofrenias: estudo piloto em pacientes de idioma português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 10, n.1-2, p.7-23, 1981.

- MONTEIRO, A.R.M.; BARROSO, M.G.T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia – estudo de um caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 20-26, dez. 2000.
- MORIN, E. Os desafios da complexidade. In: _____. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Trad. Flávia Nascimento. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. p.559-567.
- NICHOLSON, J.; BIEBEL, K. Commentary on “Community mental health care for women with severe mental illness who are parents” – The tragedy of missed opportunities: what providers can do. **Community Mental Health Journal**, v.38, n.2, p.167-172, 2002.
- NICHOLSON, J.; SWEENEY, E.M.; GELLER, J.F. Focus on women: mothers with mental illness: II. Family relationships and the contexto of parenting. **Psychiatric Services**, v.49, n.5, p.643-649, 1998b.
- NICHOLSON, J.; SWEENEY, E.M.; GELLER, J.F. Focus on wonen: mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. **Psychiatric Services**, v.49, n.5, p.635-642, 1998a.
- ODA, A.M.R.; DALGALARRONDO, P. Memória - Ciclo reprodutivo e transtornos mentais no século XIX. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.22-32, mar. 2000.
- OLIVEIRA, A.M.N. de; LUNARDI, V.L.; SILVA, M.R.S. da. Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. **Cogitare Enfermagem**, v.10, n.1, p.9-15, jan/abr. 2005.
- OLIVEIRA, F.A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.63-74, 2002
- OLIVEIRA, R.M.P. de; LOYOLA, C.M. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n.1, p. 213-222, 2004.
- OLIVEIRA, Z.L.C. Porto Alegre: “Aqui as mulheres não se escondem”. In: **Mulher e trabalho**. <<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/mulher/2002/artigo11.pdf>> Acesso:01 dez. 2005.
- ORTIZ, M.A.; TOSTES, V.M.C.S. Uma experiência com grupo de familiares no hospital-dia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.41, n.6, p.305-308, 1992.
- OSINAGA, V.L.M. **Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais**. Ribeirão Preto, 1999, 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.
- PADGETT, D.K. Women's mental health: some directions for research. **Am J Orthopsychiatry**, v. 67, n.4, p.522-534, oct.1997.

- PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as Contradições dos Anos 1970. **Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos**, v.11, n.2, p.241-258, 2004.
- PEGORARO, R.F. **Familiares que cuidam de portadores de sofrimento mental: histórias de dor, vidas de sofrimento**. Ribeirão Preto, 2002. 206 f. Dissertação (Mestrado em Ciências, área de concentração Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.3, p.569-577, set./dez.2006.
- PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.71-82, fev. 2003.
- PEREIRA, M.G.; ALMEIDA, J.M.C. Repercussões da doença mental na família. Um estudo de familiares de doentes psicóticos. **Acta Médica Portuguesa**, v.12, p.161-168, 1999.
- PESSOTTI, I. A doutrina demonista. In: _____. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. p 83-120.
- PICHÓN-RIVIERE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1986b. 130p.
- PICHÓN-RIVIERE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1986a. p.39-45.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ-ABRASCO, 2004. p.21-36.
- PITTA, A.M. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de textos**. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não. Brasília, 2001. < <http://www.ee.usp.br/doc/Caderno.pdf> > Acesso:10 ago. 2005.
- POSSATTI, I.C.; DIAS, M.R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. **Psicol.: Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.15, n.2, p 293-301, 2002.
- PY, L. Cuidar do Cuidador: transbordamento e carência. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n.4, p.346-360, 2004..
- QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do “indizível ao dizível”. *Ciência e Cultura*, v. 39, n. 3, p.272-286, 1987.
- RAGO, E.J. A construção da ‘natureza feminina’ no discurso médico. **Estudos feministas**, Florianópolis, ano 10, n. 514, p.511-514, jul-dez 2002.

- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, A.; COSTA, N. do R. (Orgs.) **Cidadania e loucura** – Práticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1990. p.15-73.
- RICARD, N; BONIN, JP; EZER, H. Factors associated with burden in primary caregivers of mentally ill patients. **International Journal of Nursing Studies**, n.36, p. 73-83, 1990.
- RINALDI, D.L. Clínica do sujeito e atenção psicossocial: Novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 2003, vol.3, n.1. <www2.uerj.br/~revispsi/edi.html>. Acesso: 30 mai. 2005.
- ROMANELLI, G. Políticas de saúde e famílias de classes populares. In: XIII Encontro Anual da ANPOCS. GT 05: Família e Sociedade. 3ª sessão. Família e políticas de saúde. 1997. 20 p./mimeo/
- ROSA, L.C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Re vista**, Belo Horizonte, v.11, n.18, p.205-218, dez. 2005.
- ROSA, L.C. dos S. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2000. p.262-288.
- ROSA, L.C.S. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: BRASIL. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001, Brasília-DF. **Cadernos de Textos da III CNSM**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001. p.154-158.
- ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003. 368p.**
- ROSA, N de A G; LABATE, R C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Bras Enf**, Brasília, v.56, n.3, p.330-335, , mai./jun. 2003.
- RUBIO, K. **A psiquiatria rebelde de Nise da Silveira**. <http://www.casadopsicologo.com.br/public_html/boletim/03/nise/index.htm> Acesso: 12 dez. 2006.
- SADISGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental**: expectativas da família. Ribeirão Preto, 1997. 224f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- SAMARA, E. de M. O que mudou na família brasileira? (Da Colônia à atualidade). **Psicol. USP**, São Paulo, v.13, n.2, p.27-48, 2002.
- SANTOS, M.E.S.B. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.5, p.468-747, 2000.
- SARTI, C.A **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas, São Paulo: Autores Associados: 1996. 128p.

- SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10 (supl), p.243-253, 2005.
- SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.) **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ-ABRASCO, 2004. p.241-257.
- SILVA, A.L.A., FONSECA, R.M.G.S. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Rev Lat-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.6, p.800-806, nov-dez. 2003.
- SILVA-FILHO, J.F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, A.S.; COSTA, N. do R. (Orgs.) **Cidadania e loucura**. Práticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1990. p 75-102.
- SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.92-101, 2005.
- SOLOMON, P.; DRAINE, J. Adaptive coping among family members of person with serious mental illness. **Psychiatric Services**, v.46, n.11, p.419-427, jul. 1995.
- SONENREICH, C. A família e o espaço psíquico. In: D'INCAO, M.A. (Org.) **Doença mental e sociedade**. Uma discussão interdisciplinária. Rio de Janeiro: Graal, 1992, p.265-277.
- SOUZA, M.C.G. "Doença dos nervos" uma estratégia de sobrevivência. **A saúde no Brasil**, v.1, n.3, p.131-139, jul./set. 1983.
- STAKE, R.E. Case studies. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Sage Publications: Thousand Oaks/London/New Delhi, 2000, p. 435-454.
- STORMONT, F. et al. Concerns about the children of psychiatric in-patients – what the parents says. **Psychiatric Bulletin**, v. 21, p. 495-497, 1997.
- SUCAR, I.S.; REIS, C.M. dos; PITTA, J.C. do N. O trabalho com famílias de pacientes atendidas na unidade psiquiátrica do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina. **Bol.de Psiq.SP**, v. 20, n.1/2, p.1-40, jan./dez. 1987.
- SZASZ, T.S. **Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- TAVARES, C.M.M et al. Análise de implementação de tecnologias de cuidar em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p.342-350, 2003.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 9, n.1, p.25-59, 2002.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.73-85, 2001.

TOSI, L. Caça às bruxas. O saber das mulheres como obra do diabo. **Ciência Hoje**, v.4, n.20, p.35-42, 1985.

TRAVERSO, M.Y.; MEDEIROS, L.F. de. Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. **Interações**, v.9, n.18, p.87-108, 2004.

TRONTO, J.C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso. In: JAGGAR, AM.; BORDO, S.R. **Gênero, corpo, conhecimento**. São Paulo: Rosa dos Tempos, 1997. p.186-203.

TSU, T. **A internação e o drama das famílias**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Vetor. 1993.75p.

VIANNA, P.C.M.; BARROS, S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. **Rev Min Enf**, v. 8, n.1, p.165-252, jan./mar. 2004.

VIEIRA FILHO, N.G.; NÓBREGA, S.M. da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n.2, p.373-379, 2004.

VILELA, W.V. **Mulher e saúde mental**. Da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina. São Paulo, 1992. 185 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1992.

VILLARES, C.C.; REDKO, C.P.; MARI, J.J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Bras Psiqu**, v.21, n.1, p.36-47, 1999.

WADI, T.M. **Louca pela vida**: a história de Pierina. São Paulo, 2002. 342 f. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.

WANG, AR.; GOLDSCHMIDT, V.V. Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. **Acta Psychiatrica Scandinavia**, 1994, v. 90, p. 459-465.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women and mental health**. Fact sheet, n 248, June 2000. Disponível em: <<http://www.int/inf-fs/em/fact248.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2003.

XAVIER, C; GUIMARÃES, C. Uma semiótica da integralidade : o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.) **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ-ABRASCO, 2004. p.133-155.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

ANEXOS

ANEXO 1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(para a paciente)

Eu, _____, fui informada que o projeto de pesquisa “Relações de cuidado na trajetória de vida de uma mulher em sofrimento mental” desenvolvido por *Renata Fabiana Pegoraro* sob orientação da *Prof^a Dr^a Regina Helena Lima Caldana*, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, que deverá se constituir em uma Tese de Doutorado deseja ajudar a conhecer melhor a situação da mulher que vive uma situação de sofrimento mental, a partir de uma primeira internação psiquiátrica, assim como de sua família. Sei que eu e outras pessoas que possam ajudar a compreender minha situação e de minha família seremos entrevistados. Sei também que nesta entrevista falarei sobre a história de minha vida e de minha vida, antes e depois do aparecimento do meu problema.

Fui informada ainda que, desde que as pessoas concordem, suas entrevistas serão gravadas e passadas para o papel, tal como foram gravadas. Sei que o que falarei será estudado juntamente com o que as outras pessoas contarem, e que quando a pesquisa for divulgada não haverá nossa identificação pessoal.

Tenho consciência de que posso interromper minha participação em qualquer fase da pesquisa, inclusive retirando a autorização para a utilização das informações que oferecerei. Sei também que não terei riscos, custos ou benefícios diretos.

Sabendo disso, concordo em participar.

_____, ____ de _____ de 200__.

Renata Fabiana Pegoraro
 Pesquisador
 Telefone e endereço

Entrevistado

Responsável

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(para familiares)**

Eu, _____,
fui informada que o projeto de pesquisa “Relações de cuidado na trajetória de vida de uma mulher em sofrimento mental” desenvolvido por *Renata Fabiana Pegoraro* sob orientação da *Profª Drª Regina Helena Lima Caldana*, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, que deverá se constituir em uma Tese de Doutorado deseja ajudar a conhecer melhor a situação da mulher que vive uma situação de sofrimento mental e que passa por uma primeira internação psiquiátrica, assim como de sua família. Sei que serei entrevistado (a), como também serão entrevistadas outras pessoas que possam ajudar a compreender nossa situação.

Sei também que nesta entrevista falarei da história da minha família, e do que aconteceu conosco após o aparecimento da doença.

Concordo com a gravação da entrevista, e que ela seja transcrita, passada para o papel, tal como foi gravada. Sei que o que eu falar será estudado juntamente com o que outras pessoas contarem, e que quando a pesquisa for divulgada não haverá identificação pessoal minha.

Tenho consciência de que posso interromper minha participação em qualquer fase da pesquisa, inclusive retirando a autorização para a utilização das informações que ofereço. Sei também que não terei riscos, custos ou benefícios diretos.

Sabendo disso, concordo em participar.

_____, _____ de _____ de 200__.

Renata Fabiana Pegoraro
Pesquisador
Telefone e endereço

Entrevistado

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para profissionais de saúde)

Eu, _____, fui informada que o projeto de pesquisa “Relações de cuidado na trajetória de vida de uma mulher em sofrimento mental” desenvolvido por *Renata Fabiana Pegoraro* sob orientação da *Prof^a Dr^a Regina Helena Lima Caldana*, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, que deverá se constituir em uma Tese de Doutorado deseja ajudar a conhecer melhor a situação da mulher que vive uma situação de sofrimento mental, a partir de uma primeira internação psiquiátrica, assim como de sua família. Sei que eu e outras pessoas que possam ajudar a compreender a situação de uma pessoa nesta condição, com quem tenho contato a partir de meu vínculo profissional em um serviço de saúde mental, seremos entrevistados.

Concordo com a gravação da entrevista, e que ela seja transcrita, passada para o papel, tal como foi gravada. Sei que o que eu falar será estudado juntamente com o que outras pessoas contarem, e que quando a pesquisa for divulgada não haverá identificação pessoal minha.

Tenho consciência de que posso interromper minha participação em qualquer fase da pesquisa, inclusive retirando a autorização para a utilização das informações que ofereço. Sei também que não terei riscos, custos ou benefícios diretos.

Sabendo disso, concordo em participar.

_____, ____ de _____ de 200__.

Renata Fabiana Pegoraro
 Pesquisador
 Telefone e endereço

Entrevistado

ANEXO 4

ROTEIROS DE ENTREVISTA

1. COM A USUÁRIA

Entrevista de História de vida Temática, abordando:

- a) O relato de vida livre;
- b) O cuidado recebido nos serviços de saúde mental: o processo de internação e o sentido atribuído a ser cuidada
- c) O cuidado provido pela usuária sobre outrem antes e depois da internação: filhos, esposo, atividades laborais
- d) Possíveis alterações provocadas pela doença em sua vida (rotina da casa, relacionamento com marido, filhos e outros);
- e) Vivência da internação, o retorno ao lar, dificuldades decorrentes da hospitalização, recepção por familiares e rede social com a desinternação
- f) Possíveis influências da doença sobre seus filhos;
- g) A visão dos filhos sobre a doença mental;
- h) Trajetória por serviços de saúde e as informações recebidas sobre seu problema;
- i) A compreensão sobre a doença mental (causas, conseqüências, tratamento, hospitalização);
- j) Plano de vida.

2. COM OS DEMAIS INFORMANTES-CHAVE

- a) A compreensão sobre a doença mental (causas, conseqüências, tratamento, hospitalização);
- b) Possíveis alterações provocadas pela doença em sua vida (rotina da casa, relacionamento com marido, filhos e outros);
- c) Influência da doença mental sobre os filhos da usuária e compreensão dos filhos sobre a doença
- d) Cuidado da usuária para com os filhos.

ANEXO 5

DATA	PROCEDIMENTO	PARTICIPANTES	LOCAL
18.10.2004	Telefonema para agendamento	Mãe de Rosana	-
21.10.2004	Entrevista	Rosana e sua mãe	Residência da mãe
20.10.2004	Telefonema para agendamento	Esposo	-
25.10.2004	Entrevista	Esposo	Local de trabalho do esposo
25.10.2004	Entrevista	Sogra	Casa da sogra de Rosana
25.10.2004	Entrevista	Cunhada	Casa da sogra de Rosana
20.12.2004	Telefonema para agendamento	Mãe de Rosana	Residência da mãe
20.12.2004	Entrevista	Rosana e sua mãe	Residência da mãe
19.01.2005	Telefonema	Mãe de Rosana	-
19.01.2005	Entrevista	Rosana e sua mãe	Residência da mãe
02.02.2005	Visita	Família materna (mãe e três irmãs de Rosana)	Residência da mãe
30.06.2005	Telefonema	Mãe de Rosana	-
11.07.2005	Telefonema para agendamento	Mãe de Rosana	-
11.07.2005	Entrevista	Rosana e sua mãe	Residência da mãe
27.02.2006	Telefonema para agendamento	Mãe de Rosana	-
27.02.2006	Visita	Rosana e sua mãe	Cômodo onde reside Rosana

Quadro 4 – Datat, procedimentos, local e participantes da coleta de dados ao longo da Segunda Fase do estudo.

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](#)