

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

ELIZABETE SATIE HENNA

**EXPERIÊNCIAS NARRADAS: CAMINHOS DA LOUCURA ENTRE HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS E SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL
(GRANDE ABC/SÃO PAULO, 1988-2014)**

Rio de Janeiro
2015

ELIZABETE SATIE HENNA

**EXPERIÊNCIAS NARRADAS: CAMINHOS DA LOUCURA ENTRE HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS E SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL
(GRANDE ABC/SÃO PAULO, 1988-2014)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Dilene Raimundo do Nascimento

Rio de Janeiro
2015

ELIZABETE SATIE HENNA

**EXPERIÊNCIAS NARRADAS: CAMINHOS DA LOUCURA ENTRE HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS E SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MENTAL
(GRANDE ABC/SÃO PAULO, 1988-2014)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA:

Dilene Raimundo do Nascimento (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz) – Orientadora

Yonissa Marmitt Wadi (Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual do Oeste do Paraná)

Ana Teresa Acatauassú Venancio (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

Suplentes:

Anna Beatriz de Sá Almeida (Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz)

Cristiana Facchinetti (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

Rio de Janeiro
Maio 2015

H515e Henna, Elizabete Satie

Experiências narradas: Caminhos da loucura entre hospitais psiquiátricos e serviços comunitários de saúde mental (Grande ABC/São Paulo 1988-2014) / Elizabete Satie Henna. – Rio de Janeiro: s.n., 2015.

113 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2015.

1. Loucura. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. Assistência à Saúde Mental. 4. Relatos de Casos.

CDD 362.2042

Aos meus pais, Yoneko e João.

Aos meus irmãos, Eduardo e Fernando.

Ao meu companheiro, Jorge.

Ao meu avô, que está sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Mariana, Rogério e Natan¹ por compartilharem comigo o relato sobre suas histórias de vida. Foram momentos de alegria, tristeza, amor, dor, diversão, trabalho, angústia, medo, esperança, narrados com tanta intensidade que eu me senti como se estivesse lá com vocês. Obrigada!

Faço um agradecimento especial à minha orientadora, Dilene Raimundo do Nascimento, por me guiar nesse mundo novo: a academia. Obrigada por seu tempo, atenção, paciência, carinho e pelas broncas dadas nos momentos em que eu saía do foco. Espero que continue ensinando durante muitos anos na academia, pois os alunos com certeza ganharão muito!

Agradeço à generosidade das professoras da banca, Yonissa Marmitt Wadi e Ana Teresa Acatauassú Venancio, pelas ricas contribuições acerca da historiografia da história da loucura e da psiquiatria, principalmente por me apresentarem estudos da “nova tendência”, que ainda está se definindo, sendo chamada também de “história com sujeito”. Suas contribuições me mostraram um caminho instigante, o qual eu ainda estou começando a seguir, mas que foi fundamental para analisar a experiência que os protagonistas desta dissertação tiveram com a loucura.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde: Simone Kropf, Luiz Antônio Teixeira, Cristiana Facchinetti, Luiz Otávio Ferreira e Nara Azevedo, agradeço pelas aulas, que me introduziram ao campo da História e da História das Ciências.

Agradeço ao companheirismo da turma com quem compartilhei minha entrada nesse campo: Aline, Anderson, André, Bárbara, Fernanda, Giulia, Lucas, Marianne, Priscila, Mauricio, Ana Paula, Danielle, Evandro, Frederico, Júlio e Lorena. Em especial agradeço a Tarcila Garcia, por ter me acolhido, junto com a Carol, em sua casa no primeiro ano do mestrado. A Ede Cerqueira e ao Sérgio Marcondes, faço um agradecimento especial por terem me acolhido no segundo ano e terem se tornado minha família no Rio de Janeiro!

Aos membros do Grupo de Pesquisa em História das Doenças: Eliza Vianna, Danielle Fialho, Lissandra Queiroga, Matheus Duarte, agradeço pelas dicas e por tudo o que aprendemos durante esses dois anos.

¹ Nomes fictícios.

Ao Prof. Paulo Amarante agradeço pela amizade e por ter me acolhido como bolsista na Pesquisa *Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* e nos congressos e fóruns da Associação Brasileira de Saúde Mental. Ao pessoal do LAPS, agradeço por momentos prazerosos de trabalho: Wanda Espírito Santo, Fernando Freitas, Patrícia Duarte, Sebastião Fernando, Matheus Folly, Ernesto Aranha, Camila Andrade, Luciene Nery, Melissa Oliveira, Eduardo Torre, Mirian Leirias e Leandra Brasil. Obrigada, aprendi muito com vocês! Em especial, agradeço aos pesquisadores Rachel Gouveia e Edvaldo Nabuco – vocês foram grande fonte de inspiração para que eu me aventurasse no mundo acadêmico!

Aos amigos da Saúde Mental em Santo André, por vocês sou sempre imensamente grata e tenho profunda admiração: Décio de Castro Alves, Drauzio Viegas Júnior, Iana Profeta Ribeiro, Maria Regina Tonin, Graziella Barbosa Barreiros, Gláucia Galvão, Eraldo Ferreira do Nascimento, Sandra Siraque, Eliane Guerra, Maria Lima, Sebastião Ambrozio. Aprendi com vocês o que é a Reforma Psiquiátrica na prática e o trabalho engajado por uma sociedade mais inclusiva.

Aos amigos da Associação José Martins de Araújo Júnior, da Associação De Volta Para Casa, do jornal *Vozes* e do movimento da luta antimanicomial, em especial: Dirce Cordeiro, Albano Felipe, Rosemar Lemos, Mario Alexandre Moro, Marcelo Melinsky de Moraes, Marcio Rodrigues Lima, Margarete Suzano, Vitória Ferreira, Antonio Luiz Marcelino, Ronaldo Ledo de Oliveira, agradeço pelo afeto e companheirismo. O protagonismo de vocês foi fonte de inspiração para esta pesquisa.

À família – Yoneko, João, Eduardo, Fernando, Jorge, Liliana, Luísa, agradeço por entenderem minhas ausências. Estive bastante distante, mas sentia vocês sempre por perto.

Obrigada!

Resumo

O objetivo desta dissertação foi analisar a experiência de Mariana, Rogério e Natan com a loucura, entre o final do século XX e o início do XXI, na região do Grande ABC, estado de São Paulo. Nessa época estava em curso o processo de reforma psiquiátrica, que preteria os hospitais psiquiátricos e a ideia de isolamento dos sujeitos considerados loucos, em favor dos serviços comunitários de saúde mental e sua inserção social. Nossas principais fontes foram os depoimentos orais de Mariana, Rogério e Natan. Utilizamos também suas produções literárias e artísticas, como a monografia de conclusão do curso de especialização em saúde mental de Mariana, as poesias de Rogério e as pinturas de Natan.

A história de vida de Mariana até o adoecimento foi bastante marcada pela questão de gênero. A vida de Rogério até o adoecimento foi bastante marcada pelas situações de risco a partir do uso de drogas e por ter se tornado pai muito jovem. A vida de Natan até o adoecimento foi marcada por problemas de relacionamento na escola e no trabalho. A partir dos relatos, foi possível perceber que quando adoeceram, os três sujeitos desvelaram situações que os incomodavam, mas que não apareciam quando eles tentavam levar uma vida normal: um casamento que não ia bem, um relacionamento sem amor e problemas na escola e no trabalho. A loucura parece ter questionado esses aspectos da normalidade.

Sobre a experiência institucional, pôde-se perceber que durante o período em que Mariana, Rogério e Natan estiveram em tratamento nos serviços comunitários de saúde mental houve mais possibilidades de inserção social do que no período em que estiveram em clínicas psiquiátricas.

Palavras-Chave: História da Loucura, História de Vida, Experiência, Reforma Psiquiátrica.

Abstract

This dissertation aimed to analyze the madness experienced by Mariana, Rogério and Natan between the end of XX century and at the beginning of XXI century, in Grande ABC region, in São Paulo state. At the time, the psychiatric reform was current, intending to pass over the psychiatry hospitals and the isolation idea, in favour of mental health community centers and their social inclusion. The main sources are Mariana, Rogério and Natan testimonies. Also we used their artistic and literary production, like Mariana's monograph, Rogério's poetry, and Natan's painting.

The life history of Mariana until she became ill, was marked by gender question. Rogério's life until he became ill was marked by violence because of drugs users setting and by the early paternity. Natan's life until he became ill was marked by troubles in school and work relationships. The reports revealed that when sick, the three subjects unveiled situations that bothered him, but that did not appeared when they tried to lead a normal life: a bad marriage, a loveless relationship and problems at school and at work.

On the institutional experience, we could notice that during the period when Mariana, Rogério and Natan were being treated in community mental health service there were more social integration possibilities than in the period they were in psychiatric clinics.

Key-words: History of Madness, History of Life, Experience, Psychiatric Reform.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Figura 1: Mapa da Região Metropolitana de São Paulo com destaque para a região do Grande ABC | 15 |
| Figura 2: “Paisagem de Mauá” | 98 |
| Figura 3: Pinturas inspiradas nas estórias que o avô lhe contava quando era criança | 99 |
| Figura 4: Retrato de seu avô paterno | 99 |
| Figura 5: “A Família” | 100 |
| Figura 6: “Os Irmãos” | 100 |
| Figura 7: “O namoro” | 101 |
| Figura 8: “Espelhos” | 101 |

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS DQ – Centro de Atenção Psicossocial em Dependência Química
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CID – Classificação Internacional de Doenças
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM – Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
MOVA – Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
ONGs – Organizações Não Governamentais
PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
SEMASA – Serviço Municipal de Água e Saneamento Básico de Santo André
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho
SUS – Sistema Único de Saúde
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 1 |
| Capítulo 1 – A vida até a primeira crise | 15 |
| 1.1. Mariana..... | 18 |
| 1.2. Rogério | 27 |
| 1.3. Natan..... | 35 |
| Capítulo 2 – As internações em hospitais psiquiátricos | 44 |
| 2.1. As internações de Mariana | 46 |
| 2.1.1. A primeira internação de Mariana: “um hotel cinco estrelas”..... | 46 |
| 2.1.2. A depressão e a demissão do banco | 52 |
| 2.1.3. A segunda crise, o tratamento espiritual, o fim do casamento e as internações no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes | 53 |
| 2.1.4. “Uma vida renasce enquanto outra se finda”..... | 58 |
| 2.2. As internações de Rogério em hospitais psiquiátricos | 60 |
| 2.2.1. As impressões de Rogério sobre sua primeira internação em um hospital psiquiátrico | 61 |
| 2.2.2. As idas e vindas das internações..... | 66 |
| 2.3. A breve internação de Natan em um hospital psiquiátrico filantrópico | 68 |
| Capítulo 3 - O período de tratamento nos serviços comunitários de saúde mental de Santo André | 73 |
| 3.1. A experiência de Mariana em serviços comunitários de saúde mental e sua constituição enquanto militante do movimento antimanicomial | 74 |
| 3.1.1. O dia-a-dia de Mariana num ambulatório de saúde mental..... | 74 |
| 3.1.2. A participação de Mariana na associação e no movimento da luta antimanicomial | 78 |
| 3.1.3. Tornando-se uma profissional da saúde mental | 83 |

| | |
|--|-----|
| 3.2. Rogério: vivenciando experiências de tratamento fora do hospital psiquiátrico..... | 86 |
| 3.2.1. No CAPS DQ: entre projetos de reinserção social e retornos aos hospitais psiquiátricos..... | 86 |
| 3.2.2. A decisão de parar e a inserção nos Alcoólicos Anônimos..... | 89 |
| 3.2.3. A participação de Rogério na Associação José Martins de Araújo Júnior, no Jornal Vozes e no Movimento da Luta Antimanicomial..... | 93 |
| 3.3. A experiência de Natan no NAPS de Santo André e no trabalho em família | 95 |
| Considerações Finais | 103 |
| REFERÊNCIAS | 106 |
| FONTES DE PESQUISA..... | 106 |
| Fontes Oraís..... | 106 |
| Fontes Audiovisuais | 106 |
| Fontes Impressas | 106 |
| Leis e Portarias | 108 |
| Fontes Documentais | 108 |
| Fontes Digitais..... | 109 |
| BIBLIOGRAFIA | 109 |

Introdução

Esta dissertação propõe analisar a experiência de Mariana, Rogério e Natan² com a loucura, entre o final do século XX e o início do século XXI, na região do Grande ABC, estado de São Paulo. Empreender um estudo no campo da história da loucura e da psiquiatria a partir das falas dos sujeitos que a vivenciaram, analisando seu discurso como “comunicação coerente em si mesma”³, e não como “sintomas de doenças”⁴, é algo recente. Para chegar a esses estudos e situar a presente pesquisa, apresentamos um breve resumo dos caminhos percorridos pela história da loucura e da psiquiatria, com o auxílio dos historiadores Rafael Huertas, Ana Venancio e Janis Cassília.

Em *Historia de la psiquiatria ¿Por qué? ¿Para qué?* Huertas⁵ fez um levantamento da historiografia da psiquiatria internacional, iniciando pela “historiografia tradicional”, cujos trabalhos de maior destaque foram escritos entre os anos 1930 e 1950. Tal historiografia trazia uma “visão panegírica” dos “grandes homens”, focando os avanços “científicos e filantrópicos” impetrados pelos primeiros psiquiatras: a “libertação dos loucos”, a utilização de “princípios científico-rationais para a compreensão das enfermidades mentais”⁶ e a superação de uma visão “obscurantista” e “supersticiosa” sobre a loucura.

Venancio e Cassília⁷, em *A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil*, também encontraram trabalhos desse gênero como as primeiras produções historiográficas brasileiras, cujo maior volume foi escrito entre o século XIX e a primeira metade do século XX. Para as autoras, essas pesquisas geralmente são realizadas por médicos psiquiatras, influenciados por uma visão da história como “um conjunto de fatos”, e que buscam defender sua categoria profissional, do médico especialista na área mental: “Nessa perspectiva a doença mental aparece como corolário dos investimentos e sucessos científicos e assistenciais empreendidos por médicos no afã de curá-la e extingui-la”⁸.

Huertas, em seguida, destaca a “historiografia crítica ou revisionista”, que surgiu entre os anos 1960 e 1970 e, como o próprio nome diz, propunha-se a criticar e revisar a

² Esses nomes são fictícios, para preservar a identidade dos depoentes.

³ PORTER, Roy. *Uma História Social da Loucura*. RJ: Jorge Zahar Editor, 1990. p. 8.

⁴ *Ibidem*, p. 8.

⁵ HUERTAS, Rafael. *Historia de la psiquiatria ¿Por qué? ¿Para qué? Frenia*, Vol. I-1-2001. p. 9-36.

⁶ *Ibidem*, p. 16 (tradução nossa).

⁷ VENANCIO, Ana Teresa A.; CASSÍLIA, Janis Alessandra P. *A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil*. *Espaço Plural*, Ano XI, nº 22, 1º. Semestre 2010.

⁸ *Ibidem*, p. 25.

historiografia tradicional, dando importância à contribuição de estudos sociais e culturais para analisar “a loucura e a prática psiquiátrica”⁹. Nessa corrente, o termo “história da loucura” passou a ser mais utilizado do que o termo “história da psiquiatria”, pois se questionava o discurso construído pela própria psiquiatria em torno de sua história. Os estudos passaram a se direcionar, de forma geral: à “loucura como mito e como construção social”, às “respostas sociais à loucura” e ao “papel das instituições psiquiátricas como instrumentos de controle social”¹⁰. Autores mais radicais dessa corrente foram criticados por terem cometido os mesmos erros que acusavam na corrente anterior: basear-se em convicções ideológicas ao invés de se fundamentar em realidades históricas. Para Huertas, as duas correntes contêm uma carga ideológica, mas isso por si só não invalida o estudo, pois como afirmou Lucien Goldman: “es imposible hacer una ciencia del hombre que no tenga un carácter hasta cierto punto ideológico”¹¹. O importante, para Huertas, é que os objetivos da pesquisa estejam claros e, caso as hipóteses não se confirmem, o historiador deve ter a honestidade de revelar os resultados reais e analisá-los.

Segundo Huertas, a historiografia crítica ou revisionista é habitualmente identificada com a obra de Foucault e seus seguidores. No entanto, o autor acredita que a preocupação em revisar ou criticar a historiografia tradicional adviria de pelo menos três tradições muito distintas. A primeira, onde se situa a obra de Michel Foucault¹², abordaria a instituição psiquiátrica, o sistema psiquiátrico e o controle social. A segunda tradição crítica adviria da história social, que se ocuparia de temas como a pobreza, a marginalização e a exclusão social e, nesse caso, identificaria o louco ao marginalizado¹³. A terceira tradição se situaria na história social da medicina, que surgiu com Henry Sigerist e seus seguidores, Erwin Ackerknecht e George Rosen. Huertas destacou a obra *Madness in Society* como representativa dessa tradição, onde Rosen coloca em segundo plano o discurso médico e profissional e incorpora a enfermidade mental à história social e cultural, focando a posição do enfermo em diferentes sociedades e períodos históricos.

No Brasil, segundo Venancio e Cassília, a partir dos anos 1970 emergiu uma historiografia bastante influenciada por Foucault. Os primeiros pesquisadores dessa corrente “identificam-se como filósofos ou representantes do campo da saúde mental que buscavam a

⁹ HUERTAS, Rafael. *Historia de la psiquiatria ¿Por qué? ¿Para qué?*, op. cit., p. 17 (tradução nossa).

¹⁰ *Ibidem* (tradução nossa).

¹¹ GOLDMANN, Lucien. In: *Ibidem*, p. 19.

¹² Além de Michel Foucault, Huertas situa nessa tradição autores como Erving Goffman, Thomas Szasz, Robert Castel, Klaus Dörner e Andrew Scull.

¹³ Huertas cita o trabalho sobre cronicidade e psiquiatria de George Lanteri-Laura, publicado na *Revista dos Annales*, como exemplo dessa tradição.

ruptura com o poder disciplinar que a psiquiatria asilar representava, tal como denunciada por Michel Foucault¹⁴. Essas produções se realizavam num momento de críticas aos asilos e ao atendimento em saúde mental, que por sua vez se alinhavam a um contexto mais geral de críticas à ditadura, no final dos anos 1970. Para as autoras, essas novas produções “parecem não ter conseguido se desvencilhar da projeção do presente sobre o passado que visavam analisar”¹⁵, pois permaneciam engajados na “construção de uma psiquiatria que servisse a um novo tipo de sociedade: não mais o projeto de uma sociedade civilizada, idealizado pelos psiquiatras clássicos, mas a permanência do ideal de uma sociedade esclarecida a respeito dos modos de exercício do poder que lhe são constitutivos”¹⁶, ideal que melhor se alinhava aos tempos de luta pelo retorno da democracia. Grande parte das produções que têm como objeto os hospitais psiquiátricos e os serviços comunitários de saúde mental entre o final do século XX e o início do XXI se alinha a essa corrente, portanto recorri a muitos desses estudos para ajudar a compreender a experiência de Mariana, Rogério e Natan nessas instituições.

Na mesma época, de acordo com Venancio e Cassília, estudos na área da antropologia, principalmente no Museu Nacional (UFRJ), analisavam a história da psiquiatria dentro de um contexto sociocultural mais amplo. Esses estudos focavam: “a relação entre estabilidade/continuidade e mudança/descontinuidade sociocultural, e a tensão entre o particular (o diagnóstico, o campo semântico, a instituição) e o geral (as questões culturais englobantes próprias da sociedade ocidental moderna, como o livre-arbítrio, a representação de Pessoa moderna, a tensão entre as dimensões física e moral do humano etc)”¹⁷. Para as autoras, essa perspectiva também se desenvolveu no campo da história, principalmente em trabalhos sobre o cotidiano. Nesse sentido, “sujeitos anônimos” passavam a ser incluídos nas análises, ocorrendo um “aprofundamento analítico do recurso às fontes primárias que trouxessem a ‘voz’ dos sujeitos anônimos e, portanto, sua própria experiência e visão sobre os acontecimentos”¹⁸.

Huertas não teve a intenção de mapear todos os trabalhos contemporâneos, então ele destaca alguns. Cita a escola de Cambridge, com suas pesquisas sobre a história conceitual da psiquiatria, dos sintomas, da relação entre história e clínica e sobre o DSM. Os trabalhos dessa corrente têm sido divulgados pela revista *History of Psychiatry*, coordenada por German Berrios e Roy Porter. Huertas menciona também a corrente onde ele está inserido, a história

¹⁴ VENANCIO, Ana Teresa A.; CASSÍLIA, Janis Alessandra P. A doença mental como tema. op. cit., p. 25.

¹⁵ *Ibidem*, p. 29.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Ibidem*, p. 31.

¹⁸ *Ibidem*, p. 32.

social da psiquiatria, que tem cumprido um “papel fundamental de crítica dos modelos e práticas assistenciais”¹⁹. Um dos desafios atuais dessa corrente, pelo menos na Espanha, para Huertas, tem sido analisar as práticas psiquiátricas através de fontes até agora pouco utilizadas, como histórias clínicas e livros de registros, comparando o que diziam os psiquiatras em seus tratados com suas práticas nas instituições. Para Huertas, trata-se de uma “historia desde abajo”, à medida que incorpora fontes que ilustram não apenas o discurso dos médicos, mas também dos pacientes, pois o autor acredita, assim como Roy Porter, que os escritos dos loucos podem ser analisados como discursos coerentes, não apenas como meros sintomas da enfermidade mental.

Para a historiadora Yonissa Wadi, essa “nova tendência” tem sido chamada também de “história com sujeito”, pois são pesquisas que “ressignificam as experiências de doentes, médicos e familiares em um microcosmo onde os estreitos quadros institucionais podiam ser frequentemente excedidos, oferecendo as mil e uma faces da loucura internada”²⁰.

Roy Porter foi um dos primeiros historiadores que partiram dos escritos dos “loucos” para estudar a história da loucura. Em “*Uma história social da loucura*”, o autor analisa o discurso de “pessoas loucas”, de diferentes épocas. Mas não se trata de uma análise psiquiátrica ou psicanalítica. Seu intuito não é descobrir as “causas” da loucura, diz Porter: “Em vez disso, preocupar-me-ei em como os loucos tentaram explicar o próprio comportamento para si mesmos e para os outros na linguagem que estava ao seu alcance. Meus pontos de referência, portanto, são: a linguagem, a história e a cultura”²¹. Para o autor, por mais desorganizado que seja o discurso, os loucos só podem falar a partir de um contexto histórico-social comum a seu tempo:

Embora os loucos frequentemente pareçam tão alienados, tão alienados em suas mentes (acreditava-se) a ponto de necessitarem ser excluídos da sociedade, seus testamentos denotam claramente, ainda que muitas vezes numa linguagem distorcida ou não-convencional, as ideias, valores, aspirações, esperanças e medos de seus contemporâneos²².

Em *The Patient’s View: Doing Medical History from Below*, Porter afirma que os “sofredores” têm sido ignorados pelos pesquisadores. Nesse artigo, o autor defende a importância do uso dos escritos dos “sofredores” como fontes para a história da medicina e

¹⁹ HUERTAS, Rafael. Historia de la psiquiatria. *op. cit.*, p. 29 (tradução nossa).

²⁰ SACRISTÁN, Cristina (2009). *Apud* WADI, Yonissa Marmitt. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. *Topoi*, v. 12, n.22, jan-jun. 2011, p. 250-269. p. 253.

²¹ PORTER, Roy. Uma História Social da Loucura. *op. cit.*, p. 8.

²² *Ibidem*. p. 8.

sugere métodos e abordagens para pesquisas nessa área. De acordo com Porter, há tão poucos trabalhos como esses, ou seja, sabemos tão pouco sobre como as pessoas lidavam com as doenças no passado que, em primeiro lugar, é preciso nos “desfamiliarizar” de pesquisas centradas nos médicos e penetrar “nas empíricas florestas do passado, em sua estranheza e diversidade”²³. No referido artigo, Porter faz menção à história de três homens que viveram entre os séculos XVII e XVIII, que relataram seu sofrimento devido a diferentes doenças, em seus diários e autobiografias. Suas vivências, explicações sobre as causas e busca por tratamento foram bem diferentes: Samuel Pepys se submeteu com sucesso a uma cirurgia, comemorando o bem sucedido feito médico. Comentários sobre seu estado de saúde eram frequentes em seu diário, onde ele descrevia atitudes para evitar doenças como a gripe, evitando navegar pelo rio Tâmisia em dias frios, demonstrando conhecimento e aceitação pelas teorias médicas. Ralph Josselin, por outro lado, explicava as doenças como resultantes da punição divina. Josselin raramente visitava médicos, pois eram raros em sua época. William Stout, da mesma forma, teve o primeiro contato com um praticante da medicina – um cirurgião de cavalos – quando já era um idoso.

Para Porter, não há como tirar conclusões sobre o que é típico e o que é excepcional a respeito dessas experiências, pois há realmente poucos trabalhos desse gênero. O autor defende, todavia, a necessidade em haver pesquisas sobre os “sofredores”, pois o manejo das doenças era feito por eles, os médicos representavam apenas uma ferramenta, escassa na maior parte das vezes. Para Porter, contribuições da sociologia e antropologia médicas também ajudam, pois a maneira como a doença é percebida e classificada depende da cultura, da sociedade, além do momento histórico onde o sofredor está inserido. Porter acredita que, ao investigar a história dos “sofredores”, chegaremos a uma compreensão mais completa da história da medicina, ou de como os homens lidam com as doenças, como um todo.

Seguindo essa tendência, o antropólogo e historiador colombiano Andrés Ríos Molina²⁴ analisou a autobiografia de Alberto Talocín, sujeito que foi considerado louco no início do século XX e internado no manicômio La Castañeda, no México. O autor comparou o escrito de Talocín com a tese do médico que analisou seu caso, o doutor Gregorio Oneto Barenque. Molina mostra como Talocín aceita o rótulo de louco e passa a se utilizar da instituição em seu benefício, e a interpretação que o doutor Barenque dá a essa

²³ PORTER, Roy. The Patient's View: Doing Medical History from Below. *Theory and Society*. Vol. 14, No. 2, Mar. 1985, pp. 175-198. p. 176 (tradução nossa).

²⁴ MOLINA, Andrés Ríos. Un mesías, ladrón y paranoico em el manicômio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 37, enero-junio 2009, p. 71-96.

“manipulação”, ao defender sua tese em 1924, é que este seria um dos sintomas dos paranoicos, ou seja, Talocín é enquadrado como doente.

No Brasil, a historiadora Yonissa Wadi²⁵ vem seguindo essa “nova tendência”. Em *A história de Pierina*, a autora analisou as cartas desta mulher que cometeu infanticídio e foi considerada louca, no início do século XX. Partindo de seus escritos, Wadi desvela o cotidiano de uma mulher camponesa, que vivia no interior do Rio Grande do Sul, mostrando que ela passava pelas mesmas situações, alegrias e tristezas que outras mulheres de seu “tempo e lugar”. Assim como Porter, Wadi não se preocupou em investigar a enfermidade mental de Pierina, mas “reconstituir e desvendar fragmentos da sua pessoal experiência de loucura”²⁶, e como ela se constituiu como sujeito a partir dessa experiência. A trajetória de Pierina é analisada com o apoio de bibliografias que mostram como era ser mulher, filha de imigrantes e louca em sua época. Ao invés de cumprir pena na prisão, Pierina vai para o hospício, pois naquele tempo e lugar não seria considerada “normal” uma mãe que não fosse zelosa com os filhos e que, ao contrário, desse fim à vida da filha.

Seguindo o mesmo caminho, a psiquiatra e historiadora Nádia Weber analisou três obras literárias: *No Hospício*, de Rocha Pombo; *Diário do Hospício e Cemitério dos Vivos*, de Lima Barreto; e doze cartas de um paciente do Hospital Psiquiátrico de São Pedro, que ela denominou como T.R. A autora contextualiza os autores, explana sobre suas vidas, suas obras, bem como as impressões e “sensibilidades” desses autores para o mundo em que estão vivendo. As falas do paciente T.R., por exemplo, para Weber, “constituem-se em confidências, reflexões, que mostram tanto o problema que afligia este indivíduo em particular, como aqueles pelos quais estava passando a humanidade, naquele período histórico”²⁷. Para Weber, o Brasil passava por muitas transformações durante as três primeiras décadas do século XX, e no mundo, da mesma forma, regimes totalitários se desenvolviam, o que se refletiu no Brasil, com a ditadura Vargas. Weber extrai o que os loucos tinham a dizer sobre o próprio momento histórico, além de suas impressões sobre a loucura e sobre os manicômios.

Janis Cassília²⁸ também analisou o discurso de pessoas que foram consideradas loucas, além de seus familiares e médicos, levando em conta as impressões sobre o contexto

²⁵ WADI, Y. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

²⁶ *Ibidem*, p. 47.

²⁷ WEBER, Nádia. *História de Sensibilidades: Espaços e narrativas da loucura em três tempos (Brasil, 1905/1920/1938)*. Tese (Doutorado). PPGH/IFCH/UFRGS. p. 68.

²⁸ CASSÍLIA, Janis Alessandra Pereira. *Doença Mental e Estado Novo: a loucura de um tempo*. Dissertação (Mestrado). PPGHCS/COC/FIOCRUZ, 2010.

sociopolítico e histórico em que viviam – o Estado Novo, utilizando documentos clínicos como fontes. Trata-se, então, da narrativa de pacientes e seus familiares, intermediada pela voz do médico. Cassília observou que o discurso desses sujeitos não era “uníssono”: ora concordavam, ora discordavam do discurso dos médicos. Acerca dos acontecimentos sociopolíticos da época, falavam sobre a Segunda Guerra Mundial, sobre o comunismo, o fascismo e o nazismo, além de Getúlio Vargas e das ideias que circulavam na época sobre o Estado Novo e os direitos sociais. Cassília também notou a influência da diferença de gênero nos discursos: a figura de Vargas, por exemplo, aparecia mais associada a opiniões políticas na narrativa dos homens do que na das mulheres.

Assim, seguindo também essa “nova tendência”, buscamos ouvir o que Mariana, Rogério e Natan tinham a dizer sobre sua experiência com a loucura entre o final do século XX e o início do XXI no Brasil. Procuramos analisar sua experiência entendendo que esta os constituiu como sujeitos.

Yonissa Wadi, ao analisar as cartas, prontuário e processo-crime de Pierina, vislumbrou a:

possibilidade de reconstruir os caminhos que levaram alguém a viver uma experiência que foi chamada de loucura; de compreender que experiência foi essa para quem a viveu; o que significou para os ‘outros’ (a família, o grupo social, os saberes...); como esses ‘outros’ construíram tal experiência; como esta pôde ser ‘capturada’ e ‘aprisionada’; que sujeito surgiu no aprisionamento; como foi o contato, a troca com seus ‘iguais’ – demais pessoas tidas como loucas –; como foi o encontro com os operadores dos saberes; que possibilidades havia para aquela mulher, naquele tempo e lugar onde viveu? Quais as linhas de fuga possíveis?²⁹

Wadi não pretendeu apenas “tornar visível” a experiência de mulheres como Pierina, que foram consideradas loucas, mas revelar “como suas experiências foram construídas e como construíram novos sujeitos, no caso, sujeitos da loucura”³⁰. A autora faz referência a Joan Scott, que acredita que os sujeitos não têm experiência, mas que eles são “constituídos pela experiência”³¹.

²⁹ Idem. Quem somos nós, loucos? Um ensaio sobre limites e possibilidades da reconstituição histórica de trajetórias de vida de pessoas internas como loucas. *Anos 90*. Porto Alegre, v. 13, n. 23/24, p. 287-319, jan./dez. 2006. p. 302-303.

³⁰ *Ibidem*, p. 306.

³¹ SCOTT, Joan W. A invisibilidade da experiência. *Proj. História*, São Paulo, (16), fev. 1998. p. 297-325. p. 304.

Na definição de Scott, a experiência deixa de ser a “origem” da “explicação”, para se tornar o que é preciso conhecer. Para a autora, “pensar sobre a experiência desse modo é historicizá-la, bem como historicizar as identidades que ela produz”³². Para Scott:

Sujeitos são constituídos discursivamente, mas há conflitos entre sistemas discursivos, contradições dentro de cada um deles, significados múltiplos possíveis para os conceitos que eles utilizam. E sujeitos são, de fato, agentes. Eles não são indivíduos unificados, autônomos, exercendo a vontade livre, mas sujeitos cuja atuação é constituída através de situações e status que lhes é conferido. Ser um sujeito significa ser “sujeito para definir condições de existência, condições de atributos e condições de exercícios”. Essas condições permitem escolhas, muito embora elas não sejam ilimitadas³³.

Scott cita o exemplo dado por Stuart Hall, sobre a identidade do “negro” na Jamaica. Segundo Hall, os negros viviam na Jamaica há mais de trezentos anos sem se identificarem como “negros”. De acordo com Scott, para entender como se construiu essa “identidade negra jamaicana”, torna-se “necessário analisar o posicionamento do sujeito, ao menos em parte, como o efeito de discursos que situaram a Jamaica em uma economia política racista internacional do fim do século XX; isso significa historicizar a ‘experiência’ da negritude”³⁴. Do mesmo modo, ao analisar a experiência de Mariana, Rogério e Natan com a loucura, no final do século XX e início do XXI, buscamos “historicizá-la”, procurando entender como esta constituiu suas identidades.

Assim como os negros jamaicanos passaram a se identificar como “negros” a partir dos discursos sobre o racismo no final do século XX, Mariana passa a se identificar como “usuária” dos serviços comunitários de saúde mental e “militante” do movimento de luta antimanicomial, a partir do contato com o discurso do movimento de reforma psiquiátrica, que emergiram no final do século XX no Brasil. Mas Mariana não foi influenciada somente por esse discurso. Ela se identifica, ao mesmo tempo, como portadora de uma “doença”, o “transtorno afetivo bipolar”. Essa identidade advém de um discurso da psiquiatria biológica. Rogério e Natan também são influenciados por vários discursos, como se verá no decorrer desta dissertação. O conceito de discurso que estamos utilizando é formulado por Michel Foucault. Segundo o filósofo, nosso discurso é formado por vários discursos que estão em disputa, os “jogos de verdade”.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*. p. 320.

³⁴ *Ibidem*. p. 319.

Em sua aula inaugural no Collège de France, proferida em 1970, publicada com o título *A ordem do discurso*, Foucault apresenta a hipótese de que “em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade”³⁵. Ou seja, a produção do discurso não é livre na sociedade. Foucault enumera uma série de procedimentos que excluem determinados discursos e que impõem regras restringindo o acesso à sua produção. Na mesma obra apresenta um método para a análise dos discursos.

Entre o final do século XX e o início do XXI, é possível encontrar vários discursos no campo da psiquiatria. Um deles é o do movimento de reforma psiquiátrica, que influenciará muito o discurso de Mariana e que se refletirá em vários serviços onde ela, Rogério e Natan serão atendidos. Outro é o discurso da psiquiatria biológica, que segundo Aguiar, Russo e Venancio, vem dominando o campo da psiquiatria, como veremos no primeiro capítulo, quando nossos protagonistas recorrem a suas noções para explicar o que é a sua “doença”.

No que diz respeito às transformações no campo da assistência em saúde mental no Brasil do final do século XX e início do XXI, houve grande influência do movimento da reforma psiquiátrica. Paulo Amarante, psiquiatra e liderança desse movimento no Brasil, coordenou uma pesquisa sobre a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, que resultou no livro *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Nesta obra, a reforma psiquiátrica é definida como “um processo histórico de reformulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”³⁶. Amarante divide esse processo em três momentos: o primeiro, que ele chama de “trajetória alternativa”, teria se iniciado no final dos anos 1970, quando o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental trouxe à tona denúncias sobre a situação de violência e precariedade em instituições psiquiátricas, começando pelos hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978.

O segundo momento, que teria ocorrido no início dos anos 1980, foi chamado por Amarante de “trajetória sanitarista” quando militantes do movimento da reforma psiquiátrica começaram a ocupar cargos de gestão e a implantar projetos de reformulação da assistência, tais como os que ocorreram nas instituições federais no Rio de Janeiro: no Pinel, que passou a estimular a atenção ambulatorial, diminuindo as internações psiquiátricas; no Centro

³⁵ FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2009. p.8-9.

³⁶ AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 87.

Psiquiátrico Pedro II, que além de diminuir as internações com o incentivo ao atendimento ambulatorial, criou espaço para a atuação de equipes multiprofissionais; e na Colônia Juliano Moreira, que procurou se desfazer da “tradição de asilo de crônicos”, priorizando o atendimento de urgência e internações de curta permanência em sua área de abrangência.

O terceiro momento, por sua vez, foi chamado por Amarante como a “trajetória da desinstitucionalização” ou da “desconstrução/invenção”, que se iniciaria com a I Conferência Nacional da Saúde Mental, em 1987. Esse seria um momento de radicalização do movimento, com a fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que passou a criticar os projetos de reformas dentro dos hospitais psiquiátricos e a defender o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Foi o período de “invenção” de novos serviços, desvinculados dos hospitais psiquiátricos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva em São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, criados a partir do fechamento da Casa de Saúde Anchieta.

Mariana, Rogério e Natan não estavam alheios aos acontecimentos de sua época. Como disse Porter, “os delírios dos loucos, os mitos da psiquiatria e as ideologias da sociedade em geral fazem parte de um tecido ideológico comum”³⁷. O envolvimento no movimento da luta antimanicomial marcou a experiência de Mariana com a loucura. A experiência de Rogério com o uso de drogas foi marcada pelo bairro onde morou na adolescência, pelo trabalho e depois pelos locais onde frequentou quando adoeceu: o CAPS, o grupo de Alcoólicos Anônimos e a Associação José Martins de Araújo Junior. Natan teve sua experiência marcada pela convivência com a família. A vida desses sujeitos pode ter sido marcada por muitas outras experiências, mas estas são as que eles me trouxeram nas entrevistas.

Passo agora a descrever como eu cheguei a esses sujeitos. Parti da associação da qual eu fiz parte por ter familiares que viveram a experiência da loucura. Participando desta associação e dos encontros do movimento da luta antimanicomial, eu conheci vários “usuários”³⁸, que contavam suas histórias de vida em palestras e lutavam por melhorias no tratamento dispensado em serviços públicos de saúde mental. Eram militantes do movimento da luta antimanicomial. Nas palestras, eles descreviam com muita lucidez suas trajetórias desde o adoecimento, as internações em hospitais psiquiátricos e o tratamento nos serviços

³⁷ PORTER, Roy. Uma História Social da Loucura. *op. cit.*, p. 11.

³⁸ Nos serviços comunitários de saúde mental, instalados com o processo de Reforma Psiquiátrica, os “pacientes” são chamados de “usuários”, o que será explicado no capítulo 3.

comunitários de saúde mental. O protagonismo demonstrado por esses sujeitos foi uma fonte de inspiração para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Os critérios de seleção dos sujeitos que seriam entrevistados foram: disposição para narrar a experiência com a loucura, a vivência em hospitais psiquiátricos e serviços comunitários de saúde mental e a capacidade de fala preservada. Além disso, procuramos mesclar homens e mulheres, de idades, classes sociais e diagnósticos distintos.

Na Associação José Martins de Araújo Junior, encontrei os dois primeiros sujeitos, que demonstraram muita disposição para gravar as entrevistas. A primeira, a Mariana, é presidente da associação e já está acostumada a ministrar palestras, onde expõe sua história de vida, suas experiências institucionais e tem uma autobiografia escrita. Parte da autobiografia está disponível em seu trabalho de conclusão de curso, concluído em 2014, que se tornou nossa fonte também. Ela é ex-gerente de banco, pedagoga e diagnosticada como portadora do transtorno afetivo bipolar. Tem 57 anos e é militante do movimento da luta antimanicomial desde os anos 2000; por isso uma de suas principais motivações ao me dar as entrevistas foi também defender os ideais do movimento.

O segundo sujeito, Rogério, é frequentador da associação, participou durante muitos anos do jornal *Vozes da Saúde Mental*, do movimento da luta antimanicomial e também tem a prática de refletir sobre sua própria doença através de poesias. É padeiro aposentado por invalidez, ex-usuário de álcool e drogas e já passou por hospitais psiquiátricos e serviços de atenção psicossocial. Assim como Mariana, está escrevendo sua autobiografia, mas como não foi publicada, colhemos sua história através de seu depoimento. Utilizamos também algumas de suas poesias, que foram escritas desde os 19 anos de idade, portanto nos ajudaram a entender algumas de suas experiências. Rogério tem contado sua história de vida em palestras, mas diferente de Mariana, não dá tanta ênfase ao discurso do movimento da reforma psiquiátrica. Ele se vê como um “sobrevivente” e como alguém que está “só por hoje sóbrio”, orgulha-se de ter vencido situações difíceis, e é com essa motivação que ele me concedeu a entrevista.

Como não haveria tempo numa pesquisa de mestrado para entrevistar muitas pessoas, decidimos escolher apenas mais um sujeito. Como eu buscava mesclar pessoas de idades, classes sociais e diagnósticos distintos, procurei alguém com um perfil diverso dos sujeitos anteriores. Além disso, achei interessante procurar alguém fora da associação, que não atuasse no movimento da luta antimanicomial. Pedi a dois profissionais do CAPS que me indicassem alguém que quisesse contar sua história e que tivesse características diferentes dos dois

primeiros sujeitos. Foi assim que encontrei o terceiro sujeito, Natan, um jovem com 32 anos que foi diagnosticado como esquizofrênico e teve apenas uma internação em clínicas psiquiátricas, além de estar em tratamento no NAPS de Santo André desde 2006. Veremos que, diferente de Mariana e Rogério, ele não era habituado a contar sobre sua vida em palestras, nem estava escrevendo sua autobiografia, então não trouxe o relato de forma tão elaborada quanto os demais. A forma com que ele estava mais habituado a se expressar era através de suas pinturas, que se referiam a várias situações de sua história de vida, por isso as utilizamos também como fonte.

Rogério e Natan me concederam duas entrevistas. A primeira delas foi extensa, abarcando várias facetas da vida, mas com foco na “doença” e na experiência nos hospitais psiquiátricos e serviços comunitários de saúde mental. Durante a segunda entrevista, demos mais ênfase aos outros aspectos da vida, como o lazer, o trabalho, as relações amorosas. Nesse segundo momento, eu solicitei permissão para utilizar suas produções artísticas, as poesias no caso de Rogério e as pinturas no caso de Natan, para contribuir na análise de suas experiências. No meu segundo encontro com Mariana, esta estava bastante atarefada, e me forneceu uma cópia de sua monografia, que ela havia concluído para seu curso de especialização em saúde mental e que eu poderia utilizar também como fonte, já que lá estariam relatados muitos outros aspectos de sua história de vida.

A principal fonte desta pesquisa é oral, por isso nos valem da História Oral como metodologia, que Verena Alberti define como:

um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica, etc.) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Como consequência, o método da história oral produz fontes de consulta (as entrevistas) para outros estudos, podendo ser reunidas em um acervo aberto a pesquisadores. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, conjunturas, etc. à luz de depoimentos de pessoas que deles participaram ou os testemunharam³⁹.

Para Alberti, a História Oral foi aceita e incorporada à academia. A resistência que havia no início se devia em parte ao modo como essas pesquisas eram feitas, aos equívocos da história oral militante que deveriam ser evitados. Um dos equívocos seria considerar o discurso proveniente das entrevistas orais como a “verdade do povo”, realidade

³⁹ ALBERTI, Verena. *Manual de História Oral*. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 18.

inquestionável. “O equívoco está em considerar que a entrevista publicada já é ‘História’, e não apenas uma fonte que, como todas as fontes, necessita de interpretação e análise”⁴⁰.

E para empreender essa análise, a autora acredita que antes de qualquer coisa “é preciso considerar as condições de sua produção”⁴¹, pois a “entrevista de História Oral é uma fonte intencionalmente produzida, colhida *a posteriori*”⁴². No momento em que entrevisto Mariana, por exemplo, ela já é militante do movimento da luta antimanicomial e profissional da saúde mental, portanto o que ela revela de sua experiência tem muito do discurso que ela apreendeu desses outros discursos. As experiências anteriores de Rogério e Natan também deverão ser levadas em conta no momento em que eles pararam para me contar suas histórias. E quem eu sou para eles também exerce influência sobre o que me contam, pois “enquanto na autobiografia há apenas um autor, na entrevista de História Oral há no mínimo dois autores – o entrevistado e o entrevistador”. E ainda que “o entrevistador fale pouco, para permitir ao entrevistado narrar suas experiências, a entrevista que ele conduz é parte de seu próprio relato – científico, acadêmico, político etc – sobre suas ações passadas, e também de suas ações”⁴³. Mariana e Rogério me conheciam como militante do movimento antimanicomial e como frequentadora da associação de usuários e familiares, portanto, por mais que eu os tenha estimulado a contar outras experiências, ainda foi muito forte a ênfase que eles deram sobre as internações nos hospitais psiquiátricos e nos serviços comunitários de saúde mental.

Para ajudar a compreender a experiência desses sujeitos, recorreremos a bibliografias sobre a região onde vivem, sobre os serviços onde foram atendidos e sobre outros acontecimentos que foram surgindo durante a narrativa. Procuramos descrever como era a vida desses sujeitos até o adoecimento, além de analisar a experiência institucional nos hospitais psiquiátricos e nos serviços de atenção psicossocial. Grande parte dos trabalhos sobre hospitais psiquiátricos e serviços comunitários de saúde mental é produzida por profissionais do movimento da reforma psiquiátrica, por isso recorreremos a esses estudos.

No primeiro capítulo, apresentamos suas experiências até a descoberta da doença. Analisamos a vida deles na região do Grande ABC desde o nascimento da primeira personagem, Mariana, nos anos 1950, quando a industrialização estava em fase de expansão. Mariana, como outras mulheres de seu tempo, adentra o mercado de trabalho nos anos 1970 e ascende a um cargo de chefia nos anos 1980. Na virada dos anos 1980 para os anos 1990,

⁴⁰ *Ibidem*, p. 158.

⁴¹ *Idem*. Histórias dentro da História. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.). *Fontes históricas*. São Paulo: Contexto, 2014, p. 168.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ *Ibidem*, p. 169.

Rogério, nosso segundo personagem, como vários jovens de sua época, busca formação, trabalho e diversão. Ouve rock e usa drogas na garagem com os amigos. Convive com vários jovens que morreram de Aids ou assassinados em decorrência do envolvimento com o tráfico de drogas. Nos anos 1990, Natan enfrenta muitos problemas ao mudar de escola. Na adolescência experimenta drogas e aos 17 anos começa a ouvir vozes.

No segundo capítulo, analisamos a experiência desses sujeitos nas internações psiquiátricas. Mariana é internada pela primeira vez em 1988, num hospital particular que mais parecia um hotel no interior de SP. Nos anos seguintes, passa a ser internada num hospital particular espírita em São Bernardo do Campo. Rogério foi internado num hospital psiquiátrico pela primeira vez em 1998, aos 25 anos. Foram internações sempre em hospitais públicos ou privados conveniados ao SUS da região do Grande ABC e do interior de SP. Em uma das últimas internações, ele pôs fogo no colchão e seus pais foram obrigados a tirá-lo de lá. Natan foi internado uma única vez, apenas por 20 dias, em um hospital particular católico da zona sul de São Paulo.

No terceiro capítulo analisamos as experiências desses sujeitos nos serviços da rede de atenção psicossocial. Mariana, depois do divórcio e da demissão do banco onde trabalhava, perdeu o convênio médico, e teve que continuar o tratamento na rede pública de saúde de Santo André. Nessa época, anos 1990, a rede pública estava começando a implantar serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos. Foi em um desses serviços, o ambulatório de saúde mental, em que Mariana passou a se tratar. Rogério foi encaminhado para o Centro de Atenção Psicossocial em Dependência Química (CAPS DQ) no ano 2000, mas só parou com o uso de álcool e drogas com a entrada nos Alcoólicos Anônimos em 2004. E Natan se inseriu no NAPS em 2006, logo após sair da primeira internação no hospital psiquiátrico filantrópico da zona sul de SP.

Capítulo 1 – A vida até a primeira crise

Os três protagonistas desta história, Mariana, Rogério e Natan, vivem no Grande ABC Paulista, região que se localiza entre a capital do Estado de São Paulo e a Serra do Mar, com área de 635 km², formada por sete municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Os nossos protagonistas transitam por dentro dessa região como se estivessem em uma só cidade, ou seja, ainda que residam em um dos municípios, deslocam-se cotidianamente em direção aos demais para trabalhar, estudar, namorar e até mesmo para buscar tratamento. Apesar disso, é importante lembrar que a região faz divisa com a capital, como mostra o mapa abaixo, portanto nossos protagonistas para lá se deslocam quando necessitam de produtos ou serviços considerados de melhor qualidade. Esse foi o caso de Natan, quando sua família lá buscou tratamento em clínicas particulares. A região também é muito próxima do litoral, possibilitando que nossos protagonistas se desloquem para a praia, o que aconteceu nos três casos, mas em situações diversas.

Figura 1: Mapa da Região Metropolitana de São Paulo com destaque para a região do Grande ABC



Fonte: Sindicato das Empresas de Compra, Venda, Locação e Administração de Imóveis Residenciais e Comerciais de São Paulo (SECOVI-SP)

Segundo a geógrafa Cecília de Almeida⁴⁴, os municípios da região do ABC se originaram de uma nucleação comum, o que gerou uma “identidade compartilhada”, que tinha a intenção de fazer frente ao poderio da capital paulista, da qual, como explica a socióloga Matilde Melo, seu desenvolvimento sempre foi dependente: “primeiro como ‘subúrbio’ rural, depois como ‘subúrbio’ industrial e posteriormente como ‘periferia’ metropolitana”⁴⁵. As primeiras produções sobre a história da região correspondem às produções historiográficas tradicionais e contribuíram para a construção dessa identidade comum entre os sete municípios.

A origem comum teria ocorrido no século XVI, com a fundação da Vila de Santo André da Borda do Campo, pelo lusitano João Ramalho. De acordo com o médico, jornalista e historiador Octaviano Gaiarsa⁴⁶, as atas da câmara da Vila de Santo André da Borda do Campo constataam a fundação desse povoado por João Ramalho⁴⁷ em 8 de abril de 1553, durando até meados de 1558-60 quando, temendo o ataque dos índios, seus habitantes migraram para São Paulo de Piratininga, extinguindo-a. Para Gaiarsa, a Vila de Santo André da Borda do Campo “dormiu” por “três séculos”⁴⁸, até voltar a ser povoada no século XIX, com a instalação da estrada de ferro São Paulo Railway⁴⁹, em 1867.

Almeida destaca um dos povoamentos que, em 1812, recebeu o nome de freguesia de São Bernardo e que servia como ponto de parada para os viajantes, além de fornecedora de insumos agrícolas e da construção civil para a capital. Segundo Almeida, entre 1889 e 1890 a freguesia de São Bernardo se transformou no município de mesmo nome, que abrangeria toda a região. Em 1938, o município de São Bernardo passa a se chamar Santo André e, a partir de então, ocorrem os desmembramentos, dando origem aos demais municípios que compõem hoje o Grande ABC: São Bernardo do Campo, em 1944; São Caetano do Sul, em 1948; Mauá e Ribeirão Pires, em 1953; Diadema, em 1959 e Rio Grande da Serra, em 1964.

⁴⁴ ALMEIDA, Cecília Cardoso Teixeira. O Grande ABC Paulista: o fetichismo da região. Tese (doutorado em Geografia). Departamento de Geografia, FFLCH-USP. São Paulo, 2008.

⁴⁵ MELO, Matilde Maria Almeida. Da cidade ideal à cidade intencional: cidade ABC – a utopia colaboradora. Tese (Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC-SP, 2001. p. 110.

⁴⁶ GAIARSA, Octaviano Armando. *Santo André: ontem, hoje e amanhã*. SP: Prefeitura Municipal de Santo André, 1991.

⁴⁷ Segundo Gaiarsa, João Ramalho teria aportado entre Santos e São Vicente pouco depois da chegada dos portugueses ao Brasil, provavelmente entre 1501 e 1510. O lusitano teria adentrado o planalto paulista, travando amizade com os índios, casando-se com a filha do cacique Tibiriçá e passando a ter influência na região.

⁴⁸ GAIARSA, Octaviano Armando. *A cidade que dormiu três séculos*. Santo André da Borda do Campo, seus primórdios e sua evolução histórica: 1553-1960. Santo André: Tipografia Bandeirante, 1968.

⁴⁹ A estrada de ferro São Paulo Railway passou a ser denominada como Santos-Jundiaí em 1947, quando o Estado brasileiro passou a administrá-la em função do término do contrato com a companhia inglesa que a construiu.

Para Gaiarsa⁵⁰, obras estruturais do final do século XIX e início do XX, como a Represa Billings⁵¹, a Usina Hidrelétrica de Cubatão e a Ferrovia São Paulo Railway, além da própria localização (entre a capital e o litoral) favoreceram a instalação de indústrias na região. O ABC se tornou polo industrial na segunda metade do século XX, vivenciando, segundo Almeida, o seguinte cenário:

os municípios abecedenses assistiram ao ritmo frenético da intensificação de desapropriações, assim como a devastação de matas para receber novos traçados de circulação como pontes, viadutos, avenidas, estradas intermunicipais, ou para dar lugar ao dinamismo incessante dos loteamentos, ou mesmo por conta da administração pública procurar atender aos serviços de água e esgoto aquém das demandas locais⁵².

De acordo com Melo⁵³, o parque industrial da região do ABC atingiu grande desenvolvimento a partir da instalação de indústrias automobilísticas, incentivada pelo governo Juscelino Kubitschek (1956-1960)⁵⁴. Dessa forma, nos anos 1960, segundo a autora, o Grande ABC consolidou um modelo de desenvolvimento urbano-industrial idealizado desde os anos 1930 no Brasil. Com a abertura de novos postos de trabalho, a população da região cresceu em 100%, de 499.398 para 988.677 habitantes, segundo Melo. A autora afirma ainda que nesse período o movimento de trabalhadores ampliou-se, ganhando visibilidade no final dos anos 1970, com as greves e movimentos de contestação à ditadura militar, passando a fazer parte da identidade regional.

A vocação de polo industrial se manteve no Grande ABC até as décadas de 1980 e 1990, quando, segundo Ribeiro⁵⁵, teve início um processo de “desindustrialização”. Para o autor, a partir dos anos 1990 a região começou a passar por um processo de “reestruturação produtiva”, onde a população economicamente ativa migrava do setor industrial para o de serviços. É nesse cenário de transformação do perfil produtivo da região que nossos três protagonistas vão viver a experiência da loucura. Nenhum deles trabalhou na indústria. Mariana foi funcionária de um banco até o final dos anos 1980, quando adoeceu. Rogério, que

⁵⁰ GAIARSA, Octaviano Armando. *Santo André: ontem, hoje e amanhã*. *op. cit.*

⁵¹ O nome “Billings” foi dado em homenagem ao engenheiro que a projetou: Asa White Kenney Billings.

⁵² ALMEIDA, Cecília Cardoso Teixeira. *O Grande ABC Paulista: o fetichismo da região*. *op. cit.*, p. 220.

⁵³ MELO, Matilde Maria Almeida. *Da cidade ideal à cidade intencional: cidade ABC – a utopia colaboradora*. *op. cit.*

⁵⁴ Entre o final dos anos 1950 e início dos anos 1960, as seguintes indústrias automobilísticas se instalaram no município de São Bernardo do Campo: Williams Overland, Ford, Mercedes-Benz do Brasil, Karman-Ghia, Scania Vabis e a Volkswagen do Brasil. A última foi inaugurada em 1958, com a presença do presidente Juscelino Kubitschek (MELO, 2001).

⁵⁵ RIBEIRO JUNIOR, Daniel. *Desindustrialização do ABC: emprego e desemprego em tempos de mudança*. Dissertação (mestrado em Administração). Faculdade de Ciências Administrativas da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008.

havia cursado elétrica no SENAI⁵⁶, ingressou no mercado de trabalho no ramo de panificação, em meados dos anos 1990. Natan começou a trabalhar no ramo alimentício com sua família no final dos anos 1990.

Vamos nos transportar agora para o ABC dos anos 1950, para conhecer a história de nossa primeira protagonista.

1.1. Mariana

Nos anos 1950, os pais de Mariana se casaram e migraram do Nordeste para a região do Grande ABC. De acordo com o Centro de Estudos Migratórios⁵⁷, em função da industrialização, o Brasil do século XX foi palco de intenso fluxo migratório. Milhares de pessoas migraram para o Sul, principalmente para o eixo RJ-SP, onde se concentraram os primeiros polos industriais. E a região do ABC era atrativa, pois além de já possuir fábricas (de tecelagem, móveis, entre outras), estava implantando, como já foi dito acima, indústrias automobilísticas. E foi justamente em uma montadora de automóveis que o pai de Mariana foi trabalhar, em São Bernardo do Campo. A mãe cuidava da casa, em Santo André, e costurava para complementar a renda. Logo vieram os filhos: primeiro um menino e depois Mariana, que nasceu no dia 10 de fevereiro de 1958.

Durante a entrevista, as lembranças mais marcantes que Mariana resgata de sua infância se relacionam à sua mãe:

Então, a minha infância... Eu acho que foi uma infância muito travada. Porque, assim: eu tinha uma mãe, que já faleceu, e que era da Congregação Cristã. Então ela tinha, assim, uma coisa muito severa com a educação, né? Então eu lembro que eu, com sete anos e ela me falava assim: "Olha, não deixa um menino tocar em você, só quando casar". E eu achava que tocar era pôr a mão, brincar de pique esconde⁵⁸.

Sua mãe a orientava a não permitir que os meninos a “tocassem”, mesmo quando ela era muito pequena e só queria saber de brincar. “Tocar” significava “ter relação sexual”, o que seria permitido só depois do casamento, como Mariana explicita abaixo:

⁵⁶ SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial) é uma escola técnica subsidiada pelas indústrias, visando à qualificação de sua mão de obra, oferecendo cursos de elétrica, eletrônica, mecânica, entre outros.

⁵⁷ CENTRO DE ESTUDOS MIGRATÓRIOS. Migrações no Brasil: o peregrinar de um povo sem terra. São Paulo: Paulinas, 1986.

⁵⁸ Depoimento Mariana, 2014.

Quando eu ia brincar eu já falava para eles: "Olha, eu só brinco se ninguém dos meninos me tocarem". Então, assim: pra mim tocar era aquilo, né? E isso eu fui descobrir com doze anos, que tocar era outra coisa: ter relação sexual, aquela coisa mais profunda. Então, assim: foi uma educação muito severa mesmo. E isso me trouxe muito sofrimento. Eu acho que isso me trouxe até alguns problemas sexuais que eu tive no meu casamento. Eu acho que foi muito difícil⁵⁹.

Mariana também se lembra de que foi disciplinada de modo muito rígido. Descreve um episódio em que, ao invés de ajudar sua mãe no preparo da comida, ela saiu para brincar com os meninos na rua. Por isso, ao chegar em casa, sua mãe golpeou-lhe com um sapato que abriu "uns quatro centímetros"⁶⁰ em sua cabeça. Seu pai teve que levá-la ao hospital, pois o ferimento foi grave.

A mãe de Mariana parece tê-la educado de acordo com o que se esperava das mulheres de sua época e de seu meio. Sua mãe frequentava a Congregação Cristã do Brasil. A cientista social Eliane Gouveia⁶¹ realizou estudo nos anos 1980 sobre o tema "pentecostalismo e mulher", onde analisou a situação das mulheres nas igrejas "O Brasil para Cristo" e "Congregação Cristã do Brasil", relacionando com mudanças que estavam em curso, a partir das reivindicações dos movimentos feministas.

Nas histórias de vida das mulheres da Congregação Cristã ouvidas por Gouveia, foi constante a fala de que a sexualidade era "só para fins de procriação dentro do matrimônio". A "boa crente" deve ser boa "de alma, não de carne". O prazer sexual seria considerado "tentação do demônio":

A mulher, por ser mais próxima da natureza (sexo), por estar ligada a ter filhos (reprodução) pode ser 'usada como objeto de prazer sexual, por parte de homens', precisando 'procurar ser pura como uma pomba e esperta como uma serpente e estar sempre atenta para não se deixar dominar pelas forças da carne'. Seu sexo pode ser 'pedido' como 'alimento do Diabo'. 'Olhar para um homem com insistência pode significar que quer ser possuída por ele', segundo relata uma informante. É pelo casamento que a mulher evitará a tentação do demônio⁶².

Quando ouviu as mulheres nos anos 1980, Gouveia notou diferenças entre as gerações. As mais velhas, que representavam a geração da mãe de Mariana, reproduziam literalmente os ensinamentos da igreja:

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ GOUVEIA, Eliane Hojaj. O silêncio que deve ser ouvido: mulheres pentecostais em São Paulo. Dissertação (Ciências da Religião). São Paulo: PUC, 1986.

⁶² *Ibidem*, p. 43.

Quando me casei já sabia, como todas as mulheres sabem, que o cabeça da casa e da família era o marido, o homem. Um dia, de brincadeira, meu marido me trouxe um quadrinho que dizia: ‘Quem manda na casa é ela, mas quem manda nela sou eu’. Isso é o que todo mundo diz e é também o que eu acho. Aqui na Igreja também se pensa assim. A mulher deve casar, ter filhos, cuidar dos filhos e do marido, ensinar às filhas o serviço da casa e aos filhos o trabalho fora de casa. Deve conversar com o marido sobre os assuntos da casa, mas a última palavra tem que ser a dele⁶³.

Por outro lado, as mulheres entrevistadas por Gouveia que estavam na faixa dos 25 a 40 anos nos anos 1980, representando a geração de Mariana, começavam aos poucos “a perceber a força que têm dentro delas e ensaiam tentativas de mudanças em suas atuações”⁶⁴. Um exemplo disso é o desejo que foi levado aos anciãos de liberá-las da regra de ter cabelos compridos:

Algumas de nós conversamos sobre o assunto e tínhamos as mesmas opiniões sobre a possibilidade desta ordem ser retirada. Chegamos a solicitar ao Conselho a abolição desta norma, mas por onze votos a um, a alteração não foi aceita pelos Anciãos. Para uma regra ser alterada precisa haver unanimidade do Conselho⁶⁵.

Apesar de tímidas, as iniciativas desse grupo refletiam o desejo por transformações nas mulheres da época. Mariana parece ter sido bastante influenciada pelos ideais dos movimentos feministas, pois se recusou a frequentar a igreja de sua mãe depois que foi criticada por ir ao culto vestindo uma minissaia. Além disso, ao invés de ficar em casa ajudando a mãe nos afazeres domésticos, Mariana desejava trabalhar fora. E assim o fez:

Comecei a trabalhar com quinze anos na relojoaria do meu primo. Eu ia para São Paulo levar relógio de ouro. Naquela época eu ia de ônibus. Corria risco de alguém roubar... Mas graças a Deus eu sempre ia certinho e voltava certinho. E depois eu entrei no banco Sudameris. Eu tinha dezenove anos. Eu entrei na recepção do banco. E aí com alguns anos eu me tornei administrativa e depois eu me tornei gerente do banco⁶⁶.

⁶³ Entrevistada, 54 anos, apud GOUVEIA, Eliane Hojaj. O silêncio que deve ser ouvido: mulheres pentecostais em São Paulo. *op.cit.*, p. 49.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 49.

⁶⁵ Entrevistada, apud GOUVEIA, Eliane Hojaj. O silêncio que deve ser ouvido: mulheres pentecostais em São Paulo, *op.cit.*, p. 53.

⁶⁶ Depoimento Mariana, 2014.

Segundo as historiadoras Andrea Borelli e Maria Izilda Matos, em *Trabalho: espaço feminino no mercado produtivo*⁶⁷, foi a partir dos anos 1960 que a empregabilidade feminina cresceu e se tornou sistemática no Brasil. E isso ocorreu por vários motivos: pela diminuição do poder de compra das famílias, por influência dos “movimentos feministas e de contracultura” e pelo acesso à pílula contraceptiva, que deu às mulheres a opção de controlar o número de filhos. As autoras acrescentam que nos anos 1970, com o “milagre econômico”, a “mão de obra feminina” ganhou espaço nas indústrias e cresceu no setor de serviços. O setor bancário é considerado por Borelli e Matos como um caso “exemplar” de inserção de mão de obra feminina, para os anos 1980 e 1990:

Para enfrentar o cotidiano do intenso processo inflacionário da década de 1980 e inícios de 1990, o sistema financeiro brasileiro optou pela informatização e alterou os critérios para a contratação e o trabalho de seus funcionários, levando a um rebaixamento salarial geral na categoria. Nesse contexto, num curto espaço de tempo, as mulheres se tornaram a maioria dos empregados nas instituições bancárias. Elas foram absorvidas em cargos secundários, envolvendo atividades repetitivas e de menores salários (mesmo quando mais qualificadas)⁶⁸.

Mariana, assim como as mulheres pesquisadas por Borelli e Matos, ingressou no banco em um “cargo secundário” – ela era recepcionista. Mas não permaneceu nesse lugar por muito tempo. Depois de sete anos, após trabalhar em várias funções, Mariana assumiu um cargo de gerência. De acordo as sociólogas Cristina Bruschini e Andrea Puppini⁶⁹, que realizaram uma pesquisa sobre mulheres executivas no final do século XX no Brasil, a participação da mulher no mercado de trabalho começou a se intensificar a partir dos anos 1970. E nos anos 1980, elas começaram a ocupar postos de chefia. Em 1984, acompanhando essa tendência, Mariana assumiu um novo posto: “Eu tinha 26 anos quando me tornei gerente de um banco (...) que quase só tinha homens”⁷⁰.

Assim como outras mulheres do seu tempo, Mariana conquistou um lugar no mercado de trabalho, superando o papel para o qual sua mãe tentou educá-la: o de cuidar da casa, dos filhos e do marido. No final, a conquista de um bom emprego parece ter agradado, pois dessa maneira Mariana pôde ajudar os pais financeiramente. E foi também esperando não desapontá-los, que Mariana não foi “de muitos namorados”:

⁶⁷ BORELLI, Andrea; MATOS, Maria Izilda. Trabalho: espaço feminino no mercado produtivo. In: PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013.

⁶⁸ *Ibidem*, p. 144.

⁶⁹ BRUSCHINI, P.; PUPPIN, A. Trabalho de mulheres executivas no Brasil no final do século XX. *Cadernos de Pesquisa*, v. 34, n. 121, p. 105-138, jan/abr 2004.

⁷⁰ Depoimento Mariana, 2014.

Na infância estudei muito para dar o melhor aos meus pais, me tornei uma adolescente com todas as dificuldades de minha época, não fui de muitos namorados, tinha muito medo de relacionamentos mais sérios, pois me assustava desgostar meus pais. Naquela época, uma gravidez não planejada ou precoce era motivo de vergonha. Devido a tanta pressão e por minha própria cobrança, demorei mais que as demais adolescentes para namorar, meu primeiro namorado, eu tinha dezoito anos⁷¹.

Em questões de sexualidade, Mariana parece ter seguido a educação dada pela mãe. Desde criança, sua mãe lhe advertia a não deixar que os meninos a “tocassem”, o que na adolescência Mariana descobriu que significava “ter relações sexuais”, como foi citado acima. Isso afetou sua vida amorosa, pois ela relata não ter tido muitos namoros. Essa postura reflete também a postura de muitas mulheres de sua época, que não queriam engravidar antes do casamento, pois isso “era motivo de vergonha”, como disse Mariana. Segundo Borelli e Matos, a pílula anticoncepcional já estava disponível desde os anos 1960, mas não estava acessível à Mariana, pelo menos não naquela época, final dos anos 1970, e no meio em que vivia.

Sobre o casamento, Mariana relata que namorou durante sete anos e ela se casaria virgem, como desejara. Mas um mês antes do casamento recebera a ligação de uma jovem que lhe revelou que o noivo se relacionava com ela há anos e se casaria com Mariana só por conta do tempo de namoro e por respeito à família. Mariana sofreu uma grande decepção, pois não imaginaria que o noivo mantinha outro relacionamento.

Então, na verdade foi um grande choque para mim isso. E eu fiquei entre casar e não casar, enfim... Acabei casando e foi muito ruim a minha lua de mel, foi muito ruim o sexo, foi muito ruim tudo. Então eu acho que teve, e aí que eu falo que teve, coisas da minha infância que interferiram nessa parte com o meu ex-marido⁷².

“Eu me sentia dentro de uma vitrine”⁷³, revela Mariana: para os outros, eles eram “o casal vinte”, mas na verdade o casamento não ia bem. Ela avalia hoje que essa situação contribuiu para o aparecimento de sua doença. E aos 30 anos, após cinco anos de casada, teve sua “primeira crise”.

⁷¹ CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado. Uma reflexão sobre a reabilitação psicossocial como um laço social*. Trabalho Técnico Orientado (Especialização). Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde Mental. Faculdade de Medicina do ABC/Prefeitura de São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo: FMABC/PMSBC, 2014. p. 9.

⁷² Depoimento Mariana, 2014.

⁷³ *Ibidem*.

Para Mariana, ninguém no trabalho percebia que era uma “crise psiquiátrica”, notavam apenas que ela estava “acelerada”:

Lá, quando cheguei na primeira crise, eu bati todas as metas que tinha que bater e ainda batia as metas dos meus amigos que não conseguiam bater. Eu vendia tudo lá. [...] De aplicação. De vender os produtos do banco. Quem era meu amigo... Só tinha uma que era a minha amiga de infância, que estava lá. Ela percebia que eu estava acelerada e tal, né? Mas ela não sabia... Não tinha como fazer para ajudar, né? Não percebia. E assim... E aquela coisa de comprar muita coisa. Você achar que tem dinheiro que você não tem, né? E de você ir comprando... E depois, quando isso acaba, que você de repente... Ela [a crise]... É uma coisa tão forte que vem, que ela pode durar um mês ou dois⁷⁴.

Só consideraram que Mariana estava em “crise” quando o seu comportamento começou a fugir demais da normalidade: “E aí quando chegou num extremo, assim: de eu dançar no meio da agência, gritar da minha mesa: ‘Fulano’, o nome do cliente. Aí perceberam que eu estava muito... Eu nunca faria isso”⁷⁵. Então Mariana foi afastada do trabalho, permanecendo em licença médica por três meses.

Mariana explica que sua doença, diagnosticada como transtorno afetivo bipolar, tem episódios de mania e depressão e essa teria sido uma primeira crise de “mania”:

Eu não percebi nada como achava que percebia, né? E cheguei à conclusão que nem hoje eu percebo. Entendeu? É uma coisa que, assim: a coisa mais forte que tem é a euforia, né? É a mania. Você fica numa felicidade extrema. Você acha que pode tudo. Que você é poderosa, que você fala e o mundo te ouve, né? É uma coisa assim, tão fora do normal... Mas que para você é tão normal, tão certo... Você acredita tanto naquilo, que você não tem noção nem das tuas gargalhadas, nem das tuas saídas. Nem que você não está dormindo a noite inteira⁷⁶.

E se nos episódios de “mania” Mariana alcançava todas as metas no banco, durante a “depressão” ela se achava incapaz até de falar com as pessoas:

Mas é uma energia tão forte, que ao mesmo tempo em que ela vem, ela também vai. Porque o teu corpo não aguenta mais. E aí, você começa a desacelerar e desacelerar e aí você cai numa depressão. E aí, nessa época, o que eu fazia: era o contrário do que eu fazia antes, de vender, de ir atrás de cliente, de abrir conta. Aí eu começava a engavetar as coisas. Eu achava que eu não tinha nem condição de falar com ninguém. Eu ficava muito, muito deprimida⁷⁷.

⁷⁴ *Ibidem.*

⁷⁵ *Ibidem.*

⁷⁶ *Ibidem.*

⁷⁷ *Ibidem.*

A explicação dada por Mariana à sua doença reflete o conhecimento psiquiátrico de sua época. Vale lembrar, no entanto, como disse Porter, que “até mesmo hoje [1987] não temos um consenso racional com relação à natureza da doença mental – o que ela é, o que a causa, o que vai curá-la. Isso é verdadeiro até mesmo entre psiquiatras”⁷⁸. O autor argumenta que é tanto possível considerar a loucura como “doença”, como o fazem a maioria dos psiquiatras, quanto como “uma construção cultural”, definição que é dada também por um psiquiatra, o professor universitário de psiquiatria Thomas Szasz.

Apesar da polêmica, parece haver um paradigma que prevalece. Marcela Aguiar, na introdução de sua tese sobre o Programa de Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, levanta diversos autores, como: Shorter, Rosenberg, Young, Healy, Russo e Venancio, Caponi, Serpa Jr., entre outros, que concordam que “a ascensão da vertente biológica ganha força com a publicação da terceira versão do DSM – *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* –, em 1980, que retira a nomenclatura psicanalítica de seu escopo classificatório e passa a se basear em critérios descritivos e objetivos de análise, deixando de fora a discussão acerca da etiologia das doenças psiquiátricas”⁷⁹. Para autora, o DSM III representaria “o fim da hegemonia psicanalítica e a ascensão da Psiquiatria Biológica no campo psiquiátrico norte-americano”⁸⁰.

Russo e Venancio, em *Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III*, concordam com a tese de que, a partir dos anos 1970, a psicanálise dá lugar à psiquiatria biológica como paradigma dominante no campo psiquiátrico, e isso teria se refletido na terceira versão do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM III), publicado em 1980 pela *American Psychiatric Association*. Para as autoras, a psicanálise era predominante desde o pós-guerra. Entre os anos 1950 e 1960, “era absolutamente impossível para um psiquiatra americano fazer carreira sem ter feito formação em psicanálise”⁸¹. Segundo Russo e Venancio, algo semelhante teria ocorrido na década de 1960, no Brasil.

Outra vertente levantada pelas autoras que também surge no pós-guerra, mas se desenvolve mais intensamente após os “movimentos contestatórios de 1968”, é o que tem sido

⁷⁸ PORTER, Roy. *Uma História Social da Loucura. op. cit.*, p. 15.

⁷⁹ AGUIAR, Marcela Peralva. *Programa de Ansiedade e Depressão: o desenvolvimento da psiquiatria biológica no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1984-1998)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2014. p. 18.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. *Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 3, 460-483. p. 462.

chamado genericamente de “antipsiquiatria”. Tal vertente teria investido em transformar as instituições, “produzindo novas instituições não-asilares e novos dispositivos de tratamento”⁸². Além disso, gerou “uma importante discussão política acerca da cidadania (e, portanto, da autonomia e do livre-arbítrio) do doente mental, propondo uma mudança radical no seu estatuto”⁸³. Mas a vertente que predomina é a biológica, e durante a formulação do DSM III, as categorias ligadas à psicanálise foram paulatinamente abandonadas, até serem excluídas totalmente na revisão do DSM III, conhecida como DSM III R. Russo e Venancio ressaltam ainda que o DSM III foi amplamente aceito, o que se refletiu no capítulo sobre os transtornos mentais da décima versão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), “que incorpora praticamente na íntegra a nomenclatura surgida com o DSM III e seus sucedâneos”⁸⁴.

Mariana teve sua primeira crise e foi diagnosticada em 1988, quando estava em vigor o DSM III R, versão revisada do DSM III em 1987, onde o distúrbio bipolar era caracterizado por um distúrbio com “um ou mais Episódios Maníacos”, seguidos por “um ou mais Episódios Depressivos Maiores”⁸⁵. Quanto aos Episódios Maníacos, diz o manual:

A característica essencial de um Episódio Maníaco é um período distinto durante o qual o humor predominante é elevado ou expansivo, ou irritável [...]. Os sintomas associados incluem autoestima aumentada ou grandiosidade (que pode ser delirante), decréscimo da necessidade de sono, pressão por falar, fuga de ideias, distratibilidade, crescente envolvimento em atividade dirigida para uma meta, agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades agradáveis que têm um alto potencial de consequências dolorosas, que a pessoa frequentemente não reconhece⁸⁶.

Quanto aos Episódios Depressivos Maiores:

Os sintomas representam uma mudança do funcionamento prévio e são relativamente persistentes, isto é, eles ocorrem na maior parte do dia, aproximadamente todos os dias, durante pelo menos um período de duas semanas. Os sintomas associados incluem perturbação no apetite, mudança de peso, perturbação no sono, agitação psicomotora ou lentificação, decréscimo de energia, sentimentos de desvalia ou culpa inadequada ou excessiva, dificuldade de pensar ou de concentrar-se, e pensamentos recorrentes de morte, ou ideação suicida ou tentativas de suicídio⁸⁷.

⁸² *Ibidem*.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. *Classificando as pessoas e suas perturbações. op. cit.*

⁸⁵ *Ibidem*, p.240.

⁸⁶ *Ibidem*, p. 229.

⁸⁷ *Ibidem*, p. 233.

Além disso, Mariana nomeia sua doença como “transtorno afetivo bipolar”, denominação que aparece na CID-10, publicada em 1993, mas que caracteriza a doença de forma semelhante ao DSM III R. Na CID-10, o transtorno afetivo bipolar:

é caracterizado por episódios repetidos (isto é, pelo menos dois) nos quais o humor e os níveis de atividade do paciente estão significativamente perturbados; esta alteração consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento de energia e atividade (mania ou hipomania) e em outras de um rebaixamento de humor e diminuição de energia e atividade (depressão)⁸⁸.

Tanto a CID-10 quanto o DSM III deixam de trazer explicações sobre a etiologia da doença. Para Russo e Venancio, o DSM III “foi proclamado um manual a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos”⁸⁹. Dessa forma, o manual se baseia “numa crítica ao modo anterior de classificação baseado em uma pretensa *etiologia* dos transtornos mentais, ou seja, em processos subjacentes, *inferidos* pelo clínico e não passíveis de uma observação empírica rigorosa”⁹⁰. Mesmo assim, é possível encontrar no discurso de Mariana tentativas de dar sentido às causas de suas crises, o que ela acaba atribuindo ao que ela vivia no casamento.

No discurso de Mariana é possível encontrar influências de várias vertentes da psiquiatria. Veremos nos próximos capítulos que, como uma militante do movimento da luta antimanicomial, Mariana criticará as instituições asilares e defenderá os serviços comunitários de saúde mental, como o fazem os defensores do movimento antipsiquiátrico. Mas vimos que neste capítulo, para explicar sua doença, Mariana expressa a visão da vertente biológica, em que sua loucura é considerada uma “doença”, o “transtorno afetivo bipolar”, que tem episódios de “mania” e de “depressão”.

Agora vamos recuar um pouco no tempo, voltar para os anos 1970, quando nasceu nosso segundo protagonista.

⁸⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrição Clínica e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 113-114.

⁸⁹ RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. *Classificando as pessoas e suas perturbações*. *op.cit.*, p. 465.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 465.

1.2. Rogério

Rogério nasceu em Santo André no dia 11 de janeiro de 1973. Seu pai era padeiro e sua mãe operária em uma tecelagem. Sobre seus avós, Rogério relata com orgulho que o avô materno era polonês e veio para o Brasil com as irmãs, tendo conseguido fugir antes de seu país ser invadido por Hitler. De acordo com Hodja⁹¹, a imigração de poloneses no Brasil teve seu auge entre 1925 e 1930⁹². Nessa época, segundo a autora, o antissemitismo era cada vez mais forte na Polônia, manifestando-se através de perseguições, violências e mortes, o que gerava entre os judeus a necessidade de emigrar. Rogério não soube dizer com exatidão o ano da chegada de seu avô ao Brasil, mas foi provavelmente nesse período, pois aqui ele conheceu sua avó, uma brasileira descendente de indígenas, e teve seis filhos. A mais nova nasceu em 1940 e era a mãe de Rogério.

Sobre os avós paternos, Rogério soube dizer muito pouco, só que o avô era violeiro, jogava bola e teve mais um filho, que mora em Jundiaí. Seu avô faleceu jovem, e sua avó se casou novamente, ganhando mais sete filhos. O que mais marca sua lembrança é o fato do avô ter tido problemas com a bebida. Para Rogério, “se algum dia disserem que alcoolismo é doença de família, que é genético, é verdade, porque o meu pai era alcoólatra, meu avô era alcoólatra”⁹³.

Segundo o historiador Fernando Sérgio Dumas dos Santos, a expressão “alcoolismo” foi cunhada em 1849 por Magnus Huss “para designar o conjunto de lesões e fenômenos produzidos pelo largo consumo de bebidas alcoólicas”⁹⁴. No entanto, levaria um tempo até a sociedade reconhecer em seu imaginário aquele “conjunto de sintomas” como uma “doença”. Para Santos, a batalha contra o alcoolismo se tornou relevante apenas a partir de 1871, pois as bebidas foram consideradas estimuladoras das atitudes revolucionárias da Comuna de Paris. Foi aí que a “antiga bebedeira” se converteu no “moderno alcoolismo”. E a ideia do “predisposto”, ou seja, de que o alcoólatra teria uma predisposição a beber, emergiu no final do século XIX, seguindo o entendimento de que o sujeito seria um “degenerado” desde o

⁹¹ HODJA, Edith Gross. Imigração dos judeus poloneses em São Paulo (1925-1940). Tese (Doutorado em Língua Hebraica, Literatura e Cultura Judaicas), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

⁹² Segundo Hodja, nos anos 1930 o governo brasileiro passou a adotar restrições à entrada de imigrantes no Brasil, o que reduziu o número de judeus poloneses que entraram no país a partir dessa época.

⁹³ Depoimento Rogério, 2014.

⁹⁴ SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos Santos. A construção do alcoolismo no conhecimento médico: uma síntese. In: NASCIMENTO, D. & CARVALHO, D. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo, 2004, p. 308.

nascimento. Então, o sujeito que abusava do álcool passou a ser identificado como degenerado, o que encontraria explicação numa teoria fundamentada na hereditariedade:

Desenvolveu-se, então, uma corrente explicativa que se pautava pela hereditariedade dos fatores de degeneração. Esta interpretação via no uso de bebidas alcoólicas um elemento indicativo de herança nervosa; e nos abusos, a presença determinante de uma força oculta decorrente da herança⁹⁵.

Segundo Santos, “as degenerações e a hereditariedade, já entranhadas no imaginário social, permaneceram assolando os discursos médicos no século XX”⁹⁶. E esse imaginário é reproduzido na fala de Rogério, como se viu acima.

Quanto à infância, a primeira lembrança mais marcante lhe foi narrada pela família:

Bom, eu não lembro, mas segundo os meus pais, quando eu tinha 30 dias de vida, meu pai ganhou na loteria esportiva. Foi em 73. Daí ele era padeiro, né? Num certo dia, bateram na porta de casa lá, ele estava dormindo para trabalhar de noite. Minha mãe foi atender o cara, e falou para o homem que estava procurando o meu pai que ele trabalhava de noite. Daí ele falou: “não, pode chamar ele que depois da notícia que eu der para ele, ele não vai mais precisar trabalhar”⁹⁷.

Rogério não soube dizer ao certo quanto, mas foi dinheiro o suficiente para que seu pai ajudasse toda a família e vivesse durante dez anos na Praia Grande com conforto: viajavam de táxi e frequentavam clubes “de alta sociedade”. Rogério pôde usufruir de bons brinquedos, passear na praia de “bugue” e ter amizade com filhos de engenheiros e mecânicos de avião.

Seu pai tinha amizade com essas pessoas, jogavam dominó nas mesinhas, os homens bebiam cerveja com aperitivos, mas não teve problemas com o uso do álcool:

Meu pai, graças a Deus, depois que ganhou na loteria parou de beber. (...) E ele nunca precisou estar em alcoólicos anônimos... Mas ele me contou que a medicação que lhe davam para tomar, era um tal de neozine, que eu já tomei... O médico deu para mim um frasco e falou para tomar 40 gotas no primeiro dia, 39, 38 até zerar isso aí: ‘Só para você dormir e esquecer da bebida’ e funcionou. Ele faleceu sem beber. Graças a Deus ele faleceu sem beber⁹⁸.

Dez anos depois de desfrutar tudo do bom e do melhor, o dinheiro acabou. Mas mesmo depois de perder tudo, seu pai não voltou a beber. Seu pai vendeu a casa da Praia Grande e com esse dinheiro voltou para Santo André, passando a morar em casa alugada. Ao

⁹⁵ *Ibidem*, p. 321.

⁹⁶ *Ibidem*, p. 322.

⁹⁷ Depoimento Rogério, 2014.

⁹⁸ *Ibidem*.

invés de guardar esse montante no banco, o pai o armazenava num guarda-roupa, então o dinheiro desvalorizou muito rápido, acabando em um ano.

Nesse momento de dificuldades financeiras, a família foi morar perto dos padrinhos de Rogério, que os ajudaram muito. Mas os irmãos dos padrinhos usavam drogas, e convivendo com eles, aos 12 ou 13 anos, Rogério começou a usar também.

Mas os irmãos dele era tudo um bando de malucos, né? Drogado. Daí eu fui viciado, conheci a maconha pela faixa de doze anos, treze anos de idade. (...) A primeira droga que eu usei mesmo não era nem maconha, nem cocaína nem nada, a gente pegou um litro de vinho, pegou umas folhas de uma planta que se chama (pausa) chá de lírio. Fizemos um chá e tudo. Eu e acho mais de cinco moleques, tomamos aquele um copo de vinho cada um e ficamos fora do ar uns três dias⁹⁹.

Nessa época, um de seus tios trabalhava numa oficina mecânica e às vezes Rogério levava algumas ferramentas que encontrava na rua para ele. Em troca o tio lhe dava alguns “pedaços” de maconha. O fato de conseguir trazer maconha para o seu grupo de amigos, fez de Rogério um garoto muito respeitado na sua turma:

Meu tio né, vai vendo... E eu já envolvido com os traficantes de Santo André, e eu era o mais novo, é mascote que fala né, mascote ou bicho, algo assim, o guri da turma né? E ainda tinha um poder de trazer maconha e todo mundo me respeitava né? ‘É ponta firme esse cara’ (...) Eu trazia isso aí e era considerado, mas depois eu percebi que eu não era malandro. Era um cara apenas maluco¹⁰⁰.

Na escola, Rogério se envolvia em muitas brigas, então abandonou os estudos na quarta série do ensino fundamental. Mesmo assim, tinha curiosidade pelo aprendizado. Trabalhando na coleta de sucata para vender no ferro-velho, ele começou a guardar muitos livros, tornando-se autodidata em eletrônica, indo se aperfeiçoar em um curso básico no SENAI¹⁰¹:

E daí eu cheguei a ir até o SENAI [para] fazer curso de eletricista, né? (...) E aparecia pessoas na sala de aula e falava: ‘ó, estão perguntando quem está precisando de estagiário, quem está interessado em ir?’ Várias vezes me convidaram, e eu não quis, eu preferi trabalhar de ajudante de padeiro para o irmão do meu pai, que era padeiro. Meu pai era padeiro, mas eu não ia trabalhar de padeiro com meu pai, eu ia trabalhar de padeiro com meu tio.

⁹⁹ *Ibidem.*

¹⁰⁰ *Ibidem.*

¹⁰¹ SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial) é uma escola técnica subsidiada pelas indústrias, que oferece cursos gratuitos de mecânica, eletrônica, etc.

Está vivo até hoje, né? E eu escolhi isso aí ao invés do SENAI, daí lá na padaria eu peguei o dom de fazer pão, né? E deslanchei nisso aí¹⁰².

É nessa idade que o jovem procura o seu caminho e pensa num futuro profissional. As possibilidades que estavam mais próximas da realidade de Rogério eram a formação técnica no SENAI e com o tio na profissão de padeiro. Rogério optou por seguir a profissão do tio.

Na virada da década de 80 para 90 do século XX, quando Rogério tinha de 16 a 17 anos, ele se mudou com a família para o município de Mauá, pois o aluguel da casa em Santo André havia encarecido muito. Rogério adorava rock, então em momentos de lazer reunia seus amigos na garagem de casa, onde o tio guardava sua Kombi, para ouvir rock e fumar maconha. Nessa época, ele conheceu uns rapazes que “tomavam baque”¹⁰³. Assim, passaram a fumar maconha, “tomar um baque” e ouvir rock na garagem.

Na época em que Rogério usava drogas injetáveis, já se sabia do risco de transmissão da Aids, pois foi uma questão que se tornou pública no início da década de 80 do século XX¹⁰⁴. Inicialmente a doença foi relacionada a homossexuais masculinos. Logo foram incluídos ao grupo de risco os hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. A partir de 1985 as estatísticas começaram a mostrar o aumento de casos entre os hemofílicos, então a “ameaça torna-se concreta: qualquer indivíduo, em algum momento, pode precisar de uma transfusão sanguínea”¹⁰⁵. A pressão social cresce e, em 1988, o teste anti-Aids passa a ser obrigatório nos bancos de sangue. E mais do que isso, emerge a ideia de que o vírus pode acometer qualquer cidadão.

Assim, no momento em que Rogério usava drogas injetáveis em sua garagem, era intenso o debate na mídia sobre a Aids. O assunto estava sempre presente na mídia. Na rádio em que Rogério e seus amigos ouviam, o Dr. Drauzio Varella falava sobre prevenção à Aids:

O Drauzio Varella falava: ‘Você que é jovem, que está usando cocaína injetável, não compartilhe a sua agulha com ninguém, coloque num recipiente com cloro ou água de lavadeira cândida. Deixe por meia hora. Assim você vai estar evitando de pegar várias doenças, inclusive a Aids’. E a gente, pela graça de Deus, obedeceu as orientações dele. (...) Todo mundo tinha um jarro de cloro, lá cada um para ninguém partilhar¹⁰⁶.

¹⁰² Depoimento Rogério, 2014.

¹⁰³ Termo que Rogério utilizava para se referir a “injetar cocaína na veia”.

¹⁰⁴ NASCIMENTO, D. R. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 90.

¹⁰⁶ Depoimento Rogério, 2014.

Na garagem de Rogério, em Mauá, eles passaram a ter esse cuidado. Mas ele relata que era comum compartilhar a seringa: “saía do braço de um e ia para o braço de outro”¹⁰⁷. Rogério conheceu muitos rapazes de Santo André que morreram de Aids ou assassinados:

A maioria desses malucos com quem eu vivi lá morreram de Aids. Eu nunca tomei com esses caras, lá em Santo André. Fui experimentar em Mauá na garagem com os outros moleques, mas lá [em Santo André] quando eu estava fumando minha maconha, eu vi os caras se aplicando, né? E não tinha isso não, saía do braço de um e ia para o braço de outro. 90 % daquela turma lá morreu por causa de Aids. 90 ou 80%, o resto foram todos assassinados, por ser caras de alta periculosidade¹⁰⁸.

De acordo com o médico Fábio Mesquita¹⁰⁹, nessa época o compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis era o “fator exclusivo de contaminação” de 21,5% dos casos de Aids no Brasil. Mesquita defendia uma política de “redução dos efeitos nocivos das drogas” para o país, que incluísse ações como: a elaboração de material didático voltado para usuários de drogas injetáveis, a formação de profissionais, a distribuição de hipoclorito de sódio para a limpeza de agulhas e a própria distribuição gratuita de seringas¹¹⁰. Na rádio, Drauzio Varella reproduzia esses mesmos anseios, divulgando ao público usuário de drogas injetáveis as maneiras de se prevenir contra o vírus da Aids. Rogério, que conheceu muitos usuários de Santo André que morreram se contaminando com o vírus, através do compartilhamento da seringa, ao se mudar para Mauá, tomou a atitude de se prevenir, por isso seguiu as orientações de Drauzio Varella.

Além de ver muitos garotos da turma com quem convivia em Santo André morrerem de Aids, Rogério soube de vários que morreram assassinados “por ser caras de alta periculosidade”. Nota-se que a violência era uma rotina na vida desses jovens. Para o cientista social Rubens Adorno, é “a partir da segunda metade do século XX que passamos a presenciar o termo ‘violência urbana’, que passou a identificar as cidades como um território e o modo de vida que aí se desenvolve como predisposto a um estado de insegurança ou de maior exposição a riscos e imprevisibilidades”¹¹¹. No que diz respeito ao uso de drogas, o autor acredita que o próprio mercado ilegal gerou um contexto de violência.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ Depoimento Rogério, 2014.

¹⁰⁹ MESQUITA, Fábio. AIDS e drogas injetáveis. In: *Drogas: uma visão contemporânea: I Jornada sobre toxicomania/do NEPAD*, UERJ. RJ: Imago, 1993.

¹¹⁰ Nessa época havia movimentos para mudar a legislação, tanto em Santos quanto no Rio de Janeiro, para que a distribuição de seringas a usuários de drogas injetáveis fosse permitida (Mesquita, 1993).

¹¹¹ ADORNO, Rubens. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)*. Vol. 4, no. 1, 2008. p. 4.

Para o psicanalista Joel Birman¹¹², o homem sempre fez uso de drogas, seja qual fosse sua cultura, sociedade ou momento histórico. No entanto, a forma com que se dá esse uso não foi sempre a mesma. Birman considera a “*criminalização* das drogas” um fato novo, uma “inflexão decisiva” que mudou completamente as regras desse sistema:

A difusão social do seu consumo em escala assustadora foi um efeito direto deste processo de criminalização que teve no narcotráfico o seu agenciador fundamental no espaço social. Da condição inicial de ser um signo emblemático de uma visão de mundo *underground*, as drogas se inscreveram no circuito do comércio e das finanças internacionais¹¹³.

Na época em que Rogério usava drogas, década de 1990 a início dos anos 2000, estava em vigor a lei federal 6.368, de 21 de outubro de 1976, que em seu artigo 16º, previa a detenção de 6 meses a 2 anos e o pagamento de 20 a 50 dias-multa àquele que “adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”¹¹⁴. Muitos dos jovens com quem Rogério conviveu usavam e traficavam drogas, o que era considerado um ato ilegal, como é até hoje¹¹⁵.

Nosso protagonista usou drogas em um contexto de violência, mas ele sobreviveu. E tinha algumas táticas de sobrevivência:

Apesar de eu viver naquela época de adolescência com aqueles vagabundos, eram vagabundos mesmo. Em Mauá pelo menos eu sempre andava sozinho, porque eu tinha aprendido uma coisa: se eu andar com um companheiro e o cara estar a pedido pela polícia ou por outro vagabundo, se matarem ele não vão me deixar como testemunha, né? Eu acredito que foi muita sorte eu ter pensado isso e praticado em toda a minha vida. Por isso que eu estou aqui hoje dando uma entrevista, porque a maioria desses caras todos morreram assassinados¹¹⁶.

Rogério relata sua própria história sentindo-se vitorioso, pois muitas pessoas com quem ele conviveu, e que usavam drogas, tiveram destinos trágicos. Mas ele sobreviveu, e

¹¹² BIRMAN, Joel. “Dionísios desencantados”. In: *Drogas: uma visão contemporânea: I Jornada sobre toxicomania/do NEPAD*, UERJ. RJ: Imago, 1993.

¹¹³ *Ibidem*, p. 60.

¹¹⁴ BRASIL. Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976.

¹¹⁵ Em 2006 entrou em vigor a lei federal nº 11.343, que retirou a restrição de liberdade como pena àqueles que portassem drogas para uso pessoal. No entanto, segundo o jurista Salo de Carvalho, essa lei apenas alterou a sanção, mantendo ainda como “pena” a “advertência sobre os efeitos das drogas”, a “prestação de serviços à comunidade” e a “medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”, não descriminalizando o porte para consumo próprio (SOARES, 2013).

¹¹⁶ Depoimento Rogério, 2014.

com a motivação de contar como passou por tudo isso, Rogério está escrevendo sua autobiografia e com muita disposição me concedeu esta entrevista.

Prosseguindo com sua história, aos 18 anos Rogério ficou sabendo que seria pai. Essa notícia mexeu com seus planos de juventude. Um de seus muitos sonhos era seguir carreira na área militar. Ele havia se alistado 4º Batalhão de Infantaria Leve do Exército, conhecido como Quartel de Quintaúna, de onde os jovens já saíam empregados, atuando em missões no Brasil e no exterior. Rogério foi aprovado em todos os testes, mas na entrevista final ele revelou que sua namorada estava grávida, então o dispensaram por “excesso de contingente”¹¹⁷.

Aos 19 anos, Rogério assumiu o papel de pai e marido. Conseguiu um emprego como padeiro em um grande supermercado de Santo André, alugou uma casa em Ribeirão Pires e foi morar com a namorada e o primeiro filho, que ele batizou com o nome de um grande ídolo do rock, estilo de música do qual ele é fã. Rogério trabalhou durante quatro anos nesse grande supermercado. O trabalho era bom, segundo relata, pois havia fartura de material para fazer pães de boa qualidade. O casamento, no entanto, já não ia tão bem assim.

Rogério conheceu a mãe de seus filhos em uma quermesse, em Ribeirão Pires, município vizinho de onde ele morava. Namoraram por poucos meses e ela engravidou. No entanto, mesmo assumindo o relacionamento e o filho, Rogério não se esquecia de outro amor, o que se reflete em uma de suas primeiras poesias, que ele escreveu aos 20 anos de idade:

Horizonte

As portas já não fecham nada,
As janelas não tapam horizontes,
A TV virou uma peça de arte,
O fogão um tele transporte do futuro,
A geladeira um caixão primitivo,
A moto um cavalo sem alma,

Tudo ficou estranho sem você

O sol derrete em suor,
As nuvens trazem mensagens,
No horizonte meus olhos se fecham,
Os ventos são ondas eletromagnéticas,

Tudo ficou estranho sem você

A grande sala volta a sua paz,
Depois de caminhar em silêncio,

¹¹⁷ *Ibidem.*

A terra precisa de sangue,
E eu de você,

Pois tudo ficou estranho sem você

Na solidão pulei dentro do espelho,
Existem coisas interessantes lá dentro,
Dias monótonos, curtas semanas,
Há algo que cobre a realidade,

Atravessei a cidade acordado,
Atravessei o outro lado da noite¹¹⁸.

Rogério avalia que, quando foi morar com a mãe de seus filhos, naquela casa de dois cômodos em Ribeirão Pires, começaram “todas as piores loucuras da minha vida”¹¹⁹. Nesse período, o uso do álcool se intensificou: “eu me tornei um alcoólatra, daqueles que começam a tremer se não tomar uma pinga de manhã”¹²⁰. Os confeitores usavam dois dedos da garrafa de rum para fazer doces, e Rogério bebia todo o resto quando trabalhava no turno da noite. Todos os dias, saía do trabalho com uma garrafa de cachaça. Ele e um colega de trabalho, que também era alcoólatra, permaneciam na Avenida Perimetral, uma via movimentada do centro de Santo André, bebendo até dar meia-noite, quando chegava o último ônibus. Rogério pedia para ir almoçar mais cedo, pois tinha vergonha de comer na frente dos colegas, já que seus dedos tremiam tanto que às vezes a comida não chegava à boca.

Até que um dia, ao sair para o trabalho, Rogério começou a ter convulsões, por ter misturado o álcool com remédios e sua esposa o levou pela primeira vez ao hospital: “Daí começou minha história na saúde mental e nos remédios psicotrópicos, que eu tomo até hoje”¹²¹. Aos 22 anos, ele perdeu o emprego no supermercado e voltou a morar com a mãe, pois a esposa não se via em condições de cuidar dele e do bebê.

Na casa da mãe, Rogério tentava recomeçar. Viu o anúncio de uma empresa que precisava de padeiros para um novo supermercado que seria inaugurado na divisa entre Santo André e Mauá. Passou em todos os testes e foi admitido. Depois de começar a trabalhar nesse supermercado, alugou uma casa em Mauá e voltou a morar com a esposa, ganhando aos 23 anos, em 1996, seu segundo filho.

Na padaria desse supermercado, Rogério trabalhou por dois anos e relata que conheceu o “maldito” crack. Ele não soube dizer ao certo com quem ou como começou a usar

¹¹⁸ MMM. Horizonte, 1993.

¹¹⁹ Depoimento Rogério, 2015.

¹²⁰ Idem, 2014.

¹²¹ *Ibidem*.

o crack, só que fumava habitualmente com a maconha, do lado de fora do mercado: “Então, eu acredito que foi com 22 ou 23 anos que eu conheci o crack. Com quem, é uma boa pergunta. Talvez por curiosidade de estar bêbado ou maconhado em uma biqueira¹²² por aí e os caras terem falado e eu ter experimentado”¹²³.

Para Rogério, o crack foi a droga que mais o prejudicou. Vendia tudo que tinha em casa para comprar essa droga. Até o botijão de gás que a esposa precisava “para preparar a comida das crianças”¹²⁴. Ele se repreende por ter deixado seus filhos passarem necessidade, relata que sua esposa era muito jovem, inexperiente, e sua reação foi frequentar a igreja: “Ela começou a entrar na igreja e falar que eu era possuído pelo demônio”¹²⁵.

Certo dia, depois de ter vendido tudo em casa, só restando o colchão e o sofá, Rogério misturou o crack com um medicamento receitado para as suas convulsões alcoólicas:

Eu, muito louco, querendo ficar doido com crack, peguei uns cem Gardenal que a L[...]¹²⁶ passou para mim, coloquei tudo na boca, bebi. Fui descoberto só no dia seguinte, rastejando no chão, com a boca seca, daí a ambulância veio lá, me internou no Nardini, e do Nardini e fui para o Lacan¹²⁷.

O “Nardini” é o Hospital Geral de Mauá e o Lacan para onde ele foi transferido era o Centro Psiquiátrico de São Bernardo do Campo, hoje conhecido como Hospital Lacan. Seria sua primeira internação psiquiátrica, ocorrida em 1998, que será analisada no próximo capítulo.

Agora, vamos nos transportar para São Caetano do Sul, voltando para os anos 1980, para conhecer nosso mais jovem protagonista.

1.3. Natan

Natan nasceu no dia 3 de março de 1983, no município de São Caetano do Sul. Residia no bairro Paulicéia, em São Bernardo do Campo. Com o seu nascimento, seus pais venderam a loja de revelação de fotos, pois o pai se tornou professor de publicidade e propaganda em uma universidade, e a mãe optou por ficar em casa, cuidando dos filhos. Depois de Natan,

¹²² Biqueira, no linguajar popular, é o local onde se compra e vende drogas ilegais.

¹²³ Depoimento Rogério, 2014.

¹²⁴ *Ibidem*.

¹²⁵ *Ibidem*.

¹²⁶ Sua médica psiquiatra do posto de saúde.

¹²⁷ Depoimento Rogério, 2014.

nasceram mais dois meninos. Todavia, com o passar do tempo, sua mãe “ficou depressiva”¹²⁸ e essa é uma das primeiras lembranças que Natan tem da infância.

Nos anos 1980, quando o trabalho feminino se inseria em quase todos os setores da economia¹²⁹, a mãe de Natan parou de trabalhar para cuidar dos filhos. Natan relata que para superar a depressão, sua mãe começou a pintar peças de cerâmica. Ela tentou ministrar aulas de pintura em cerâmica em sua residência, mas Natan e seus dois irmãos eram pequenos, e ao brincar acabavam quebrando muitas peças, então ela desistiu. Contudo, sua mãe desejava trabalhar, e acabou voltando ao ramo de fotografias, ajudando o avô de Natan, que possuía um laboratório em São Caetano do Sul. Todos os dias ela ia até a casa dele, levando os três meninos de ônibus, de São Bernardo do Campo a São Caetano do Sul.

Natan trouxe muitas lembranças da escola. Aos 6 anos de idade, ele e os irmãos ganharam uma bolsa de estudos na instituição onde o pai era professor, em São Bernardo do Campo. Natan relata que havia se adaptado bem nessa escola, pois tinha muitos amigos. No entanto, depois de quatro anos, quando Natan completara 11 anos, a instituição cortou as bolsas de estudos destinadas aos filhos de professores. Nessa época, a família passou a residir na casa do avô paterno de Natan, em São Caetano do Sul. Ele e os três irmãos foram transferidos para uma escola pública nessa cidade.

Passaram a residir no bairro Olímpico, um dos bairros mais centrais de São Caetano do Sul. Apesar disso, na época em que Natan lá morou, nos anos 1990, as ruas eram tranquilas. Na rua, ele e os irmãos jogavam bola e taco, soltavam pipa, andavam de skate, de carrinho de rolimã, faziam fogueira e soltavam balão. Ele e os irmãos tiveram muitos amigos na rua. Na nova escola, por outro lado, Natan enfrentou muitos problemas.

Para Natan, mudar de escola foi um “baque”. Ele estranhou o fato de em uma mesma sala de aula conviverem meninos de idades diferentes. E foi exatamente com um garoto mais velho que Natan teve problemas:

Eu não falava muito. Foi difícil. Não arrumei mais amiguinhos na escola. Porque na outra eu tinha bastante e eu acabei me fechando. Tive bastante problema na escola. Tive bastante problema. Quando eu estava na quinta série tinha um moleque que era mais velho que eu e me chamava para matar aula. E eu não conseguia falar não, sabe? Ele ficava insistindo tanto pra matar aula... Ficava fazendo pergunta pra mim, né? Foi um bimestre inteiro. Ele não deixava entrar na aula de educação artística. Aí eu fiquei cheio de faltas. E a professora ficou doida comigo¹³⁰.

¹²⁸ Depoimento Natan, 2014.

¹²⁹ BORELLI, Andrea; MATOS, Maria Izilda. Trabalho: espaço feminino no mercado produtivo. *Op. cit.*

¹³⁰ Depoimento Natan, 2014.

Natan relata ainda que a professora, ao invés de tentar entender o que estava acontecendo, ficava irritada, zombando dos alunos e das mães: “Ela falava algumas coisas, assim: ‘Vocês não vão prestar nem pra ser lixeiro’. (...) Aí ela chamava a minha mãe na escola e depois tirava sarro da minha mãe na sala de aula”¹³¹. Então, depois de um bimestre de sofrimento, sua mãe tomou a atitude de transferi-lo para outra escola.

Ele concluiu os três bimestres que faltavam para terminar a quinta série nessa outra escola, mas no ano seguinte, sexta série, o sofrimento voltou, pois ele novamente conviveria em uma sala de aula com alunos mais velhos.

Aí na sexta série me mudaram para uma sala que só tinha repetente. Eu sei que aí eu não consegui mais me adaptar direito. (...) Depois da quinta série parece que eu perdia o chão. Tem aluno que brigava, que maltratava os outros. Eu também comecei a maltratar os outros. E aí eu sei que fui convidado a ser retirado da escola¹³².

Nesse período, Natan teria “perdido o chão”, e não se sentia compreendido pela mãe. “Eu pedia para a minha mãe sair da escola e ela não deixava: ‘Não! Vai ficar aí e ponto’. E eu já não conseguia lidar. Porque ficaram muito turbulentas as coisas. Muito (pausa). Confundi muito a minha cabeça, sabe?”¹³³. A solução encontrada por Natan, num ambiente em que todos se agrediam, foi agredir os outros também. Até que ele foi “convidado” a sair da escola.

Então sua mãe o transferiu de volta para a escola anterior, onde Natan concluiu a oitava série com mais tranquilidade: “Aí eu já estava mais tranquilo, falei: ‘Pelo menos eu me livrei daquela escola, né?’ Eu já tinha aprontado uma vez e não ia aprontar de novo. Aí eu falei: ‘Não, agora vou me comportar’”¹³⁴. Assim, depois de uma experiência escolar conturbada, Natan cursou o nível colegial à noite, para trabalhar com os pais na produção de massas e salgados.

Paralelo aos conflitos pelos quais Natan passava na escola, seus pais viviam uma situação econômica difícil. Em 1996, quando Natan estava com doze anos de idade, seu pai fez um investimento no ramo alimentício. A ideia foi de um amigo do seu pai, que tinha experiência na área. Os dois estabeleceram uma sociedade, onde o pai de Natan forneceria os equipamentos e o espaço físico e o amigo, a experiência. A sociedade não deu certo. Segundo Natan, o amigo de seu pai vendia a preços muito baixos e não conseguia cobrir os custos. Os

¹³¹ *Ibidem.*

¹³² *Ibidem.*

¹³³ *Ibidem.*

¹³⁴ *Ibidem.*

sócios se desentenderam e encerraram a sociedade. O pai de Natan ficou com o prejuízo e com os equipamentos. Então ele e sua esposa decidiram continuar o negócio. Ele continuaria ministrando aulas na universidade e sua esposa e filhos trabalhariam na produção das massas, salgados e doces.

Assim, aos 15 anos, Natan trabalhava junto com os pais e irmãos no ramo alimentício e cursava o ensino médio à noite. Ele relata que foi mais ou menos nesse período que começou a sentir as perseguições. Tinha “desavenças” com a cunhada, e começou a se sentir perseguido por ela.

Como muitos jovens de sua idade, Natan passava por uma fase de experimentações. E foi nesse período também que, com os irmãos, experimentou a maconha pela primeira vez:

Aí [eu] falava: ‘Nunca usei droga, nunca vou usar’. Aí o que acontece? Meu irmão vai e experimenta. E eu vi, né? Aí falei no dia: ‘Caramba, eu quero saber como é também’. Mas aí passou. Eu acabei não experimentando. No outro dia eu fui e experimentei a maconha. Aí eu comecei a usar mais frequentemente¹³⁵.

Ele relata não ter sentido nada diferente, apenas culpa: “ficava agonizando porque tinha feito coisa errada”¹³⁶. O uso acontecia aos finais de semana, com os irmãos e na escola, com os colegas. Segundo Natan, alguns de seus amigos de infância passaram a ter problemas com o uso de drogas. Esse foi o motivo que levou os pais, alguns anos mais tarde, a decidirem se mudar novamente, conforme será descrito nos próximos capítulos.

Dando sequência à história de Natan, certo dia, já aos dezessete anos de idade, no caminho para a escola, ele ouviu uma voz pela primeira vez, que pedia para ele parar com o uso da maconha:

E aí eu ouvi uma voz. Eu estava indo para escola e ouvi uma voz assim: ‘Pára de fazer isso, por causa de suas outras vidas’. Até então, eu nunca tinha ouvido falar em outras vidas, assim, né? (...) ‘Toma cuidado por causa de suas outras vidas’. E aí começou uma mania de perseguição. Tudo estava me perseguindo, todo mundo estava me perseguindo¹³⁷.

Sua primeira “crise” teria se dado nesse momento. Ele relata ter “começado com a mania de perseguição”¹³⁸ e ficou afastado da escola por dois meses.

¹³⁵ *Ibidem.*

¹³⁶ *Ibidem.*

¹³⁷ *Ibidem.*

¹³⁸ *Ibidem.*

Aí eu, no segundo colegial, eu fiquei dois meses afastado de licença. Licença médica, porque foi quando desencadeou a crise. Então, eu via os meus amigos falando que iam matar a minha mãe. Falavam: ‘Ah, estou com a sua mãe aqui, a gente vai matar ela’, não sei o que... E eu achava que estava acontecendo isso mesmo. Eu via, assim. Aquilo estava na minha cabeça¹³⁹.

Nesse momento, Natan e a família acreditavam que se tratava de uma “crise” de “síndrome do pânico”, então o levaram para um médico homeopata. Este o afastou da escola por dois meses. Nesses dois meses em que ficou em casa, Natan via e ouvia seus colegas da escola “por telepatia”, dizendo que iam matar sua mãe. Ele ouvia passos no telhado, barulho de tiros, janelas se quebrando. Acreditava que aconteciam coisas em outros lugares que chegavam até ele por telepatia. As vozes falavam: “Ah! Estou com a sua mãe aqui, a gente vai matar ela”¹⁴⁰.

Em outra ocasião, quando ele estava trabalhando com os pais no preparo das massas, viu o teto se abrir e aparecerem seus colegas da escola. Eles teriam vindo visitá-lo, junto com um policial. Diante disso, seu pai decidiu “afastá-lo” do trabalho também. O feriado de sete de setembro se aproximava, então seu pai incentivou que ele fosse para a praia com o irmão, para descansar.

Aí quando eu fui para a praia (...). A gente foi e eu ficava fazendo meditação toda hora. Ela [a namorada do irmão] falava: ‘Seu irmão não está bem’, né? Aí eu comecei a ouvir vozes. Aí começaram as primeiras peças assim, na minha cabeça, sabe? ‘A mãe do fulano morreu’. A mãe do meu amigo que tinha ido me visitar lá em casa, que abriu o teto, né? Quando eu estava trabalhando ele foi por telepatia me visitar: ‘Morreu... Ah, fulano bateu o carro. Bateram o carro. Foi por sua culpa’. Foi bem no sete de setembro. Aí, onze de setembro: atentado nas torres gêmeas¹⁴¹.

O atentado às torres gêmeas aconteceu de fato, logo após o feriado, no dia 11 de setembro de 2001. Ninguém jamais pensou que um ataque desses aconteceria nos Estados Unidos. Isso confundiu a cabeça de Natan, pois, para ele, o que as vozes falavam também podia ser verdade. Mesmo no momento em que me deu o depoimento, Natan acredita que essas vozes são verdadeiras, mas explicou que são informações que ele recebe por telepatia. Sobre os amigos que falavam em matar sua mãe, Natan diz que eles falaram isso realmente, por telepatia, mas foi uma brincadeira.

¹³⁹ *Ibidem.*

¹⁴⁰ *Ibidem.*

¹⁴¹ *Ibidem.*

Quando começou a ouvir essas vozes, Natan pensou que pudesse encontrar algum lugar onde pudesse meditar e entender o que estava acontecendo, esse seria seu ideal de tratamento. Meditava sempre, inclusive na praia, quando viajou com o irmão.

Em busca de tratamento, Natan conheceu também um centro espírita. Quando sua crise se acentuou, seus pais o levaram até lá e ele passou por um trabalho de “desobsessão”: “Eles conversavam com essas vozes para mim. Eu sentava no centro da cadeira e eles recebiam essas vozes”¹⁴². De acordo com o historiador Raphael Alberto Ribeiro, “a terapêutica que os adeptos do espiritismo dizem promover tem por base a realização de preces, o passe, a água energizada, além das sessões de doutrinação do *espírito obsessor*, instigando-o a perdoar seu inimigo de outras reencarnações, evitando, dessa forma, a sua manifestação maléfica sobre o louco”¹⁴³. A historiadora Nádia Luz, ao investigar a relação entre o espiritismo e a saúde mental¹⁴⁴, explica que a prática da “desobsessão” foi desenvolvida no Brasil no início do século XX, por espíritas que se referenciavam no professor francês Allan Kardec, e no médico brasileiro Adolpho Bezerra de Menezes. Luz traz a definição de Allan Kardec¹⁴⁵ sobre “obsessão”:

A obsessão é a ação persistente que um mau Espírito exerce sobre um indivíduo. Ela apresenta caracteres muito diferentes, desde a simples influência moral, sem sinais exteriores sensíveis, até a perturbação completa do organismo e das faculdades mentais (...). Do mesmo modo que as doenças são o resultado das imperfeições físicas, que tornam o corpo acessível às influências perniciosas exteriores, a obsessão é sempre o de uma imperfeição moral, que dá presa a um mau Espírito¹⁴⁶.

No trecho transcrito por Luz, Kardec esclarece ainda que o indivíduo deve investir constantemente no seu “melhoramento”, a fim de “fortificar a alma”, desse modo estaria livre da obsessão. Natan frequentou o centro espírita assiduamente durante muitos anos, participou do curso de jovens e se engajou em alguns trabalhos voluntários.

¹⁴² *Ibidem*.

¹⁴³ RIBEIRO, Raphael Alberto. A loucura entre dois mundos: práticas de intervenção médica e assistencialismo no Sanatório Espírita de Uberlândia (1932-1970). In: *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádia Maria Weber (org.). Uberlândia: EDUFU, 2010. p. 202-203.

¹⁴⁴ No campo da história, Nádia Luz procurou investigar a relação entre o espiritismo e a saúde mental, levando em conta que mais de cem hospitais psiquiátricos foram fundados por grupos espíritas só na primeira metade do século XX.

¹⁴⁵ Segundo Luz, a prática da desobsessão foi desenvolvida no Brasil no início do século XX, por espíritas que se referenciavam em Allan Kardec, professor francês que publicou suas obras em meados do século XIX e também em Adolpho Bezerra de Menezes, médico brasileiro que publicou sua tese no final do século XIX.

¹⁴⁶ KARDEC, Allan. Apud LUZ, Nádia. *Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental*. Franca, SP: Unifran, 2006. p. 105.

Segundo Luz, as instituições espíritas também se utilizam do tratamento médico convencional. O próprio centro frequentado por Natan o indicou a passar num psiquiatra, que era espírita também, e que lhe prescreveu alguns remédios. Mas nessa época Natan não foi disciplinado quanto ao tratamento medicamentoso.

Natan relata que parava de tomar os remédios porque tinha “crise de abstinência” de ouvir as vozes. Ou seja, ele sentia falta de escutar, pois havia vozes boas também. Além disso, acreditava que conseguiria melhorar sem precisar dos remédios. Ele assistiu ao filme “Uma mente brilhante”¹⁴⁷ e acreditou poder fazer o mesmo que o personagem principal: conseguir controlar as vozes, visões e perseguições sem precisar do remédio. Mas ele não conseguiu.

Nosso protagonista havia acabado de receber o diagnóstico de esquizofrenia, então ainda experimentava formas de lidar com essa “doença”. Para o centro espírita, ele estava sofrendo obsessão, o que não invalidava o diagnóstico do psiquiatra e também espírita, de que ele era esquizofrênico.

Natan acredita que estava sendo atormentado por espíritos, pois afirma que a “desobsessão” diminuiu suas crises. Ao mesmo tempo, seu discurso é influenciado pela nosologia psiquiátrica, pois durante as entrevistas ele me dizia: “Sou F-20”. O código “F-20” está presente na CID-10, no grupo “Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes”. Citamos abaixo um trecho do código que apresenta algumas das características do diagnóstico F20 que se assemelham ao que Natan traz em seu depoimento:

Os transtornos esquizofrênicos são caracterizados, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado. (...) Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são conhecidos ou partilhados por outros e podem se desenvolver delírios explicativos, a ponto de que forças naturais ou sobrenaturais trabalham de forma a influenciar os pensamentos e as ações do indivíduo atingido, de forma que são muitas vezes bizarras. (...) As alucinações, especialmente auditivas, são comuns e podem comentar sobre o comportamento ou os pensamentos do paciente¹⁴⁸.

Nessa época estava em vigor também a quarta versão do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM IV), publicado em 1994. Ao analisar a categoria

¹⁴⁷ No filme “Uma mente brilhante” (EUA, 2001), o matemático John Nash, diagnosticado como esquizofrênico, consegue controlar suas vozes e visões e levar uma vida relativamente normal: ter esposa, filhos e ministrar aulas na universidade, sem precisar tomar os remédios psiquiátricos.

¹⁴⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 85.

“esquizofrenia”, Venancio¹⁴⁹ compara os dois documentos e constata que tanto a CID-10 quanto o DSM-IV a apresentam como “um *transtorno*” que surge na maioria dos casos na adolescência ou no início da fase adulta, sendo frequente tanto em homens como em mulheres, mas geralmente identificado mais cedo entre os homens.

Os dois documentos, no geral, caracterizam o transtorno de modo similar. Quanto ao “curso” da esquizofrenia, Venancio explica que se divide em “três fases”: a “prodromica”, que apresentaria sintomas prévios como “perda de interesse”, “ausência ao trabalho”, “irritação”, entre outros. A segunda fase seria a “ativa” quando os sintomas “esquizofrênicos” propriamente ditos se manifestariam integralmente. A terceira fase seria a “residual”, quando permaneceriam alguns “sintomas mórbidos”, mas a maioria dos sintomas teria desaparecido. Quanto ao “estado” da esquizofrenia, descreve-se “perturbações” presentes “nas ordens intra e interpessoal”, que interferem nas “faculdades de pensamento”: “percepção”, “afeto”, “vontade”, “consciência de si”; bem como nas “relações interpessoais”. Venancio aprofunda a análise das características dessa categoria, mas o que vale ressaltar aqui é que o discurso presente na CID-10 e no DSM-IV sobre a esquizofrenia está presente no discurso de Natan.

Essa forma de explicar sua loucura, como uma “doença”, o “F-20”, provavelmente veio dos médicos de Natan, da clínica onde foi internado, do centro espírita que o indicou a passar em um psiquiatra, do NAPS e até mesmo de sua própria família, já que seu bisavô também recebera o mesmo diagnóstico e fora internado no hospital psiquiátrico do Juqueri nos anos 1960. Natan se referiu ao bisavô para me dizer que seu problema é genético. Para Porter, “de fato, neste século, na medida em que a psiquiatria se tornou parte da cultura comum, muitas vezes é difícil distinguir quando o psiquiatra está falando e quando o paciente”¹⁵⁰. E ao elaborar o que é a sua “doença”, para me explicar, Natan recorreu à linguagem que estava disponível a ele, proveniente tanto dos médicos psiquiatras quanto do centro espírita.

No próximo capítulo conheceremos a experiência de Natan em sua única internação em hospital psiquiátrico, em 2006, quando foi levado pelo avô a uma instituição católica na zona sul do município de São Paulo.

Conheceremos também a experiência de Mariana e Rogério em hospitais particulares e públicos entre as décadas de 1980 a 2000. Foram períodos em que ambos entravam e saíam

¹⁴⁹ VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú. O Eu dividido moderno: uma análise antropológica da categoria esquizofrenial. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1998, p. 144.

¹⁵⁰ PORTER, Uma história social da loucura. *op. cit.*, p. 11.

dos hospitais, entre crises e recaídas. Veremos também os momentos de crise de euforia que antecederam as internações de Mariana, e os de depressão, que quase a levaram ao suicídio.

Capítulo 2 – As internações em hospitais psiquiátricos

Neste capítulo vamos conhecer a experiência de Mariana, Rogério e Natan nos hospitais psiquiátricos. A maioria das instituições onde nossos protagonistas estiveram internados foi inaugurada entre as décadas de 1960 e 1970, período de grande expansão de leitos privados no Brasil. Era época da ditadura militar, quando se incentivou a privatização dos serviços de saúde. Segundo Escorel, Nascimento e Edler, foi o período em que a assistência médica atingiu o “maior orçamento de sua história”¹⁵¹, pois contava com recursos do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), criado em 1966, a partir da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), para administrar as aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os contribuintes. Ao invés de utilizar os recursos na ampliação dos hospitais públicos, o governo militar optou pela contratação de serviços privados de saúde, oferecendo-lhes recursos do INPS “a fundo perdido” para a construção de seus hospitais, o que resultou na “maior expansão em número de leitos disponíveis”¹⁵² já vistos.

De acordo com Resende¹⁵³, o número de internações em hospitais psiquiátricos privados no Brasil se elevou de 35.000 em 1965 para 90.000 em 1970¹⁵⁴. Para o autor, o ano de 1964 inaugurou uma nova etapa da assistência psiquiátrica brasileira, pois foi quando o atendimento se ampliou “à massa de trabalhadores”. Os novos hospitais psiquiátricos deveriam se diferenciar dos públicos, oferecendo atendimento de melhor qualidade, pois se destinariam aos trabalhadores contribuintes do INPS.

O período que corresponde à internação dos nossos três protagonistas em hospitais psiquiátricos – de 1988 a 2006, por outro lado, coincide com o momento em que está em curso o processo de reforma psiquiátrica, por isso assistiremos a uma tendência contrária à encontrada nas décadas anteriores, ou seja, veremos que muitos hospitais psiquiátricos da região do ABC estarão fechando. Dos sete hospitais psiquiátricos privados que existiam na região, quatro fecharam suas portas nos anos 1990. A legislação sobre a assistência em saúde mental nessa época tendeu a incentivar a diminuição tanto do tempo de internação quanto do

¹⁵¹ ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 61.

¹⁵² *Ibidem*.

¹⁵³ RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário e TUNDIS, Silvério (orgs.) *Cidadania e loucura: origem das políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. p. 60.

¹⁵⁴ *Ibidem*, p. 61.

número de leitos, como veremos a seguir. Além disso, a partir dos anos 1990 se intensificaram as vistorias em hospitais psiquiátricos, inclusive nas instituições privadas conveniadas ao SUS, como se verá no caso de Rogério. Ele não será internado em seu próprio município, Mauá, pois seu hospital psiquiátrico havia fechado quatro anos antes, após várias denúncias acerca de seu mau funcionamento.

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo¹⁵⁵, no início dos anos 1980 predominava no estado o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental. A partir de 1983 houve uma ampliação da rede ambulatorial e teve início uma transformação no complexo asilar do Juqueri. Em 1987 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na capital e a partir de 1989 o município de Santos criou uma rede de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). De 1989 a 2007 foram desativados 45 hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo, reduzindo em 67,3% o número de leitos psiquiátricos.

Mesmo assim, São Paulo continuou sendo um dos estados que mais concentravam leitos no país, grande parte deles ocupados por moradores. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde, 50% dos leitos psiquiátricos paulistas eram ocupados por moradores em 2005. Censo realizado pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo constatou que 6.349 pessoas eram moradoras de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo em 2008¹⁵⁶, número que reduziu para 4.439 pessoas após oito anos, segundo novo censo¹⁵⁷ realizado em 2014¹⁵⁸. Mas Mariana, Rogério e Natan não chegaram a ser moradores de hospitais psiquiátricos. Veremos que nossos três protagonistas permaneceram em hospitais psiquiátricos por três meses no máximo a cada internação.

Mariana e Rogério foram internados um maior número de vezes nessas instituições, por isso trouxeram mais lembranças desses tempos do que Natan. Mariana, além disso, tem mais tempo de vida dentre os três e já registrou sua história em um texto autobiográfico¹⁵⁹, por isso trouxe um conteúdo mais elaborado para análise. O tempo de internação em hospitais psiquiátricos também variou em função da época em que cada um foi internado. Mariana

¹⁵⁵ SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo* / Sônia Barros, Regina Bichaff (orgs.); autoras Ana Luisa Aranha e Silva... [et. al.]. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.

¹⁵⁶ *Ibidem*.

¹⁵⁷ *Idem*. *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014*. São Paulo: FUNDAP/Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2015.

¹⁵⁸ De acordo com o novo censo, das 6.349 pessoas que moravam nos hospitais psiquiátricos paulistas em 2008, 739 foram para Residências Terapêuticas e a maioria, 1.170 pessoas faleceram entre 2008 e 2014. Outro dado que chama atenção são as 702 novas internações de longa permanência no mesmo período, são pessoas que estão se tornando novos moradores (FUNDAP/Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2015).

¹⁵⁹ CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado. Uma reflexão sobre a reabilitação psicossocial como um laço social*. *op. cit.*

adoeceu no final dos anos 1980, quando já havia serviços alternativos, mas o modelo assistencial oficial em saúde mental era hospitalocêntrico. Natan, por sua vez, adoeceu nos anos 2000, quando a reforma psiquiátrica se oficializa através da lei nº 10.216/2001. Além disso, já havia possibilidades de tratamento e internação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de seu município, por isso a duração de sua internação em hospital psiquiátrico foi curta. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na década de 2000 houve “maior impacto” na expansão da rede substitutiva no estado, seguindo uma tendência nacional, pois de acordo com o Ministério da Saúde, de 1998 a 2012 o número de CAPS no Brasil se elevou de 148 para 1.803. O número de Residências Terapêuticas aumentou de 85 em 2002 para 625 em 2011. E o número total de leitos psiquiátricos brasileiros reduziu de 51.393 em 2002 para 29.958 em 2012¹⁶⁰.

Os nossos três protagonistas, apesar de residirem na região do Grande ABC, nem sempre foram internados lá. As famílias de Mariana e Natan, que detinham um poder aquisitivo mais alto do que a de Rogério procuraram instituições privadas da capital e do interior de São Paulo, onde acreditavam que seriam oferecidas melhores condições de atendimento. Rogério, por sua vez, viveu apenas a experiência da internação em hospitais psiquiátricos públicos ou em vagas públicas de hospitais privados conveniados ao SUS.

Agora passemos a conhecer a experiência dos nossos protagonistas, começando por Mariana, que passou por suas primeiras internações psiquiátricas no final dos anos 1980.

2.1. As internações de Mariana

2.1.1. A primeira internação de Mariana: “um hotel cinco estrelas”

A primeira internação psiquiátrica de Mariana ocorreu no dia 1º de dezembro de 1988, num hospital particular no interior de São Paulo. Seu marido, antes de tomar a decisão de interná-la, procurou vários profissionais, entre os quais uma psicanalista espírita, que recomendou a internação para que Mariana não perdesse mais do que já estava perdendo: sua boa imagem profissional e o próprio dinheiro, que ela gastava como se não tivesse fim. O

¹⁶⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 11*, Ano VII, nº 11, outubro de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 36p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental Acesso em 15/07/2015.

marido visitou o hospital psiquiátrico público que havia no município, chamado “Borda do Campo”, mas as condições eram muito ruins, e ele disse à psicanalista: “Pelo amor de Deus! Eu não vou deixar a minha mulher aqui!”¹⁶¹. A psicanalista, por sua vez, indicou um hospital psiquiátrico particular no município de Itapira, interior do estado de São Paulo.

Mariana ficou internada na Fundação Espírita Américo Bairral. Nos anos 1990, quando esse hospital foi vistoriado pelo Ministério da Saúde, suas instalações foram consideradas “muito boas”¹⁶². Os relatórios das vistorias referiam espaços para atividades de lazer, esportes e terapia ocupacional, além de atividades individuais e de grupo e dois horários por dia para visitas. Só havia ressalvas para o prédio destinado aos atendimentos pelo SUS, pois algumas enfermarias estavam com “excesso de leitos” e as instalações sanitárias em banheiros coletivos não eram suficientes. As alas particulares, por outro lado, contavam um banheiro para cada quarto.

De acordo com Bianchi¹⁶³, a instituição foi idealizada no início do século XX por Américo Bairral, um funcionário público de Itapira, ex-seminarista que se converteu ao espiritismo após ser orientado, por vezes que ouvia, a estudar essa doutrina. Mensagens psicografadas pediam que ele convidasse oito pessoas para constituir um grupo de estudos que, em 1914, fundou o Centro Espírita Luiz Gonzaga. No Centro, desenvolvia várias atividades: estudos, trabalhos mediúnicos, desobsessão, providenciava remédios homeopáticos, educava as crianças etc. Mas tinha uma grande preocupação com os “doentes mentais, que, na época, viviam abandonados ou trancafiados nas cadeias públicas, sem a mínima assistência”¹⁶⁴. Assim, levantou fundos para a construção de um hospital destinado aos “doentes mentais”, que foi fundado em 1937, seis anos após sua morte.

Da mesma forma foi construído o Sanatório Espírita de Uberlândia, nos anos 1930: um grupo de espíritas arrecadou fundos para a sua construção, recebendo doações inclusive de representantes de outros grupos religiosos, como descreveu Ribeiro¹⁶⁵. Várias instituições

¹⁶¹ Depoimento Mariana, 2014.

¹⁶² Mângia analisou relatórios de vistorias realizadas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e pelo Ministério da Saúde em 70 hospitais psiquiátricos do interior de São Paulo, de 1992 a 1999, a fim de credenciá-los desde que atingissem os requisitos estipulados pelas portarias SAS 189-19/11/91 e MS/SNAS/224, que definiam normas para melhorar a assistência prestada por esses estabelecimentos. Os relatórios referentes à Fundação Espírita Américo Bairral datam de 1995.

¹⁶³ BIANCHI, César. *A história do Sanatório ‘Américo Bairral’: uma contribuição à História da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Livraria Espírita ‘Katie King’/Lar da Família Universal, 1984.

¹⁶⁴ *Ibidem*, p. 21.

¹⁶⁵ RIBEIRO, Raphael Alberto. A loucura entre dois mundos: práticas de intervenção médica e assistencialismo no Sanatório Espírita de Uberlândia (1932-1970). In: WADI, YonissaMarmitt; SANTOS, Nádia Maria Weber (org.). *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. Uberlândia: EDUFU, 2010.

semelhantes foram fundadas até os anos 1960, por grupos espíritas, seguindo um mesmo padrão arquitetônico:

Todos eles ocupam uma área vasta, cuja entrada principal se abre em um pórtico que abriga, de imediato, o setor administrativo. Este setor, do lugar em que se estabelece, tem pleno domínio do interior do prédio cuja estrutura lembra o corpo de um avião, distribuído por alas/alojamentos/refeitórios/lavanderias, intercaladas por pátios internos que separam os homens e as mulheres, os enfermos mais perigosos dos mais pacíficos¹⁶⁶.

Segundo Mângia¹⁶⁷, a Fundação Espírita Américo Bairral era constituída por um edifício central de quatro andares com 589 leitos destinados ao SUS, dez alas com 282 leitos para internações particulares, além de instalações externas com espaços para atendimento, que ocupavam uma área total de 425 mil metros quadrados.

Quanto ao funcionamento dos sanatórios, Ribeiro relata que deveriam atender a requisitos básicos: ter equipe de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros), além de insumos essenciais (alimentação, vestuário, medicamentos). No entanto, garantir esses recursos básicos não era fácil. No caso do *Sanatório Espírita de Uberlândia*, segundo os depoimentos colhidos por Ribeiro, a prefeitura nunca os ajudou, nem para isentá-los do IPTU. O psiquiatra Lázaro Sallum relatou ter saído da instituição em 1982 por “não aguentar mais” presenciar a falta de remédios e de alimentos, que ele mesmo ajudava a suprir doando parte de sua renda.

De acordo com Bianchi, o Sanatório Américo Bairral sempre se preocupou em contar com “pessoal técnico e especializado”, mas na época da fundação, em 1937, esses recursos eram escassos – os poucos psiquiatras que se formavam no país optavam pelas instituições particulares ou públicas, além de preferirem os grandes centros urbanos, onde a renda era maior. Assim, o sanatório só conseguiu seu primeiro psiquiatra após nove anos de funcionamento. Quanto ao corpo de enfermagem, diante da legislação da época, que exigia 1 enfermeiro para cada 40 internos, a instituição promoveu a formação de seus funcionários na capital e, nos anos 1960, criaram um curso dentro do próprio hospital. Quanto aos recursos financeiros, para Bianchi, a década de 1960 trouxe a “emancipação” do hospital, pois os subsídios financeiros, que antes dependiam de doações, passaram a ser garantidos pela

¹⁶⁶ *Ibidem*, p. 204.

¹⁶⁷ MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo: Constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2000.

Previdência Social. Nos anos 1980, época em que Mariana foi internada, a instituição recebia recursos do SUS, de convênios médicos e de internações particulares.

No dia da internação, o marido e uma sobrinha disseram a Mariana que passariam “férias” num “hotel de campo”, no interior de São Paulo. De fato, quando chegou, Mariana teve a impressão de estar entrando num “hotel cinco estrelas”, pois ela avistou uma piscina, grandes árvores e uma “paisagem deslumbrante”. O marido a informou de que se tratava de um hospital psiquiátrico e que seria necessário ela ficar lá para “voltar ao normal”. Para Goffman¹⁶⁸, poucos são os “pré-pacientes”¹⁶⁹ que se internam em hospitais psiquiátricos por iniciativa própria; a maioria adentra a instituição contra a sua vontade. De acordo com o autor, há três modos “clássicos” dessa internação “involuntária” ocorrer: a pedido da família, pela polícia ou por serem “enganados pelos outros”. Mariana foi enganada pelos familiares.

Austragésilo Carrano Bueno¹⁷⁰ é um brasileiro contemporâneo à Mariana que como ela viveu a experiência de ter sido internado em hospitais psiquiátricos e se identificava como um militante do movimento de luta antimanicomial. Através de sua autobiografia, publicada com o título *Canto dos Malditos*, Bueno denuncia várias situações que ele considerou degradantes nos locais onde esteve internado. Na ocasião de sua primeira internação, assim como Mariana, Bueno parece ter sido “enganado” pelos familiares: seu pai o chamou para visitar um amigo no hospital, mas logo ao entrarem, dois enfermeiros fortes agarraram seus braços. O pai disse que era para o “seu bem”. Bueno relutou, argumentou que não estava doente, mas os enfermeiros o levaram à força para dentro dos pavilhões.

Mariana também não se conformou: “para mim foi uma dor muito grande, porque eu não imaginava que estaria ficando num hospital de louco, eu não era louca”¹⁷¹. Foi um impacto para Mariana se ver sozinha, após a partida do marido e da sobrinha:

Fiquei ali parada, olhando ele se afastar, aquele carro vermelho subindo a estradinha, sumindo aos poucos, se perdendo entre as árvores. Foi quando me senti a pessoa mais solitária do mundo, no meio de pessoas estranhas, me olhando com curiosidade, pegando no meu braço, me tocando, perguntando meu nome, todos ao mesmo tempo. Saí correndo em busca de um lugar que eu pudesse chorar em paz.¹⁷²

¹⁶⁸ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2010. Goffman realizou um trabalho de campo no Hospital St. Elizabeths, instituição federal com 7 mil internos, em Washington, durante o período de um ano (1955 a 1956). Seu objetivo inicial foi “conhecer o mundo social do internado em hospital” e como “esse mundo é subjetivamente vivido por ele”, a partir de dados etnográficos.

¹⁶⁹ “Pré-paciente” é a definição dada por Goffman para a primeira fase da “carreira do doente mental”, trata-se do momento “anterior à admissão no hospital” (*Ibidem*, p. 114).

¹⁷⁰ BUENO, Austragésilo Carrano. *Canto dos Malditos*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

¹⁷¹ Depoimento Mariana, 2014.

¹⁷² CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado*. *op. cit.*, p. 11.

Diferente de Bueno, que foi levado à força pelos enfermeiros, Mariana foi conduzida gentilmente para o quarto, por uma enfermeira, que lhe deu alguns comprimidos e recomendou que se deitasse. Mas Mariana não queria deitar, ainda se sentia “cheia de energia”. Saiu do quarto e procurou saber dos internos o que eles faziam para passar o tempo. O hospital organizava bailes, a cada noite em uma ala diferente. Saber disso, naquele momento, deixou Mariana entusiasmada:

Fui ao baile, apesar de estar sentindo meu corpo estranho, meu corpo queria dormir, mas meu espírito queria correr, fiz muito sucesso, pois a minha alegria era contagiante, nada me cansava, eu cantava, dançava, sorria, contava piadas. Foi uma noite perfeita, até dar o horário determinado pela clínica para nos recolhermos, quando a música foi desligada, as luzes se apagaram, e todos nós fomos de volta para nossa prisão (quartos).¹⁷³

Seu corpo já estava começando a sentir os efeitos dos medicamentos. Além disso, o cansaço, devido aos vários dias que passara em claro e ao grande dispêndio de energia, começava a se manifestar. Mariana relata que dormiu durante quatro dias.

Durante a internação, ela se deparou com várias situações inusitadas. Por exemplo, segundo relata, uma vez acordou pela manhã com um homem dentro do seu quarto, sentado na poltrona, dizendo ser seu irmão. No mesmo dia, à noite, ela ouviu um barulho vindo de fora do seu quarto e, ao olhar pela janela, deparou-se com um homem arrastando correntes, conversando com um cachorro imaginário. Ele queria apenas protegê-la, já que seu quarto fora invadido na noite anterior. Então ela constatou que estaria segura, pois ganhara um “irmão” e um “segurança”.

Da sua família verdadeira ela não recebia notícias desde sua internação, pois o hospital tinha uma norma que a família só poderia fazer contato depois de 15 dias de internação. Para o psiquiatra Jonas Melman¹⁷⁴, “o isolamento foi e continua sendo prática frequente em muitos hospitais psiquiátricos em todo o mundo”¹⁷⁵, tanto para resguardar a família da ameaça que o louco poderia representar, quanto para que a doença não se agravasse com o retorno ao núcleo familiar. No caso de Mariana, seu marido acreditava que ela poderia representar uma ameaça a ela mesma, pois após a alta, ele pediu para seus pais cuidarem dela, como se verá a seguir.

¹⁷³ *Ibidem*, p. 11-12.

¹⁷⁴ O psiquiatra Jonas Melman, do movimento da reforma psiquiátrica, realizou estudo com familiares do CAPS Itapeva, em São Paulo.

¹⁷⁵ MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora, 2006, p. 48.

No hospital, os internos que podiam receber visita ou telefonema ficavam atentos. Segundo Mariana,

Tinha uma guarita com telefone público que toda vez que tocava, todo mundo ficava olhando para aquela guarita, dizendo: "Será que é para mim?" Olha o sofrimento. Aí a enfermeira atendia e chamava quem ia poder falar no telefone. E eu só depois de quinze dias.¹⁷⁶

Enquanto esperava o tempo passar, Mariana sentia com mais intensidade os efeitos dos remédios:

Os dias foram passando, eu cada vez mais dopada, as pessoas já não me convidavam para os bailes, pois eu não respondia nem as perguntas que me faziam, me isolava de todos. Fui perdendo os movimentos, até os mais simples que eram necessários para comer, tomar banho e falar. Tornei-me um robô. Eu andava lentamente sem conseguir articular uma só palavra.¹⁷⁷

Quinze dias depois da internação, a família veio visitá-la e se assustou, pois Mariana parecia pior do que quando entrara. Ela não conseguia conversar e precisava de ajuda para comer. Seu marido questionou o médico, que lhe explicou que é assim mesmo, começavam o tratamento ministrando uma dose alta de remédios e depois iam tirando aos poucos. A sensação desse procedimento é descrita por Mariana:

Eu me olhava no espelho e pensava assim: 'Esta não sou eu'. E é uma forma que eles achavam, e muitos acham até hoje, que tem que dar um tranco, né? Tem que encher você de droga para depois ir tirando. É como se fosse um choque nos nervos. (...) Até eu chegar nesse ponto em que eles queriam chegar, o sofrimento que você tem é muito grande. Porque você não tem controle sobre a sua mão, sobre o seu corpo. Você bate em todo lugar, você se machuca. Você faz xixi. Faz cocô nas calças, porque você não consegue segurar. Nossa, é uma coisa muito, muito, muito... Você fica envergonhado de não ter mais esse controle. É muito ruim.¹⁷⁸

Nesse trecho, Mariana denuncia o uso excessivo de medicamentos, prática comum segundo os relatórios das vistorias realizadas nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo nos anos 1990, que profissionais envolvidos no movimento da reforma psiquiátrica, como Mângia, consideram como uma forma de violência, um "uso irresponsável de psicofármacos"¹⁷⁹.

¹⁷⁶ Depoimento Mariana, 2014.

¹⁷⁷ CORDEIRO, M. D. *Trajetória da loucura: a importância do cuidado*. *op. cit.*, p. 13.

¹⁷⁸ Depoimento Mariana, 2014.

¹⁷⁹ MÂNGIA. *Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo*. *op.cit.* p.217.

E finalmente chegou o dia da alta. Era 31 de dezembro e não havia médicos no hospital. Mariana e sua família saíram sem orientações sobre a doença. A única coisa que sabiam era que Mariana era “P.M.D.”¹⁸⁰, mas não sabiam o que isso queria dizer. Saíram do hospital com uma receita de remédios para mais 30 dias, mas não receberam a orientação de que ela teria que procurar um médico em sua cidade e que tomaria remédios por toda a vida, conforme orientação recebida na alta de sua segunda internação.

2.1.2. A depressão e a demissão do banco

Ao sair da internação, Mariana ficou sob os cuidados dos pais, na casa deles, pois seu marido não queria deixá-la sozinha enquanto fosse trabalhar. E dois meses depois, quando acabou o período de licença, ela voltou ao trabalho. Mas Mariana não era mais a mesma, sentia muita tristeza. Ao invés de cumprir suas metas, engavetava o trabalho, não se sentia capaz de vender aplicações ou quaisquer outros produtos do banco a ninguém. Sua cabeça já não era tão ágil quanto antes:

É uma coisa inexplicável. Que eu gostaria que quem é normal não passasse por aquilo. Porque você não consegue ter um pensamento lógico. Você não consegue ler três linhas e entender o que você leu. Você não consegue fazer uma conta de três mais quatro mais cinco.¹⁸¹

Em novembro de 1989, o gerente geral da agência lhe disse que não poderia mais continuar com ela no banco. Mariana nem questionou, pois o que ela queria mesmo era “sumir” dali. Ela se sentiu muito mal, pois nunca havia sido demitida na vida, ela sempre fora admirada por seu trabalho. Seus pais não acreditavam que sua filha, tão inteligente, estava naquela situação. Hoje, Mariana acredita que o banco não poderia tê-la demitido naquele estado, pois a depressão também seria uma fase do transtorno afetivo bipolar. Se seu supervisor acreditasse que Mariana estava doente, ele deveria afastá-la ao invés de demiti-la. E se o perito comprovasse a doença, ela teria direito a receber o “auxílio-doença”¹⁸². Mas nem mesmo sua família reconhecia esse estado como uma fase da doença. O próprio marido

¹⁸⁰ P.M.D. eram os pacientes com psicose maníaco-depressiva, doença hoje denominada pelo Código Internacional de Doenças (CID-10) como transtorno afetivo bipolar.

¹⁸¹ Depoimento Mariana, 2014.

¹⁸² Benefício concedido na época pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) aos segurados comprovadamente incapacitados para o trabalho. Hoje o benefício é concedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

acreditava que Mariana havia “voltado ao normal”, e pediu que ela retornasse para casa. Mas esse estado de “normalidade” duraria apenas mais um mês.

2.1.3. A segunda crise, o tratamento espiritual, o fim do casamento e as internações no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes

Perto do Natal de 1989 a “euforia” retornou. Mariana passou a gastar demais, comprando presentes para todos: “aquela euforia estava voltando, eu não tinha controle sobre ela, e nem queria, era divino estar de novo feliz”¹⁸³.

Desta vez, o marido optou pelo tratamento “espiritual”, pois a internação naquele hospital psiquiátrico, que lhe custara o equivalente a um carro, não foi resolutive. Ele levou Mariana para igrejas católicas, evangélicas, budistas etc. E foi convencido por uma mãe de santo de que sua esposa nunca melhoraria se não desenvolvesse seu “lado espiritual”. Então ele a levou para a cerimônia de “saída de santo”:

Passei quinze dias em um quatinho pequeno dormindo no chão, toda de branco e com a cabeça raspada, para aguardar a cerimônia de saída de santo. Foram muitas roupas confeccionadas, pois eram sete santos diferentes com suas vestimentas e pedrarias, colares, pulseiras, enfim. Eu não estava em condições nem de avaliar o que estava acontecendo, apenas me sentia bonita vestida naqueles vestidos rodados e lindos.¹⁸⁴

Segundo Teixeira, no candomblé, inúmeros fatores podem desencadear “sintomas” ou “doenças”, que são entendidos como “desequilíbrios”: a ação de uma divindade sobre alguém “escolhido” para a “iniciação”; a atuação de uma divindade sobre uma pessoa já iniciada, mas negligente com suas obrigações; a “contaminação” por “Eguns” (espíritos dos mortos), entre outros. A explicação atribuída à doença do indivíduo vai variar em função da gravidade do problema e de sua trajetória de vida. E se a doença não melhora com os procedimentos usuais, é necessário procurar um “pai” ou “mãe de santo”. Assim, para atingir esse “equilíbrio”, ou a “cura” da doença, a pessoa deve passar por um “processo individual” em que se inicia e se insere numa comunidade:

É através desse processo, cujo cumprimento pode ser parcial ou integral, que o corpo-pessoa recebe Axé, não só de quem o iniciou (Pai ou Mãe-de-

¹⁸³ Depoimento Mariana, 2014.

¹⁸⁴ CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado. op. cit.*, p.17.

Santo), mas do conjunto dos participantes da comunidade escolhida. A aquisição da energia vital é alcançada pela ação dos sacerdotes e de seus auxiliares, e pelo próprio indivíduo, na constante vivência participativa em diversos momentos litúrgicos e no cotidiano dos Terreiros¹⁸⁵.

Teixeira investigou o caso de várias pessoas que se “curaram” da loucura nesse processo. Mas não foi o caso de Mariana, aliás, ela não continuou frequentando a comunidade, nem a seguir seus ritos. E a cerimônia de iniciação parece ter acentuado o seu estado de “euforia”: “A euforia estava cada dia pior, eu não dormia mais. Passava mais de dez dias andando de um lado para o outro”¹⁸⁶.

Sua “euforia” se elevou ainda mais ao receber um convite de sua mãe de santo para passar férias em Rondônia, na casa de alguns familiares. Naquele mesmo mês ela havia trocado de carro, então, seguiram para a estrada, de carro novo:

Muitas vezes eu não sabia onde começava a estrada, passava em caminhos de terra, buraco, nem sei como cheguei. Quando cheguei, eu já me entrosei com várias pessoas. Passava o dia todo andando pela cidade de carro, pensavam que eu era rica. Imagina uma cidade pequena com uma visitante que distribuía dinheiro, pagava as contas. Um dia, estava em uma roda onde cada um dizia qual era seu sonho e eu tentava de alguma forma realizar (...). Um cara que eu nem conhecia disse que seu maior sonho era ter um carro, todos olharam para mim, esperando eu dizer que aquele sonho era impossível de eu poder realizar. Mas para mim, naquele momento nada tinha valor, nenhum bem material era mais importante que um sonho, tudo era possível.¹⁸⁷

Mariana assinou os documentos referentes à transferência e deu ao homem o carro de presente. Quando a mãe de santo a encontrou, chamou sua atenção, perguntando se ela estava louca, preocupada em como retornariam para São Paulo e em qual seria a reação de sua família. O carro foi recuperado através da ajuda de um sobrinho de sua mãe de santo, que era policial.

Ao retornar para Santo André, a mãe de santo explicou tudo ao marido de Mariana, que desabafou: “agora a senhora acredita que a Mariana não está em seu perfeito juízo, não dá para conviver com ela sem perder a paciência, o humor, sem querer matá-la só um pouquinho”¹⁸⁸.

¹⁸⁵ TEIXEIRA, Maria Lina Leão. *Encruzilhada do ser: representações da (lou)cura em terreiros de candomblé*. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1994.

¹⁸⁶ CORDEIRO, M. D. *Trajetória da loucura: a importância do cuidado*. *op. cit.*, p. 17.

¹⁸⁷ *Ibidem*, p. 17-18.

¹⁸⁸ *Ibidem*, p. 18.

Mariana não conseguia ficar em casa, saía a pé, andava de barzinho em barzinho, seu dinheiro já tinha acabado, mas sua família não conseguia segurá-la. Viajou novamente, só que desta vez para a Baixada Santista, com uma amiga. Mariana ficou andando na praia, passou noites em claro, fez novas amizades, ajudou na barraca de camarão. Passou mais de um mês sem dar notícias à família. Até que um dia, foi reconhecida por um bombeiro. E da praia, foi direto para um hospital psiquiátrico, só que desta vez sem tanto luxo. Tratava-se do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes. Foi internada com alguns cintos pendurados nos ombros, dizendo que seu nome era Joana D'arc:

Eu acreditava mesmo no que dizia. Eu pulava, atirava, matava e morria. E gritava que um dia viria cobrar quem me devia. Eu entrava e saía da sala de terapia juntamente com o psiquiatra, e ele me perguntava o meu nome, e eu repetia: Joana D'arc.¹⁸⁹

Nesse hospital, Mariana dormia num quarto com mais seis pessoas, dentro de um pavilhão fechado, onde tinha que andar agarrada à sua “sacolinha” de pertences, do contrário as pessoas mexiam e usavam seus objetos de higiene pessoal. Como na internação anterior, ela recebeu forte medicação, então sentia dificuldades para se locomover e falar.

O Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes é uma instituição espírita fundada em 1968, no município de São Bernardo do Campo¹⁹⁰. O padrão de qualidade não é o mesmo da Fundação Espírita Américo Bairral, mas era considerada uma boa clínica, pois atendia apenas pessoas que tinham convênio médico ou que podiam pagar por internações particulares. Mariana foi internada através do convênio médico do marido.

Também nesse hospital, ela só poderia receber visitas depois de quinze dias da admissão, e o momento da espera era tenso:

No dia escolhido por eles para o dia de visitas, formavam-se filas, um enfermeiro chamava nome por nome e as pessoas que recebiam a visita de seus familiares, quando chamadas, iam para outra fila, aguardar o portão abrir. O coração parecia que ia sair pela boca, o medo de não ter ninguém para nos visitar era pior do que as portas que se fechavam, os barulhos das chaves rodando (...). Mas quando eu escutei o meu nome, corri, senti um nó na garganta, um aperto no coração, quando a porta se abriu vi o sol brilhando na minha frente, percebi que minha mãe estava de pé, bem na frente¹⁹¹.

Ao receber os pais, Mariana se emocionou muito, conversou com eles, mas não quis preocupá-los. Depois que eles foram embora ela foi para seu quarto e escreveu o que estava

¹⁸⁹ *Ibidem*, p. 21.

¹⁹⁰ LUZ. *Ruptura na história da psiquiatria no Brasil. op.cit.*, p. 100.

¹⁹¹ CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado. op. cit.*, p. 21.

sentindo: “eu registrava tudo, era uma maneira de permanecer lúcida, viva, escrevia sempre, todos os dias, como tinha sido meu dia”¹⁹². Além de escrever, Mariana começou a realizar alguns trabalhos dentro do hospital, como ajudar a cuidar dos outros pacientes, varrer a estrada de entrada do prédio ou lavar pratos e panelas. Em troca ela ganhava doces das cozinheiras e liberdade para sair do pavilhão. Hoje, sendo uma militante do movimento da luta antimanicomial, Mariana interpreta essa situação como uma maneira de os hospitais “usarem a mão de obra dos usuários”¹⁹³ para economizar em despesas com recursos humanos.

A mesma situação foi chamada de “ajustamentos secundários” por Goffman e descrita como maneiras que os internos têm de saírem do “papel” que lhes foi imposto pela instituição e obter vantagens oficialmente não permitidas. Os ajustamentos secundários acabavam sendo vantajosos para a própria instituição, pois induziam o interno a se adaptar, evitando ajustamentos que poderiam ser “perturbadores”, destrutivos à organização. No hospital estudado por Goffman, receber uma “tarefa ‘explorável’” era um dos meios mais eficazes que os internos tinham para obter “um conjunto completo de tais ajustamentos”¹⁹⁴. Esperando obter vantagens, os internos aceitavam executar trabalhos, além de motivarem-se a participar de grupos terapêuticos ou recreativos que não lhe interessavam. Poderiam obter uma série de vantagens, como “alimento extra”, “roupas limpas”, manter contato com pessoas do outro sexo, entre outras. Mas “uma das razões mais gerais para aceitar uma tarefa era afastar-se da enfermaria e do nível de controle de supervisão e desconforto físico aí existentes”¹⁹⁵. Para Mariana, a liberdade de sair do pavilhão também era a melhor vantagem, pois nesses momentos ela podia “respirar um pouco”¹⁹⁶. Segundo Goffman, os ajustamentos secundários dão aos internos a sensação de que ainda são seres “autônomos”, de que podem ter algum domínio sobre o lugar onde estão: “um ajustamento secundário se torna quase uma forma de abrigo para o eu”¹⁹⁷. Era essa a sensação de Mariana ao realizar suas tarefas.

No entanto, ao sair do papel de “paciente” em certa ocasião, Mariana acabou se prejudicando. Ela interviu em uma briga entre duas mulheres, pois uma delas já estava bem machucada. A enfermeira havia saído para chamar o “grupo de oito”, formado por oito internos do pavilhão de dependentes químicos, para separar as internas. Na confusão, tanto a enfermeira quanto os oito homens pensaram que Mariana estava envolvida na briga, então ela

¹⁹² *Ibidem*.

¹⁹³ Depoimento Mariana, 2014.

¹⁹⁴ GOFFMAN. *Manicômios, prisões e conventos*. op. cit. p. 182.

¹⁹⁵ *Ibidem*.

¹⁹⁶ Depoimento Mariana, 2014.

¹⁹⁷ GOFFMAN. *Manicômios, prisões e conventos*. op.cit. p. 54.

também foi contida. Mariana ficou num quarto escuro durante duas horas e depois foi amarrada num leito, recebendo a aplicação de uma injeção, um “sossega leão”. A contenção geralmente é descrita como uma experiência muito ruim pelos internos de hospitais psiquiátricos, e no caso de Mariana, ela se sentiu “humilhada” também por sua condição de ser mulher sendo submetida à força pelos próprios internos:

A humilhação foi grande quando senti a mão daqueles homens passando pelas minhas pernas, abrindo-as e vendo minhas calcinhas. Separaram as minhas mãos e pernas, amarraram como um Cristo na cama, com tanta violência que decidi me levar, pois eu não tinha forças para lutar.¹⁹⁸

A contenção durou uma noite e a alta dose de remédios a deixou delirante. Além disso, no dia seguinte, Mariana acordou suja e com feridas, pois havia urinado e defecado no leito e suas amarras estavam bem apertadas. Ela ficou dias sem sair do seu pavilhão, até porque não queria ser reconhecida pelos oito internos do pavilhão dos dependentes químicos.

Mariana relata que engordou dez quilos nesses dois meses de internação: “A fome que sentia era tanta, e não era só eu, todos que estavam internados ali comiam muito, quando as famílias vinham visitar seus parentes ficavam contentes achando que estavam gordinhos, e isso era sinal de saúde, grande engano”¹⁹⁹. A mesma experiência foi descrita por Bueno: quando seus pais foram visitá-lo, notaram que ele havia “engordado”, estava “corado”, por isso acreditaram que a internação estava fazendo bem à sua saúde²⁰⁰.

Apesar de ser mais simples que a anterior, essa clínica lhe forneceu informações sobre sua doença:

Me disseram que eu tinha uma doença chamada Psicose Maníaco Depressiva (PMD), explicaram todos os sintomas e como cuidar. Explicaram que era genético e que em mulheres, na maioria das vezes, desencadeava os sintomas após os trinta anos. Disseram que eu precisava tomar um remédio chamado carbolitium, que ele era um sal que eu não tinha no meu sangue. Também, era preciso fazer terapia, pois o emocional é o grande fator desencadeador desta doença²⁰¹.

Após essa segunda crise seu casamento acabou: “Na segunda crise ele falou: ‘devolvo’ (...), é como uma geladeira quebrada, né? Venceu a garantia. Devolveu para o meu pai. E aí [na casa do pai] eu passei muitos anos”²⁰².

¹⁹⁸ CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado. op. cit.*, p. 25.

¹⁹⁹ *Ibidem*, p. 22-23.

²⁰⁰ BUENO, Austragésilo Carrano. *Canto dos Malditos*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

²⁰¹ Depoimento Mariana, 2014.

²⁰² *Ibidem*.

2.1.4. “Uma vida renasce enquanto outra se finda”

Durante anos Mariana viveu esse ciclo: no final do ano, em crises de euforia, era internada no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes. E depois de ficar internada por períodos que variavam de um a três meses, ela voltava para a casa dos pais, onde suportaria longos meses de depressão.

Os vizinhos e amigos não sabiam que ela havia voltado a morar com os pais, pois Mariana permanecia meses sem sair do quarto, com as janelas fechadas. Se chegassem visitas, ela não permitia que os pais revelassem onde ela estava. Muitas vezes ela se escondia embaixo da cama, e os pais eram obrigados a “cutucá-la” com a vassoura para obrigá-la a sair e tomar banho.

Por mais terrível que fosse para os pais vê-la naquela situação, acreditavam que em casa ela estava segura, protegida. Já nos períodos de euforia, Mariana não tinha controle, perambulava pelas ruas por vários dias, exposta a todo tipo de riscos. Mas os pais não imaginavam que durante a depressão haveria esse outro grande risco: do suicídio. Eram momentos de muito sofrimento. Ao dar a entrevista, Mariana fechou o punho da mão direita e bateu no lado esquerdo do peito, na direção do ombro. Disse que esse ponto ficava roxo de tanto ela bater, na tentativa de parar de sentir a dor em seu coração.

Ela sempre pensava em suicídio. Há algum tempo, com esse intuito, comprara veneno de rato. Mas sempre pensava em Deus, sua mãe era muito religiosa e deixara uma bíblia em seu quarto. Mariana leu a bíblia inteira. Além disso, lia diversos livros, de autores nacionais e estrangeiros. Um dia os livros acabaram e ela pensou: “Não tem mais nada para eu fazer, não tem porque eu ficar aqui”. Com o veneno de rato em uma das mãos e a bíblia na outra, ficou horas pensando, entre duas vozes: uma que dizia para tomá-lo e outra que dizia que ela era filha de Deus. Por fim, ela jogou o veneno no vaso sanitário e se agarrou à bíblia. Mariana disse que a bíblia “pesou mais forte” porque já a tinha lido, e acreditava que se cometesse suicídio iria para o inferno.

Segundo estudos levantados por Nery (Toolan, 1974 e Cassorla, 1994), 50% dos suicídios podem ser considerados acidentais, pois o suicida geralmente vive esse “dilema”, entre cometer o suicídio ou não, assim como Mariana. João-de-Barro, nome fictício dado por Dalmolin a um sujeito que é atendido pelos serviços de saúde mental da região sul do país, também relata esse momento de dúvida, quando ele estava quase cortando os pulsos com um machadinho, mas foi interrompido pela mãe: “Tem um lado que quer viver e outro que

não”²⁰³. No caso de Mariana, o que a influenciou a não se suicidar foi sua religiosidade. De acordo com Nery, há várias etapas que constituem o comportamento suicida, desde a ideação até o ato em si, e a religiosidade pode ser um dos fatores que interrompem o seu desenvolvimento: “A religião é considerada por muitos como um importante fator de proteção contra o comportamento suicida, por ser um sistema de crenças que pode oferecer um maior sentido à vida e apoio social”²⁰⁴.

E depois que passa a crise, “muitas pessoas continuam com um ‘vazio sem fundo’, expresso pela apatia, pela robotização, pelo bloqueio”²⁰⁵, como aconteceu muitas vezes com Mariana. Mas dessa vez foi diferente, ao decidir não se suicidar, ela ficou pensando no que iria fazer, então tomou a atitude de sair do quarto.

Eu tomei banho, abri uma frestinha de janela, limpei o meu quarto. E aí saí lá fora [na sala]. Aí eu ficava olhando pelo olho mágico [do apartamento] quem passava, quem entrava. Um dia eu abri a porta e fiquei olhando com a porta aberta. Então foi uma maneira de eu começar a forçar a dar um passo à frente.²⁰⁶

Mariana comprou uma banca de jornal em frente ao condomínio onde morava e passou a acordar todos os dias às quatro horas da manhã para trabalhar. Nessa mesma época, sua mãe ficou doente, então ela revezava com o pai os cuidados: dar banho, preparar a alimentação, arrumar a casa. Mas ela não se sentia bem nem para cuidar de si mesma, que dirá da mãe, que “definhava por fora” enquanto ela “definhava por dentro”. Mariana se desentendeu com o pai e passou um tempo morando na casa de amigos. Naquele ano, Mariana foi internada novamente. Pouco tempo depois, sua mãe faleceu. E para expressar os sentimentos que a tocavam nessa época, Mariana escreveu o seguinte poema:

Apenas um gesto, um resto
Absorverá o que um dia nascerá
Então uma lágrima cairá e se misturará
Na emoção de um abraço, de rostos molhados
Uma vida renasce enquanto outra se finda²⁰⁷

²⁰³ Depoimento de João-de-Barro. In: DALMOLIN, *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 64.

²⁰⁴ NERY, Luciene de Jesus. *O comportamento suicida e a religiosidade: revisão sistemática de literatura*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia. Rio de Janeiro: UERJ, 2013.

²⁰⁵ DALMOLIN, *Esperança equilibrada. op.cit.*, p. 64.

²⁰⁶ Depoimento Mariana, 2014.

²⁰⁷ CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado. op. cit.*, p. 27.

Segundo Mariana, o poema reflete a saudade que sentia da mãe e o reencontro com o pai, que a convidara para voltar para casa. Juntos, eles se consolavam. Abre ainda a perspectiva de um renascimento, tão desejado por Mariana.

Nos anos que se seguiram, o humor de Mariana continuava oscilando, entre longos meses de depressão e poucos meses de euforia, que era logo controlada com as internações psiquiátricas. Num dos períodos em depressão, Mariana vendeu a banca de jornal. E nos períodos de euforia, desentendia-se com o pai: “Havia uma irritabilidade com as pessoas que eu mais amava, principalmente com meu pai”²⁰⁸. Ainda assim, Mariana buscava saídas. Lia livros, revistas, jornais. Procurou explicações através da religião: “Buscava entender a bíblia, achar uma resposta, a religião ficava muito aflorada, eu procurava Deus em todas as religiões”²⁰⁹. Mariana tentou resgatar contatos do antigo trabalho também. Enviou uma carta ao ex-chefe, supervisor regional do banco, contando-lhe tudo o que acontecera nos últimos sete anos.

Enquanto Mariana seguia para suas últimas internações psiquiátricas no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, Rogério era internado pela primeira vez, em 1998, no mesmo município, só que em leitos públicos.

2.2. As internações de Rogério em hospitais psiquiátricos

Rogério não lembra ao certo do momento de admissão nos hospitais, pois chegava sempre “muito louco”²¹⁰ de ambulância. Mas sabe por relato dos seus médicos e terapeutas que antes ele ia para a emergência do Hospital de Clínicas Radamés Nardini, conhecido como Hospital Nardini, hospital geral público do município de Mauá, e depois era encaminhado para hospitais psiquiátricos públicos ou privados conveniados ao SUS que tinham vaga. Ao todo, foram 15 internações em hospitais psiquiátricos: 10 na Clínica Psiquiátrica São Bernardo do Campo, que hoje se chama Hospital Psiquiátrico Lacan; 3 na Clínica Psiquiátrica Borda do Campo, em Santo André; 1 na Clínica Psiquiátrica Charcot, em São Paulo, e 1 no Hospital Cantídio de Moura Campos, em Botucatu.

²⁰⁸ *Ibidem*, p. 28.

²⁰⁹ *Ibidem*.

²¹⁰ Depoimento Rogério, 2014.

2.2.1. As impressões de Rogério sobre sua primeira internação em um hospital psiquiátrico

Sua primeira internação foi em 1998, quando chegou de ambulância na emergência psiquiátrica do Hospital Nardini e foi transferido para a Clínica Psiquiátrica São Bernardo do Campo, uma instituição privada conveniada ao SUS. Diferente das clínicas em que Mariana ficou internada, as condições oferecidas neste hospital eram bem precárias:

No Lacan era muito estranho, né... Tinha aquelas pessoas se arrastando no chão, todo pelado, cagado, cama sem lençol, só com aquele colchão fino de plástico; aqueles outros que trocavam o pãozinho, o único pão da manhã por um cigarro; aqueles que chegavam ruim lá, a enfermeira, né, em vez... Também, ser enfermeira lá é ruim, porque é um pavilhão com quarenta ou cinquenta pessoas e uma enfermeira ou um enfermeiro para cuidar de todo mundo, né? E de noite lá esses enfermeiros dormiam e que se dane o que acontecesse lá dentro.²¹¹

Mas se precisasse ser internado quatro anos antes, sua experiência poderia ter sido pior. Ficaria no hospital psiquiátrico de seu próprio município, Mauá, o Centro Comunitário São Marcos. Esse hospital foi fechado em 1994, após uma série de denúncias, começando pelo caso do portuário João Gomes Pereira, que desapareceu no seu segundo dia de internação. Ele havia sido internado no dia 12 de novembro de 1992, em uma vaga do convênio com o Sindicato dos Operários Portuários. O Centro Comunitário São Marcos alegou que ele havia sido transferido para o hospital geral do município e fugiu²¹². Sua esposa não acreditou nessa versão, pois ele mesmo havia tomado a decisão de se internar para tratar o alcoolismo, além disso, era muito ligado à filha e se fugisse provavelmente voltaria para vê-la²¹³. Outras duas famílias também denunciavam maus-tratos no hospital, como o caso de José Wilson Pereira Diniz, também portuário, que desapareceu por vários meses e foi encontrado no Hospital do Tatuapé com lesões no crânio e sinais de espancamento e o de Joaquim Alves da Silva Neto, que teve que amputar o antebraço após sofrer lesões²¹⁴. Esses familiares e ex-internos tornaram públicos os seus casos e lutaram por investigações, pela punição dos responsáveis e, no caso da esposa de João Gomes Pereira, por reencontrá-lo²¹⁵.

²¹¹ *Ibidem*.

²¹² A TRIBUNA. Família sofre longo drama. Santos, 10 de julho de 1994. In: MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

²¹³ FOLHA DE SÃO PAULO. Mulher ainda procura o marido. São Paulo, 06 de julho de 1994. In: *Ibidem*.

²¹⁴ DIÁRIO DO GRANDE ABC. Família procura paciente desaparecido. 22 de junho de 1994. In: *Ibidem*.

²¹⁵ MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

A Delegacia Geral de Polícia de São Paulo abriu inquérito, assim como as Câmaras dos Vereadores de Mauá e de Santos, e, mais tarde, a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, que instalaram Comissões Especiais de Inquérito. Em janeiro de 1994, as denúncias foram levadas ao Movimento SOS Saúde Mental²¹⁶ e, a partir daí, os casos começaram a ser divulgados na mídia²¹⁷. Quando começaram as repercussões sobre as notícias, em janeiro de 1994, o Centro Comunitário São Marcos solicitou o descredenciamento ao SUS, passando a atender somente internações particulares²¹⁸. Então vieram a público outros casos, que juntos somavam denúncias sobre 40 mortes, 31 pessoas desaparecidas e ao menos 15 mutilações²¹⁹. Em junho de 1994, um ex-interno declarou ao Ministério Público que ajudou a enterrar quatro corpos em uma área nos fundos da clínica²²⁰. Ele pertencia a um grupo de pacientes nomeados pelo hospital para realizar algumas tarefas como “terapia”, esse grupo andava com crachás, por isso eram assim apelidados. Segundo as enfermeiras que prestaram depoimento, os “crachás” trabalhavam na enfermagem e na disciplina dos pacientes²²¹. A psicóloga da instituição declarou que “o sistema crachá visa à reinserção do paciente à sociedade, atribuindo-lhe tarefas”²²². Segundo o ex-interno, muitos pacientes ficavam à mercê dos “cuidados e humores dos crachás”²²³, podendo sofrer agressões até a morte, isso é o que teria ocorrido com João Gomes Pereira.

No dia 21 de julho de 1994, representantes das entidades: SOS Saúde Mental, Comissão Teotônio Vilela, Fórum Estadual de Entidades Negras de São Paulo, Núcleo de Estudos de Violência da USP, Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Regional de Medicina e Câmaras Municipais de Mauá e de Santos, realizaram uma vistoria no hospital. Em seguida, solicitaram ao Ministério Público sua interdição até que as investigações se encerrassem, pois o proprietário estaria realizando obras nos locais apontados pelas

²¹⁶ O Movimento SOS Saúde Mental era uma organização de São Paulo, que atuava em defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais e pelo fim dos manicômios.

²¹⁷ O levantamento produzido pelo Movimento SOS Saúde Mental reúne 31 reportagens veiculadas de junho a julho de 1994 e 2 reportagens de abril a maio de 1995, nos jornais: Diário do Grande ABC, A Tribuna (de Santos), Diário Popular, Polícia sem Censura, Folha da Tarde, Notícias Populares, Jornal do CREMESP, O Estado de São Paulo e Folha de São Paulo, além da Revista Isto É.

²¹⁸ FOLHA DE SÃO PAULO. ‘Ex-paciente inventou tudo’, diz advogado. São Paulo, 6 de janeiro de 1994. In: MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. *Ibidem*.

²¹⁹ DIÁRIO POPULAR. Deputados discutem a violência com Covas. São Paulo, 23 de maio de 1995. In: *Ibidem*.

²²⁰ FOLHA DE SÃO PAULO. Manicômio registra 20 desaparecimentos. São Paulo, 14 de julho de 1994. In: *Ibidem*.

²²¹ Idem. MP investiga mortes em manicômio. São Paulo, 06 de julho de 1994. In: *Ibidem*.

²²² ISTO É. A roda da loucura. 19 a 25 de junho de 1994. In: *Ibidem*.

²²³ *Ibidem*.

testemunhas onde os corpos teriam sido enterrados²²⁴. No dia seguinte, o proprietário informou que fecharia o hospital “para reformas”. O hospital está fechado até hoje. Por isso, em 1998, Rogério não pôde ser internado nesse lugar, foi encaminhado para um hospital psiquiátrico do município vizinho, a Clínica Psiquiátrica de São Bernardo do Campo.

Denúncias como essas estavam aparecendo contra vários hospitais psiquiátricos, estimuladas pelo movimento da reforma psiquiátrica, que se difundia por todo o país. No estado de São Paulo, em função das denúncias contra o Centro Comunitário São Marcos de Mauá e outros três hospitais psiquiátricos da capital e interior, a Assembleia Legislativa abriu, em 1996, uma Comissão Parlamentar de Inquérito que realizou vistorias, colheu depoimentos e propôs soluções. Entregou o relatório ao Ministério Público, para que este investigasse as denúncias sobre maus-tratos, torturas e mortes. Propôs ao poder público estadual o cumprimento do Código de Saúde do Estado de SP, Lei Complementar 791/1995, e demais legislações sobre a saúde mental, bem como a instalação imediata da Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica, prevista no código citado, que estaria ligada ao Conselho Estadual de Saúde, com a função de fiscalizar e acompanhar as políticas de saúde mental no estado²²⁵.

De acordo com Tenório, a partir de 1991 o Ministério da Saúde passou a realocar os recursos da área da saúde mental, no intuito de priorizar “a remuneração do atendimento alternativo à internação (especialmente os serviços-dia) e apoiando a substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral”²²⁶. Ao mesmo tempo, instituiu “regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos públicos e contratados”²²⁷. A portaria 189 de 1991 instituiu os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), criando possibilidades de remunerá-los. A portaria 224, de 1992, aprimorou a regulamentação acerca desses serviços, além de dividir o atendimento em dois grandes grupos: o ambulatorial e o hospitalar.

Para Mângia, a portaria 224 “desempenhou o papel mais importante no processo”²²⁸, pois estipulava regras para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, além dos demais serviços. De acordo com essas novas regras, os hospitais deveriam atender a requisitos

²²⁴ DIÁRIO POPULAR. Justiça recebe pedido para interditar hospital de Mauá. São Paulo, 22 de julho de 1994. In: Idem. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. *op. cit.*

²²⁵ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito instituída com a finalidade de investigar e propor soluções no que concerne aos manicômios do Estado de São Paulo. In: DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Poder Legislativo, São Paulo, 107 (102), 4 de junho de 1997, p. 10-15.

²²⁶ TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan.-abr.2002, p. 41.

²²⁷ *Ibidem.*

²²⁸ MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo. *op. cit.*, p. 85.

mínimos de estrutura, equipe técnica, além de serem obrigados a desativar os “quartos fortes”, do contrário seriam descredenciados. Em 1993, com o objetivo de fiscalizar essas normas, o Ministério da Saúde formou o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, iniciando um processo de vistorias que resultou no descredenciamento de vários hospitais psiquiátricos. Segundo Tenório, o resultado dessa política nos primeiros 5 anos, foi o fechamento de 57 hospitais psiquiátricos, em todo o Brasil, e destes 48 eram privados. Nos anos 1990, foram fechados 4 dos 7 hospitais psiquiátricos privados existentes na região do Grande ABC.

Mângia analisou os relatórios das vistorias realizadas no interior do estado de São Paulo, onde concluiu que a maioria dessas instituições estava longe de atender o que as normas estaduais e federais exigiam:

Eram asilos que em sua maioria apresentavam condições mínimas de habitabilidade, pois faltavam camas, colchões, lençóis, travesseiros, cobertores, roupas para uso pessoal, materiais para higiene pessoal, toalhas, armários, espelhos, etc. Mantinham instalações sanitárias precaríssimas, muitas vezes coletivas, com falta de higiene e privacidade pois, a maioria não dispunha sequer de portas em sanitários e box de chuveiros²²⁹.

Os hospitais que continuaram em funcionamento foram obrigados a melhorar sua estrutura. No entanto, para Mângia, a avaliação dependia também da equipe designada para a vistoria, pois ela analisou relatórios referentes a um mesmo hospital com descrições muito diferentes, o que leva a crer que alguns foram credenciados mesmo sem atender aos requisitos. A Clínica Psiquiátrica de São Bernardo do Campo, onde Rogério ficou internado pela primeira vez, apesar das condições precárias que ele descreveu, não foi desativado.

Em 1998, em sua primeira internação, Rogério ficou amarrado na cama, segundo ele relata, porque chegou agressivo. Ele disse não se lembra, mas que seu médico lhe contou que quando a ambulância avisava que ele ia dar entrada no pronto socorro, a equipe se preparava para contê-lo: “Preparem as amarras que o M[sobrenome de Rogério] vem aí”²³⁰.

Liberto das amarras, Rogério aprendeu com os outros internos que ele sempre deveria dizer “que dia é hoje” ao psiquiatra, para demonstrar que ele já estaria bem. Certo dia, depois de dizer seu nome e “que dia é hoje”, o psiquiatra lhe perguntou se via vultos ou ouvia vozes. Na esperança de receber algum medicamento que lhe desse prazer, respondeu que sim. Mas

²²⁹*Ibidem*, p. 217.

²³⁰ Depoimento Rogério, 2014.

lhe foi ministrado o haloperidol²³¹, um antipsicótico que segundo Rogério, o deixou impregnado.

Rogério geralmente ficava internado no pavilhão 5. Às vezes, quando precisava ser contido e não havia leitos, ele ia para outros pavilhões. Em sua opinião, o pavilhão 5 parecia ser o melhor, pois, como era o dos dependentes químicos, havia certo “respeito” entre os internos. O pavilhão era dividido em quartos com oito camas, o banheiro coletivo e uma enfermaria que sempre ficava trancada, com um enfermeiro lá dentro. De acordo com Rogério, o pavilhão comportava aproximadamente 40 pacientes, que ficavam “sedados”, “amarrados” ou andando de um lado a outro, procurando cigarro.

Os internos do pavilhão 5 frequentemente eram chamados para outros pavilhões, para ajudar as enfermeiras a conterem algum paciente agitado. Isso era comum nos hospitais psiquiátricos. Lembremo-nos de Mariana, quando internada no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, que também foi contida por internos dependentes químicos. Essa situação também foi descrita em denúncias sobre o Centro Comunitário São Marcos, em Mauá. Os internos que realizavam essas tarefas eram chamados de “crachás” e, de acordo com as denúncias levadas ao Ministério Público, como resultado desse procedimento alguns pacientes chegaram a óbito²³².

Na instituição onde Rogério estava internado, eles não seguiam técnica alguma de contenção: “iam lá e estouravam o cara na porrada, não tinham dó não, muitas vezes já vi os caras fazerem isso aí”²³³. Rogério testemunhou a cena, mas não interveio, com medo de ser agredido. Nota-se que os sujeitos não são iguais e que as relações de poder não se fixam na oposição médicos versus internos, mas também entre os próprios internos.

²³¹ O haloperidol é “um agente antipsicótico indicado no tratamento de diversas doenças, incluindo esquizofrenia, mania, distúrbios comportamentais, síndrome de Tourette e crises de ansiedade grave” (MARGONATO, BONETTI, NISHIYAMA; 2004, p. 81). Segundo os autores, a literatura descreve efeitos indesejáveis pelo uso desse fármaco, tais como: a sedação, a hipotensão e com bastante frequência os efeitos extrapiramidais, que se referem a dificuldades motoras, como por exemplo, os movimentos repetitivos involuntários.

²³² MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre as violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos em Mauá – SP. São Paulo, 1994.

²³³ *Ibidem*.

2.2.2. As idas e vindas das internações

No dia da visita, seus pais ficavam tão comovidos com o que viam que várias vezes assinaram sua “alta forçada”²³⁴. Rogério, apesar de se comover com a situação dos outros internos, não acha que sofreu lá dentro, provavelmente por ter encontrado meios de sobreviver no lugar sem tanto sofrimento. Além disso, Rogério acreditava ter sido responsável por estar lá, pois ele é quem procurava as drogas:

Eu estava lá por mérito daquilo que procurei: ficar drogado e tudo. Agora, ver os outros que ficavam lá por 10, 20 ou 30 anos todo impregnado de remédio, cagado, mijado, quando era dia de visita, só apareciam na grade e ficavam pendurados com os braços para fora pedindo café, cigarro, nossa! Meu pai e minha mãe até choravam quando viam aquilo lá. Até parecia, e talvez pareça até hoje mais um campo de concentração aquele lugar.²³⁵

E depois da alta, Rogério voltava para casa e usava o crack novamente, abusava do álcool e retornava à emergência psiquiátrica do Hospital Nardini, repetindo o ciclo. No entanto, algumas vezes ele era encaminhado para outros hospitais psiquiátricos públicos, como a Clínica Psiquiátrica Borda do Campo em Santo André, que foi para ele mais tranquilo, pois lá ganhou a função de guarda:

Bom, com o Borda do Campo era legal, porque eu acho que eu estava numa boa fase lá e comecei até a trabalhar na guarita, de vigia. Fiquei como segurança lá do pátio. Para não deixar ninguém fugir, né? Mas tinha um muro lá, eu vi os caras subindo e eu vi os caras pulando, você acha que eu ia caguetar? Aí eu ficava pensando "Bom se eles saírem por ali também dá para mim. Se eu falar agora eles vão tampar o muro, né? E se eu quiser fugir eu vou me ferrar, então deixa quieto, falo que ele sumiu, ninguém liga. Se um dia eu precisar, está lá para eu fugir".²³⁶

De acordo com Mângia, é possível encontrar entre os internos dos hospitais psiquiátricos vários tipos de pessoas: “os psicóticos agudos”, “os alcoolistas”, “os dependentes químicos”, “os agitados”, “os crônicos”, “os moradores”, “os mais independentes”, entre outros. Rogério parece ter sido um dos “agitados” em algumas internações, pois ficava “restrito no leito”. Mas em outras, como ele descreve, durante sua estada na Clínica Psiquiátrica Borda do Campo em Santo André, parece ter sido um dos “mais independentes”, pois chegou a trabalhar como vigia numa guarita. Segundo a autora, em

²³⁴ “Alta forçada” é como Rogério denomina a alta não recomendada pelo médico, dada a pedido dos pais ou responsáveis, mediante a assinatura de um termo de responsabilidade.

²³⁵ Depoimento Rogério, 2014.

²³⁶ *Ibidem*.

inúmeros relatórios aparece a situação de internos que prestam serviços para a própria instituição, exercendo a função de cozinheiros, faxineiros, cuidadores e até organizadores de atividades. Essa situação se repete em vários hospitais psiquiátricos, mas de modos diferenciados, como já foi mencionado.

Rogério parecia sair dos hospitais psiquiátricos com relativa facilidade. Ora encontrando rotas de fuga, ora suplicando aos pais que assinassem sua “alta forçada”. Certo dia, ele mesmo decidiu fugir dali para usar drogas. Pulou o muro e, na rua, como não tinha dinheiro, entrou no ônibus e explicou ao motorista que havia fugido do “Borda do Campo”, o “manicômio”. Para sua surpresa, um policial que estava ao lado, ouvindo tudo, mostrou a credencial ao motorista para que deixasse Rogério passar a roleta. Assim, ele voltou para casa.

Em outra internação, de madrugada, para forçar sua saída do Centro Psiquiátrico de São Bernardo do Campo, ele trocou seu maço de cigarros por um isqueiro e ateou fogo nos colchões de seu quarto. Depois ele ajudou a apagar o fogo e a tirar os demais internos do quarto, mas conseguiu o que queria. O hospital ligou para seus pais pedindo para buscá-lo, do contrário o levariam para a delegacia.

Da mesma forma, Austragésilo Carrano Bueno saiu de sua última internação, no Hospital Psiquiátrico San Julian, no interior do Paraná. Bueno já estava num quarto de isolamento há 5 dias, quando uma funcionária da limpeza lhe deu um cigarro e esqueceu com ele a caixa de fósforos. Ele foi colocado no quarto de isolamento porque “aprontou”, ou seja, comandou a quebra dos vidros das janelas de um dos pavilhões. Nesse quarto de isolamento, ateou fogo em um acolchoado. “Foi o meu passaporte para a liberdade. Naquela mesma semana, meus pais me tiraram”²³⁷. Assim se deu a última internação de Bueno e uma das últimas também de Rogério.

Os relatos de Rogério e de Bueno demonstram que os internos dos hospitais psiquiátricos também podem engendrar meios para subverter o que lhes é imposto. Podemos entender esses meios como “táticas” que os sujeitos estabelecem no cotidiano diante dos sistemas de dominação. Segundo Certeau, diferente da “estratégia”, que é “organizada pelo postulado de um poder”²³⁸, a “tática” é gerada pela “ausência de poder”, é a “arte do fraco”:

Ela opera golpe por golpe, lance por lance. Aproveita as “ocasiões” e delas depende, sem base para estocar benefícios, aumentar a propriedade e prever saídas. O que ela ganha não se conserva. Este não lugar lhe permite sem dúvida mobilidade, mas numa docilidade aos azares do tempo, para captar no voo as possibilidades oferecidas por um instante. Tem que utilizar,

²³⁷ BUENO, Austragésilo Carrano. *Canto dos Malditos*. op. cit., p. 126.

²³⁸ CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 95.

vigilante, as falhas que as conjunturas particulares vão abrindo na vigilância do poder proprietário. Aí vai caçar. Cria ali surpresas. Consegue estar onde ninguém espera. É astúcia²³⁹.

E como vimos, Rogério e Bueno inventaram, no cotidiano dos hospitais psiquiátricos, “táticas” para subverter o sistema de dominação ao qual estavam submetidos, conquistando vantagens e até mesmo encontrando rotas de fuga daquelas instituições.

Além dos dois hospitais da região do Grande ABC já mencionados, Rogério guarda lembranças de um hospital no interior de São Paulo chamado Cantídio de Moura Campos, que ele achou “muito bom”, pois havia “oficina de artesanato”, onde ele confeccionou vasos e objetos reaproveitando materiais recicláveis. Segundo Mângia, o Hospital Cantídio de Moura Campos é uma instituição estadual, fundada em 1969, com estrutura para atender 600 internos. De acordo com o relatório de vistoria, em 1993, o estabelecimento dispunha de 270 leitos. O hospital passou por reformas nos banheiros, postos de enfermagem e nos pavilhões, além disso, foram instaladas divisórias nas enfermarias que separavam os leitos de 8 em 8, como se fossem quartos. Além disso, os quartos fortes foram desativados. Na ocasião das vistorias que geraram os relatórios analisados por Mângia, a diretoria ainda planejava continuar as reformas e propor um novo modelo de atendimento, priorizando os “dependentes químicos, psicóticos não moradores, moradores totalmente dependentes e moradores parcialmente dependentes”²⁴⁰. Em 1997, a instituição criou também “pensões protegidas” e “lares abrigados” para seus “moradores”, que à época eram 120 internos, além de criar um hospital-dia e um CAPS para os “psicóticos agudos”. Ao se adequar à portaria 189, de 1991 e à 224 de 1995 do Ministério da Saúde, essa instituição, além de melhorar sua estrutura hospitalar, começava a implantar serviços extra-hospitalares. Algo semelhante ocorreu na década de 2000 com a Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho, onde Natan foi internado, como veremos a seguir.

2.3. A breve internação de Natan em um hospital psiquiátrico filantrópico

A primeira e única internação em hospital psiquiátrico de Natan ocorreu em 2006, na Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho, uma instituição psiquiátrica filantrópica

²³⁹ *Ibidem*, p. 94-95.

²⁴⁰ MÂNGIA. Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo. *op.cit.*, p. 148.

localizada na zona sul do município de São Paulo, em área da represa Guarapiranga. Segundo o histórico da instituição²⁴¹, a casa foi fundada em 1965, com o intuito de prestar assistência ao “doente de transtorno mental”, pela Congregação das Irmãs Hospitaleiras²⁴². Traz na sua página institucional, a informação de que a instituição presta serviços “ambulatoriais”, de “urgência/emergência”, “hospital-dia” e “internações breves”²⁴³.

Ao ver as crises de Natan se intensificando, seu avô materno tomou a atitude de levá-lo a essa clínica, no município de São Paulo. Assim Natan descreve o momento de admissão: “Quando eu cheguei na internação, o médico falou: ‘Eu vou te passar uns remédios, você toma?’ Eu falei: ‘Não, não vou tomar’. ‘Então, você vai ficar aqui, ponto’ [disse o médico]”²⁴⁴. Nessa época, os hospitais psiquiátricos estavam em processo de adaptação à nova legislação brasileira sobre a assistência psiquiátrica, a partir da lei federal 10.216, sancionada em 2001. Segundo essa nova lei, a pessoa portadora de transtorno mental tem o direito de “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”²⁴⁵ e a internação é indicada somente “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”²⁴⁶. A lei determina ainda que a internação psiquiátrica só poderá ocorrer com um “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”²⁴⁷ e pode ser de três tipos:

- I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça²⁴⁸.

No caso de Natan, ocorreu uma internação involuntária, determinada por seu psiquiatra diante de sua discordância em tomar os remédios. A internação de Natan foi “breve”, durou apenas vinte dias. Nos anos 2000 havia um incentivo para a redução do número e do tempo internação em hospitais psiquiátricos. Mesmo antes da aprovação da lei federal nº 10.216, como vimos anteriormente, o Ministério da Saúde já havia instituído

²⁴¹ O histórico das Irmãs Hospitaleiras está disponível em: <http://www.hospitaleirasbrasil.org/index.php?irmas=Nav/Resumo>. Acesso em 15 de janeiro de 2015.

²⁴² A Congregação das Irmãs Hospitaleiras existe desde 1881, foi fundada em Madrid (Espanha) para prestar assistência a “doentes mentais” em situação de “abandono” e “exclusão social”. Sua atuação se estendeu por 27 países da Europa, Ásia, África e América.

²⁴³ Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho. Site institucional: <http://www.hospitaleirasbrasil.org/index.php?irmas=Nav/Caminho>. Acesso em 15 de janeiro de 2015.

²⁴⁴ Depoimento Natan, 2014.

²⁴⁵ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *op.cit.*, p. 17.

²⁴⁶ *Ibidem*, p. 18.

²⁴⁷ *Ibidem*.

²⁴⁸ *Ibidem*.

normas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Mas com o advento dessa nova lei, novas portarias foram publicadas, no sentido de intensificar o processo de reestruturação da assistência.

A portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002: “estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências”²⁴⁹. Tal portaria instituiu o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) e criou nova classificação para os hospitais psiquiátricos, de acordo com o porte e a nota de avaliação. Por exemplo, os hospitais com 20 a 80 leitos e nota de 81 a 100% seriam Classe I, os hospitais com 20 a 80 leitos e nota de 61 a 80% seriam Classe II, e assim por diante. O hospital seria avaliado anualmente, e, caso atingisse a nota de 40 a 60%, teria 90 dias para se adequar. Se não se adequasse após esse prazo, ou se atingisse nota abaixo de 40% na primeira avaliação, o hospital seria descredenciado.

Em 2004, através da Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004, foi instituído o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS, passando a regulamentar a transferência gradativa dos recursos financeiros dos hospitais psiquiátricos para a rede extra-hospitalar, criando incentivos para a redução de leitos, através da remuneração maior àqueles hospitais que fossem de menor porte e melhor avaliados pelo PNASH. Segundo Duarte e Garcia, como resultado desses mecanismos, entre 2002 e 2011, 19 mil leitos em hospitais psiquiátricos foram fechados no Brasil. Quanto ao porte, se em 2002, 24% dos hospitais eram de pequeno porte (até 160 leitos), em 2010 essa porcentagem subiu para 48,67%. Para as autoras, a redução do porte dos hospitais é positiva para melhorar o atendimento, e evitar muitos problemas vistos nos hospitais de grande porte, como: “isolamento, longo tempo de permanência e a baixa qualidade dos serviços prestados”²⁵⁰.

Natan ficou internado na “ala dos convênios”²⁵¹, com aproximadamente 25 internos, homens e mulheres, de diversos diagnósticos. As instalações eram mais confortáveis do que o hospital onde Rogério se internou, pois havia um quarto com um banheiro para cada dois pacientes. De acordo com Natan, a equipe era composta por: 1 freira, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem e 1 psiquiatra que passava na clínica de duas a três vezes por semana, situação muito diferente do pavilhão descrito por Rogério. As roupas de Natan eram

²⁴⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002.

²⁵⁰ DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma Psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. In: *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. p. 49. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>, acesso em 20/02/2015.

²⁵¹ Depoimento Natan, 2015.

etiquetadas com um código seu, para que não fossem furtadas. As refeições eram realizadas com garfo e faca, num prato de louça, e segundo Natan a “comida era boa”²⁵². Também não eram frequentes as brigas entre os internos, Natan presenciou apenas uma, entre duas mulheres, mas elas não chegaram a se agredir. Em sua ala havia uma sala de TV, um jardim e uma capela. Vez ou outra, Natan era convidado a ir para as outras alas, para participar de atividades como a “oficina de artes” e o “grupo de terapia”. Além disso, havia passeios na represa Guarapiranga.

Segundo as novas normas, os hospitais psiquiátricos eram obrigados a oferecer, de acordo com o projeto terapêutico de cada paciente: “avaliação médico-psicológica e social”, atendimento por uma “equipe multiprofissional”, atendimento individual e grupal. Para o caso dos “pacientes de longa permanência”, a portaria nº 251 determinava que o hospital preparasse sua saída: “o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar”²⁵³. Segundo Natan, as alas destinadas aos moradores eram conhecidas como as “alas dos rejeitados”. Natan relata que, em 2006, havia 300 mulheres vivendo nessas alas²⁵⁴. Essa informação foi lhe dada pelos outros internos, então provavelmente o número era menor, pois dois anos depois, em 2008, o Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo²⁵⁵ indicou a existência de apenas 5 pessoas morando nessa instituição.

Na clínica, Natan participava das atividades grupais esporadicamente, mas tomava os medicamentos todos os dias. Foi-lhe prescrito haloperidol. Chegou a ficar impregnado no início, tinha a sensação de que sua perna estava “enroscada”, mas provavelmente lhe ministraram outro medicamento para retirar esse efeito, pois no decorrer da internação, Natan conseguiu caminhar e interagir com outros internos.

A melhor lembrança que Natan tem da internação foi a de ter feito uma amiga, uma psicóloga que trabalhou na produção do filme “Carandiru”, que estava na condição de interna.

A gente conversava bastante. Ela tinha um livro de história da arte e a gente ficava fazendo planos. "Ah, quando eu sair daqui eu vou fazer uma faculdade". Eu falei que ia fazer Educação Artística. Ela falou que ia fazer Antropologia. Depois acabei fazendo educação artística, né?²⁵⁶

²⁵² *Ibidem*.

²⁵³ BRASIL. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, op. cit, p. 122.

²⁵⁴ A informação de que havia 300 mulheres na ala dos moradores advém do depoimento de Natan.

²⁵⁵ SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, op.cit., p. 50.*

²⁵⁶ Depoimento Natan, 2014.

Depois da internação, Natan nunca mais a viu, ele não voltara mais àquela clínica. Era uma clínica particular, e seu pai já não contaria mais com o convênio médico. Para continuar o tratamento, Natan concordou em ir ao NAPS, pois era um serviço público e ele sabia que a família não teria condições de arcar com as despesas de um tratamento particular. Assim, não foi a clínica que o encaminhou para o NAPS, não preparou sua alta em articulação com a “rede comunitária de saúde mental”, como determinaria a portaria 251. Não garantiu a Natan “sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial)”²⁵⁷. Da mesma forma que não foi por criticar a clínica psiquiátrica que Natan seguiu para um serviço comunitário de saúde mental. Natan e seu pai tomaram a decisão de continuar o tratamento no NAPS porque seria a única opção de atendimento público em seu município, já que o hospital psiquiátrico havia fechado suas portas em 1999.

No terceiro capítulo focaremos suas vivências prioritariamente no município de Santo André, onde os três viveram a experiência de serem atendidos em sua rede de serviços comunitários de saúde mental. Cada um deles começou a ser atendido nesses serviços em um período diferente: Mariana conheceu o ambulatório de saúde mental no final dos anos 1990, que já era um serviço alternativo aos hospitais psiquiátricos. Rogério, por sua vez, começou a ser atendido no CAPS DQ de Santo André no ano 2000, sendo paralelamente internado em hospitais psiquiátricos em momentos de crise até o ano de 2004. Natan se inseriu no NAPS II de Santo André em um período mais recente, a partir do ano de 2006.

O próximo capítulo, todavia, não se restringe a analisar a experiência dos três sujeitos apenas dentro dos serviços comunitários. No mesmo período, acompanharemos sua inserção em outros ambientes, como na associação e no movimento da luta antimanicomial, no caso de Mariana e Rogério; na faculdade e no trabalho em família, no caso de Natan.

²⁵⁷BRASIL. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, op. cit, p. 122.

Capítulo 3 - O período de tratamento nos serviços comunitários de saúde mental de Santo André

Neste capítulo, conheceremos a experiência de Mariana, Rogério e Natan nos serviços comunitários de saúde mental, quais sejam: o ambulatório de saúde mental, no caso de Mariana; o Centro de Atenção Psicossocial em Dependência Química (CAPS DQ), no caso de Rogério; e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), no caso de Natan.

A criação desses serviços foi impulsionada pelo movimento de reforma psiquiátrica, que no Brasil, segundo Machado e Pombo²⁵⁸, inspirou-se na experiência de reforma psiquiátrica de vários países que após a segunda guerra mundial buscavam superar o modelo manicomial. Para as autoras:

Estas propostas se amparavam em uma abordagem voltada ao aspecto social, incentivando a participação e envolvimento da comunidade no processo de cura, e a desconstrução de aspectos negativos ligados à experiência da loucura. Este tipo de prática também criticava o modelo social excludente, e inseria nesta discussão a defesa da cidadania e da autonomia deste grupo, considerando-os como sujeitos políticos e participativos²⁵⁹.

Veremos, portanto, que as experiências brasileiras de serviços da reforma psiquiátrica buscavam a reinserção social dos sujeitos. Segundo Venancio, essa foi a “novidade” da “nova psiquiatria”, então surgem diversos serviços “extra-hospitalares” com o intuito de “levar o doente mental de dentro para fora do asilo”²⁶⁰. Entretanto, Venancio observou, nas primeiras experiências do final dos anos 1980, no Rio de Janeiro, que a “desospitalização, somente, não o levou para a ‘comunidade’, para sua aceitação enquanto um igual; desviou-o em seu trajeto para outras instituições, para outros locais, ainda especiais para ele”²⁶¹. Outros autores chegaram a conclusões semelhantes.

Riciele Pombo, ao estudar a implantação da “nova política de saúde mental” em Uberlândia, de 1984 a 2006, observou que a questão da inserção social ainda é “incipiente”, e que a “ressocialização limita-se, muitas vezes, aos ambientes de tratamento, tornando-se um dos principais entraves ao desenvolvimento de suas potencialidades e real participação em

²⁵⁸ MACHADO, Maria Clara Tomaz; POMBO, Ricieli Majori Reis. A loucura sob um outro olhar: reorganização dos serviços de atendimento em saúde mental (Uberlândia-MG, 1984-2005). In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádia Maria Weber (org.). *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. Uberlândia: EDUFU, 2010, p.

²⁵⁹ *Ibidem*, p. 112.

²⁶⁰ VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú. Sobre a “Nova Psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 1990. p. 85.

²⁶¹ *Ibidem*, p. 85-86.

outros grupos sociais”²⁶². Ao serem atendidos pelos serviços comunitários de saúde mental de Santo André, nossos três protagonistas também receberam ofertas de atendimento que visavam sua inserção social. Mas cada um lidou com essas ofertas de forma diferente, seguindo seus próprios caminhos, participando de outras instituições, vivendo diversas experiências e se constituindo através delas.

Vamos terminar de conhecer, então, a trajetória de nossos protagonistas, até essa altura de suas vidas, em que passaram pelos serviços comunitários de saúde mental de Santo André, começando pela experiência de Mariana num ambulatório de saúde mental, no final dos anos 1990.

3.1. A experiência de Mariana em serviços comunitários de saúde mental e sua constituição enquanto militante do movimento antimanicomial

3.1.1. O dia-a-dia de Mariana num ambulatório de saúde mental

Nossa protagonista soube da existência do ambulatório de saúde mental de Santo André em 1996, através de uma assistente social enviada por seu ex-chefe, depois dele ter lido a carta que Mariana lhe postara, relatando o que havia lhe acontecido nos últimos sete anos. A assistente social indicara esse serviço e Mariana passou a frequentá-lo em “regime dia”, ou seja, ela ia todos os dias pela manhã e voltava para casa no final da tarde.

No ambulatório, foi ofertada a Mariana a participação em oficinas de culinária, crochê e pintura, que eram geralmente frequentadas pelas mulheres. Mas ela se aborrecia com essas atividades, então ficava o dia todo sentada, escrevendo em seu diário: “Imagina, né? Que eu ia ficar naquela oficininha de fazer bolo, não ia dar para mim”²⁶³. Mariana se interessou pela oficina de “silk screen”, que era oferecida para o público masculino, onde eles aprendiam a fazer as telas, imprimiam as estampas nas camisetas e as vendiam: “comecei a participar do silk, comecei a vender as camisetas, aí eu vendia mais que todo mundo, eu saía lá fora para vender, eu comecei a me envolver e achar que eu tinha condição de fazer aquelas coisas, que

²⁶² POMBO, Ríciele Majorí Reis. *A Nova Política de Saúde Mental: entre o precipício e paredes sem muros (Uberlândia – 1984-2006)*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Uberlândia. Área de Concentração: História Social. Uberlândia: UFU, 2007. p. 167.

²⁶³ Depoimento Mariana, 2014.

se eu podia fazer aquelas coisas, eu podia fazer outras”²⁶⁴. Tal oficina era ministrada por um “professor voluntário” que também havia frequentado o serviço, e se tornou amigo de Mariana.

Além da oficina, Mariana participava de um grupo psicoterapêutico, de “linha lacaniana”:

No começo, eu não gostava muito, parecia muito durona [a psicóloga], mas a firmeza com que transcorreram as sessões foi me fazendo entender que eu vivia muito do passado, de pessoas e coisas que havia perdido, sempre me remoendo e isso me fazia muito mal. Eu precisava viver o presente, me envolver mais com minha vida, o que eu queria, o que eu precisava para me sentir novamente uma cidadã²⁶⁵.

Nessa época, Mariana conheceu o psiquiatra que a acompanha até hoje: “Ele olha na sua cara, conversa, quer saber da sua vida pessoal, sexual, do seu trabalho, como é que anda a política, ele quer saber tudo comigo”²⁶⁶. Os profissionais do ambulatório eram funcionários públicos e continuaram trabalhando no mesmo local por muitos anos, podendo acompanhar o processo saúde-doença de Mariana por um longo período. E o modo como esses profissionais atendiam reflete esse novo momento da história da psiquiatria e da loucura no Brasil, quando se criavam serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos.

O modo de funcionamento do ambulatório se assemelhava ao Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, analisado por Venancio²⁶⁷ no final dos anos 1980. Segundo a autora, o Hospital-Dia era um dos modelos assistenciais propostos pela “nova psiquiatria”²⁶⁸ e teria a função de proporcionar a “intermediação entre a situação de ruptura individual e sua religação com a vida social”²⁶⁹. Essa ideia de intermediação entre o isolamento e a “vida social” abrangeria ainda outros modelos, como os “centros de atendimento psicossociais”, os “hospitais-noite” e as “pensões protegidas”. O nome “hospital” era mantido, mas deixava de representar o local onde o paciente ficava recluso até sua alta: “sob a ideia de ‘dia’ estaria enfatizada a necessidade de o paciente dar continuidade a suas relações sociais e familiares, permanecendo na instituição somente no

²⁶⁴ *Ibidem*.

²⁶⁵ CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado*. *op. cit.*, p. 31.

²⁶⁶ Depoimento Mariana, 2014.

²⁶⁷ VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú. *Sobre a “Nova Psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria*. *Ibidem*.

²⁶⁸ Venancio chama de “nova psiquiatria” um “conjunto de práticas e saberes” alternativos ao “modelo ‘tradicional’” de atendimento em psiquiatria, centrado na instituição asilar.

²⁶⁹ *Ibidem*, p. 142.

período diurno”²⁷⁰. Na mesma época, essas novas modalidades de serviços eram implantadas também no estado de São Paulo.

Segundo Cambraia²⁷¹, a partir de 1983 o governo paulista expandiu a rede de ambulatórios, hospitais-dia e criou um centro de atenção psicossocial na capital. Segundo a nova proposta, os ambulatórios deveriam “prevenir internações psiquiátricas desnecessárias” e “criar procedimentos terapêuticos não cronificadores”.

Cabia aos Ambulatórios desenvolver formas de intervenção que conseguissem absorver o tratamento de indivíduos para os quais a internação psiquiátrica era a terapêutica de eleição, e superar a redução medicalizante da oferta assistencial que se tinha até então, incorporando abordagens que visavam novos objetivos: melhorar a inserção do sujeito na comunidade, manter os vínculos familiares e de trabalho²⁷².

Nota-se que tanto os ambulatórios estudados por Cambraia quanto o Hospital-Dia estudado por Venancio objetivam a inserção social do doente e a manutenção do vínculo com suas famílias, por isso prestam atendimento a elas.

Ao pai de Mariana foi ofertada a participação em um grupo de família, onde ele seria atendido por duas terapeutas. O grupo passava a funcionar como um espaço de ajuda mútua, onde suas angústias e vivências eram compartilhadas com outros familiares. Na visão de Mariana, seu pai “passou a ser mil vezes melhor e me entender mais porque ele começou a fazer terapia, começou a ver que o José, que tinha transtorno, era igual a mim, e que o pai do José sofria a mesma coisa que o meu pai, e eles se ajudavam muito”²⁷³. O CAPS Itapeva em São Paulo também oferecia atendimento às famílias, em moldes muito parecidos, como foi analisado por Jonas Melman²⁷⁴, psiquiatra que trabalhou com esses grupos nos anos 1990.

Segundo Melman, os familiares, assim como a maior parte das pessoas, não sabem como agir quando alguém enlouquece:

Perdem o chão, ficam paralisados quando alguém alucina. Não sabem se confrontam, brigam ou colocam limites. Devem se calar ou fingir aceitar a ‘realidade’ do outro, tão estrangeira ao mundo habitual. [...] Em geral, sabemos como nos comportar no trabalho, nas situações sociais corriqueiras,

²⁷⁰ *Ibidem*, p. 143-144.

²⁷¹ CAMBRAIA, Marisa. As Práticas e os Processos de Trabalho nos Ambulatórios de Saúde Mental. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. São Paulo: USP, 1999.

²⁷² *Ibidem*, p. 1-2.

²⁷³ Depoimento Mariana, 2014.

²⁷⁴ O psiquiatra Jonas Melman, realizou estudo com familiares do CAPS Itapeva, em São Paulo. As entrevistas foram realizadas em 1994.

nos rituais religiosos, mas ninguém nos ensina a lidar com as doenças mentais, a não ser com modelos de rejeição ou indiferença²⁷⁵.

Melman entrevistou pessoas que frequentavam o “grupo de familiares” do CAPS Itapeva em 1994. Nos relatos dos familiares, aparece uma mudança de atitude em relação ao doente, em função das informações recebidas sobre a doença e da troca com outros que estão vivendo a mesma experiência, como no caso de Isabel em relação a seu filho: “Antes eu considerava meu filho como um louco perigoso. Sei que ele tem problemas terríveis e eu tento ajudá-lo até onde é possível. Eu mudei muito. Acho que o Bruno se ressentiu pelo modo diferente como era tratado. Antigamente eu não o respeitava”²⁷⁶. Na visão de Mariana, algo semelhante ocorreu com seu pai ao participar do grupo de família, ele passara a “entendê-la” melhor, como se viu acima.

O pai de Mariana, àquela altura viúvo e aposentado, dedicava-se integralmente ao cuidado da filha. Apesar de Mariana ter o próprio carro, seu pai não permitia que ela dirigisse sozinha, então ele a levava e buscava todos os dias. Mariana avalia que a participação no ambulatório contribuiu para que fosse aos poucos voltando a realizar suas atividades cotidianas com mais independência em relação ao pai:

Eu fiquei muitos anos no ambulatório participando das coisas. Aí, teve um dia em que eu falei para o meu pai: "Pai, você pode me dar as chaves do carro, que agora eu vou dirigir sozinha". Meu pai olhou assim, para mim e falou: "O quê? Você não quer que o pai vá junto, do lado?" Eu falei assim: "Não pai, eu estou me sentindo forte para dirigir meu carro". E aí eu fui de carro e quando cheguei lá, eu achava que todo mundo fosse falar: "Ei! Você pegou a chave do seu pai?" E eu falei: "Não, hoje eu vim dirigindo". Nossa! Foi a maior felicidade, né?²⁷⁷

Sendo uma militante do movimento da luta antimanicomial, Mariana defende a modalidade de serviço onde foi atendida, que de ambulatório se transformou em CAPS no final da década de 1990, período em que ela lá esteve em tratamento. De forma geral, assim ela descreve seu funcionamento:

A gente sabe que têm muitos CAPS que também podem não ser aquela coisa maravilhosa, né? Mas em sua maioria, no CAPS se você faz um tratamento, a sua família pode estar junto com você. Se você estiver em crise e tiver que passar uns dias lá, você fica no seu leito e a sua mãe pode ir lá, ficar com você no teu leito, cuidar de você lá, não tem problema. Aquelas pessoas que

²⁷⁵ MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. *op. cit.*

²⁷⁶ Depoimento Isabel. Apud: *Ibidem*.

²⁷⁷ Depoimento Mariana, 2014.

estão nos CAPS são as mesmas que te veem sempre, que sabem da sua história. Se você dá uma pirada, eles sabem que você não vai agredir ninguém, porque você não é de agredir. Conhecem a personalidade, o perfil de cada usuário que está ali: o que ele gosta, o que ele não gosta, o que atingiu ele também. Os técnicos que são referências de cada paciente [...] sempre sabem muito mais do que os outros trabalhadores. Não que os outros não saibam, mas o olhar dela é muito mais voltado para você. Para a sua história. E você quer conversar com aquela pessoa porque aquela pessoa te ouve. Ela acredita no que você está dizendo para ela. Você confia. Então é um vínculo que se cria entre essas pessoas que no hospital não tem porque você é passageiro, né? Você fica um tempo e depois vai embora. Então, para que ele vai querer vínculo? Nem interessa para eles. O dono do hospital quer dinheiro. Quer o dinheiro da sua estadia. Ele não quer vínculo nenhum com você ou com a sua família. Que se dane o paciente. Se ele vai voltar... O interessante é que ele volte, né? Porque ele vai ganhar mais dinheiro. Mas no CAPS não. No CAPS não tem esse interesse, né? No CAPS, quanto mais pessoas conseguirem viver sua vida e seguir sua vida, para eles é muito mais importante²⁷⁸.

Mariana se vinculou ao ambulatório de saúde mental e viu ele se transformar em CAPS, tornando-se uma ferrenha defensora do modelo. Incorpora em seu discurso a linguagem presente nas vertentes psiquiátricas de seu tempo, desde a corrente biológica, por onde define sua doença e os sintomas, até a antipsiquiatria, quando defende os serviços comunitários, descrevendo detalhadamente seu modo de funcionamento, como se viu no trecho citado acima.

Prossigamos com a experiência de Mariana, na associação de usuários, familiares e técnicos dos serviços de saúde mental da cidade e no movimento da luta antimanicomial.

3.1.2. A participação de Mariana na associação e no movimento da luta antimanicomial

Em 1997, Mariana começou a participar da Associação José Martins de Araújo Júnior a convite de uma psiquiatra que conheceu no ambulatório. Essa psiquiatra era do movimento de luta antimanicomial e ajudou a constituir essa associação, junto com outros profissionais, usuários e familiares.

Aí ela foi me convidar para fazer parte da Associação José Martins (...). Eu fui uma vez e tal, fui duas, na terceira vez eu comecei a participar, a ser sócia, aí logo que teve eleição eu fui diretora da associação, depois, presidente, e fui andando, né? Participando das coisas da cidade... Do

²⁷⁸ Depoimento Mariana, 2014.

conselho de saúde... E aí eu comecei a ver que dava para mim. Tomando o remédio, fazendo a minha terapia, dava para mim voltar à vida, né?²⁷⁹

A Associação José Martins de Araújo Júnior foi criada em 1992, em Santo André, o que foi noticiado no jornal da região, o *Diário do Grande ABC*: “Pacientes, familiares e profissionais em saúde fundaram em Santo André uma associação para apoiar o movimento de desinternação gradativa dos doentes mentais e a substituição dos manicômios por hospitais-dia, hospitais-noite e lares abrigados”²⁸⁰. São suas finalidades, segundo o estatuto: “garantir os direitos constitucionais, individuais, coletivos e difusos e promover trabalhos de assistência e integração a usuários, familiares e ex-usuários dos serviços de Saúde Mental, com duração indeterminada”²⁸¹. A fundação dessa associação acompanha uma tendência seguida por muitos militantes do movimento da reforma psiquiátrica nos anos 1990.

Eduardo Mourão Vasconcelos²⁸², psicólogo e professor do Departamento de Serviço Social da UFRJ, realizou uma pesquisa com associações ligadas ao movimento de reforma psiquiátrica, que foram fundadas de 1978 até 2007, em todo território nacional. Ele constatou que a maioria surgiu nos anos 1990, estimulada pela criação do Movimento da Luta Antimanicomial em 1987²⁸³ e pelos primeiros encontros nacionais de usuários e familiares, realizados a partir de 1991, além da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, que foi antecedida por conferências municipais e regionais em todo o país.

Essas associações participavam do debate em defesa do projeto de lei 3.657/1989, que doze anos mais tarde seria aprovado como a Lei 10.216/2001, sendo conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Amarante destaca a Sosintra²⁸⁴ como um importante ator no apoio ao projeto e cita algumas das associações fundadas nesse período: a Associação Loucos pela

²⁷⁹ Depoimento Mariana, 2014.

²⁸⁰ DIÁRIO DO GRANDE ABC. Associação defende Hospital-Dia. 22 de dezembro de 1992.

²⁸¹ ASSOCIAÇÃO JOSÉ MARTINS DE ARAÚJO JÚNIOR. Estatuto Social. Santo André, 1992.

²⁸² VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. In: Idem (org.). *Abordagens Psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

²⁸³ O Movimento da Luta Antimanicomial foi fundado em 1987, num encontro do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru/SP. Com a fundação do movimento, os trabalhadores impulsionaram a radicalidade das reivindicações, não admitindo reformas, e adotando o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. A partir desse encontro, surgiram núcleos e fóruns em vários estados brasileiros, compostos inicialmente por profissionais, e depois agregando usuários e familiares (VASCONCELOS, 2008).

²⁸⁴ A Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA) foi fundada em 1979, no Rio de Janeiro, como uma entidade de familiares de “problematizados” (termo utilizado por seus membros em oposição ao termo “doente mental”). Esses familiares que se uniam para buscar soluções face à “insuficiência da assistência pública” encontrada no final dos anos 1970. No final dos anos 1980 a entidade passa a incorporar os próprios problematizados e a promover debates em favor do Projeto de Lei 3.657/89 (AMARANTE, 1995). Após doze anos de debates, o projeto, defendido pelo movimento de reforma psiquiátrica, foi aprovado como a lei federal 10.216/2001.

Vida, ligada ao Hospital Psiquiátrico de Juqueri, em Franco da Rocha; a Associação Franco Basaglia, ligada ao CAPS Itapeva, em São Paulo; a Associação Franco Rotelli, ligada à Rede de Atenção Psicossocial de Santos; a Associação Cabeça Feita, ligada à UFRJ, a Associação Cabeça Firme, ligada ao Hospital Estadual Psiquiátrico (Jurujuba) de Niterói, entre outras.

Segundo Vasconcelos, a maioria dessas associações tem como missão e objetivos: a defesa de direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, o fortalecimento da relação com a família, a luta pela reforma psiquiátrica, por melhorias nos serviços da rede, pela inclusão social e ao trabalho dos usuários. A associação de Santo André se encaixa nesse perfil, pois sua criação se deu em 1992, estimulada por profissionais que participaram do encontro que fundou o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, em 1987, e por usuários e familiares que participavam das conferências, defendendo o modelo alternativo aos hospitais psiquiátricos, que na época era representado no município pelos ambulatórios e hospitais-dia. Ademais, seu modo de funcionamento se inspirava na Associação Franco Basaglia, entidade ligada ao CAPS Luís da Rocha Cerqueira, conhecido como Itapeva, de São Paulo.

Segundo Melman, durante uma greve dos funcionários do CAPS Itapeva, os familiares que atuavam na Associação Franco Basaglia se dispuseram a oferecer atividades aos usuários do serviço. A partir dessa experiência, a entidade se engajou no desenvolvimento de projetos de inserção social, envolvendo trabalho, lazer, moradia e defesa de direitos²⁸⁵. A Associação José Martins de Araújo Júnior, tomando a Associação Franco Basaglia como modelo, além de realizar militância na defesa dos direitos dos usuários e dos serviços antimanicomiais, passou a perseguir projetos na área do trabalho, lazer e moradia.

De acordo com Mariana, visando à inserção no mundo do trabalho, a associação constituiu uma parceria com o Serviço Municipal de Água e Saneamento Básico de Santo André (SEMASA), onde trabalhariam com a reciclagem. Era final da década de 1990, e segundo Mariana, a reciclagem “virava moda” na cidade:

Conseguimos a concessão de um terreno do SEMASA que ficava no fundo do ambulatório. A SEMASA construiu um galpão de zinco e nós angariamos fundos (com festas na comunidade e vendendo rifas). Com a ajuda da prefeitura, enviando marmite para almoçarmos, iniciamos o trabalho de reciclagem. Começamos pedindo no entorno, para os prédios, casas e comércio, material reciclável. Deu tão certo que chegamos a colocar caçamba de papel, papelão e vidro²⁸⁶.

²⁸⁵ MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. op. cit., p. 104.

²⁸⁶ CORDEIRO, M. D. *Trajeto da loucura: a importância do cuidado*. op. cit., p. 32.

Mariana ajudou o grupo a conseguir a doação de um caminhão e passaram a coletar lixo reciclável na cidade. Separavam o lixo e vendiam. O trabalho funcionava nos moldes de uma cooperativa e cada usuário chegava a receber, em média, meio salário mínimo por mês pelo trabalho. Recebiam também doações do Departamento de Parques e Áreas Verdes da cidade, eram diversas plantas que eles revendiam.

Na associação, implantaram também uma sala de aula em parceria com o Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos, conhecido na época como MOVA, para usuários que não fossem alfabetizados. Mariana se tornou uma das educadoras e mais tarde cursaria a faculdade de Pedagogia. Paralelo ao trabalho na associação, Mariana se engajava na militância política.

Eu estava participando também do Conselho Municipal de Saúde e de várias outras atividades em nossa cidade. A vida começava a sorrir novamente, a participação em encontros da Luta Antimanicomial (que é o movimento social organizado para defender os direitos dos usuários da Saúde Mental), me fortalecia muito, eu colocava minhas opiniões nas reuniões, os caminhos e diretrizes para os próximos encontros e isso me impulsionava muito²⁸⁷.

Para Mariana, um dos “grandes avanços” dos serviços da reforma psiquiátrica era olhar para seus usuários como cidadãos:

Não ‘pacientes’ e sim usuários do sistema público de saúde, do SUS. Pessoas que têm direito à escolha, à vida social, ao afeto, à informação, ao trabalho, à vida enfim. E sabem disso agora. Encontrei o caminho, agora era seguir lutando, não é fácil. Mas, sendo quem eu sou, mesmo com a minha doença, enfrento desafios, que não são mais portas que se fecham tolhendo minhas possibilidades (sem mais aqueles barulhos de chaves para mim). Agora quem fecha (e abre) minhas portas sou eu. Portas de minha casa, de meu carro, de meu trabalho.²⁸⁸

Ao defender os serviços antimanicomiais, Mariana ia constituindo uma nova identidade, a de “usuária” dos serviços. Segundo Amarante, a partir dos anos 1990 o próprio “usuário” se torna ativo na defesa de seus direitos:

Com este novo protagonismo, o do próprio louco, ou usuário, delineia-se efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/doente mental deixa de ser simples objeto de intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM²⁸⁹.

²⁸⁷ *Ibidem*, p. 32.

²⁸⁸ *Ibidem*, p. 33.

²⁸⁹ *Ibidem*, p. 121.

Segundo Amarante, é nesse período que emerge no Brasil o termo usuário, contrapondo-se aos termos “louco, doente mental ou cliente”²⁹⁰, que estigmatizariam esses sujeitos. De acordo com Vasconcelos, o termo “usuário” inspira-se em experiências europeias e norte-americanas de movimentos em defesa de direitos de cidadania. O autor destaca duas redes internacionais criadas nos anos 1990: a European Network of Users and Ex-Users, fundada na Holanda, em 1991 e a World Federation of Psychiatric Users, fundada na Cidade do México, no mesmo ano.

Para Vasconcelos, “o movimento dos usuários nos países do Norte assume um perfil predominantemente de autonomia e independência dos usuários em relação aos grupos de familiares e de profissionais”²⁹¹, diferente do contexto brasileiro, onde as associações de defesa dos direitos dos usuários geralmente são mistas, compostas tanto por usuários, quanto familiares e profissionais. A associação de Santo André também é mista, tendo sido incentivada inicialmente por trabalhadores, que buscaram familiares e usuários para participar. Mas Mariana se identificou muito com esse trabalho, e se tornou uma forte liderança, apesar da associação continuar mista.

Mariana participava do Conselho Municipal de Saúde e dos encontros do Movimento da Luta Antimanicomial e se encontrava com esse envolvimento:

Eu tinha achado o verdadeiro motivo de continuar e viver o meu presente: a vida. A luta pela vida. Minha participação nestas tantas lutas era muito legítima, eu tinha vivido o sofrimento, o aprisionamento e a redução de quem eu era a um diagnóstico, uma doença. Mas eu tinha sobrevivido e provava meu valor, minha fortaleza²⁹².

O meio em que Mariana vivia, entre militantes do movimento de reforma psiquiátrica, o discurso que ela ouvia, passava a fazer muito sentido para ela, então Mariana começou a incorporar esse discurso, tornando-se uma militante do movimento da luta antimanicomial.

²⁹⁰ *Ibidem.*

²⁹¹ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da Cidadania no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. *op. cit.*

²⁹² CORDEIRO, M. D. *Trajatória da loucura: a importância do cuidado. op. cit.*, p. 32.

3.1.3. Tornando-se uma profissional da saúde mental

No ano 2000, Mariana ingressou na faculdade de pedagogia. Para conseguir custear o curso, Mariana contou com o apoio de amigos e com um incentivo inicial da mesma psiquiatra que a convidara a participar da associação: “Sempre essa doutora, né? É um anjo na minha vida. (...) Ela falou assim: ‘Nossa! Olha! Cinquenta reais para fazer a inscrição!’”. A psiquiatra lhe emprestou o dinheiro da inscrição e Mariana passou no vestibular, iniciando o curso.

Eu sei que um ano mais ou menos, ficaram os meus amigos cada um dando um pouquinho de dinheiro para eu poder pagar. Eu saía da reciclagem em que eu estava trabalhando antes da incubadora, e eu saía quatro horas de lá, ia para a faculdade e ficava estudando na minha sala. Eu nunca fiz exame, sempre passei, porque achava que tinha obrigação de passar, pela força que fizeram para eu estudar²⁹³.

Em 2001, Mariana foi convidada a trabalhar na Incubadora de Cooperativas de Santo André, projeto ligado à prefeitura, em parceria com a faculdade Fundação Santo André, que oferecia cursos e prestava assessoria a grupos que estavam se tornando cooperativas. Mariana trabalhou na incubadora durante dois anos, e traz lembranças muito boas dessa época, pois ela considerava esse trabalho “gratificante”. Sua função era apoiar esses grupos, por exemplo, para a cooperativa de costura, ela ajudava a conseguir mais máquinas. Além disso, foi nesse lugar que ela voltou a “paquerar”, depois de muito tempo. Foi o primeiro trabalho “com carteira assinada” após muitos anos, por isso foi muito significativo para ela.

Mas em 2002, Mariana é convidada a retornar à Associação José Martins de Araújo Júnior, pois esta iniciaria um “convênio” com a Prefeitura de Santo André para gerir as primeiras “Residências Terapêuticas” da cidade, que abrigariam aqueles usuários que não tinham famílias e estavam morando em hospitais psiquiátricos. Nessa época foram fechados três hospitais psiquiátricos na região, e o município de Santo André havia se comprometido a abrir três residências. E desenvolver projetos na área da moradia para usuários da saúde mental era um dos objetivos da associação, desde sua fundação.

De acordo com Vasconcelos, a partir dos anos 1990, vem se apresentando como uma tendência o fato de alguns movimentos sociais se organizarem como Organizações Não Governamentais (ONGs) e executar projetos sociais.

²⁹³ Depoimento Mariana, 2014.

No caso da saúde mental, há casos recentes de associações que chegaram a desenvolver um perfil mais autonomista e independente, mas que, dada a necessidade de gerir mais autonomamente projetos de suporte mútuo, particularmente na área de trabalho e dispositivos residenciais, passam a receber recursos financeiros diretamente do Estado ou diretamente dos serviços²⁹⁴.

Foi o que aconteceu no caso da Associação José Martins de Araújo Júnior, convidada pela Secretaria da Saúde a gerir as Residências Terapêuticas. No entanto, essa “gestão de projetos com financiamento público”, segundo Vasconcelos, acaba provocando uma mudança no perfil dessas associações, que passam a ter a função de “prestadores de serviços”, portanto há o risco de abandonarem a radicalidade das reivindicações pelo movimento social. No caso da Associação José Martins de Araújo Júnior, seus membros decidiram abrir outra organização, com outro estatuto, que permitisse a parceria com a prefeitura, mas garantisse a continuidade da luta. Assim, foi criada, em 2002, a Associação De Volta Para Casa, da qual Mariana se tornou presidente e constituiu uma equipe formada em grande parte por usuários e familiares dos serviços de saúde mental, que começaram a gerir as Residências Terapêuticas e as oficinas de geração de renda em convênio com a prefeitura.

Nesse processo, Mariana, bem como outros usuários e familiares da Associação José Martins de Araújo Júnior foram se engajando cada vez mais na execução de projetos de moradia, trabalho e lazer, através do convênio da Associação De Volta Para Casa com a Secretaria de Saúde, profissionalizando-se.

Mariana se tornou uma profissional na área da saúde mental, empregando-se em 2009 na Prefeitura de São Bernardo do Campo como coordenadora de duas Residências Terapêuticas. No trabalho, Mariana relata que via os usuários com um olhar também de usuária, pois já havia vivido as mesmas experiências:

Quando comecei meu trabalho, me identifiquei em muito com os moradores. Para mim, o que eles sentiam e tinham passado era muito parecido com o que eu tinha vivido. Muitas vezes me via/sentia nos olhares, dores, e vontade de seguir em frente, sair dali e mudar tudo. [...] Quando nos colocamos no lugar do outro é possível enxergar as nuances desta relação (coordenador/morador/cuidador). Para mim, foi muito fácil. Eu já tinha vivido todos estes papéis²⁹⁵.

²⁹⁴ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da Cidadania no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários. *op. cit.*, p. 122.

²⁹⁵ CORDEIRO, M. D. *Trajetória da loucura: a importância do cuidado. op. cit.*, p. 38.

Mariana desenvolveu sua militância no trabalho, procurando seguir os preceitos do movimento da reforma psiquiátrica na reinserção de egressos de hospitais psiquiátricos nas Residências Terapêuticas.

O dia-a-dia nas residências me lembrava muito a relação de uma grande família. Claro, estamos falando de pessoas que têm problemas psiquiátricos e ficaram tolhidos de sua liberdade por longos anos, mas apesar de suas limitações, a relação cotidiana (inclusive no que tange às questões afetivas) não é diferente. Eu dizia, desde o começo, que eles moraram mais de quinze/vinte anos no manicômio [...] e não sabiam, por exemplo, o nome um do outro. E que, nas residências, as relações precisavam ser diferentes. Ali, todos chamavam uns aos outros por seus nomes²⁹⁶.

As Residências Terapêuticas ou, segundo a legislação, Serviços Residenciais Terapêuticos foram regulamentados pela Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que as define como: “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social”²⁹⁷. A portaria também define que as casas devem ter o limite máximo de 8 moradores e ter o projeto terapêutico “centrado nas necessidades dos usuários”, buscando respeitar seus direitos e “desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário”²⁹⁸. Mariana aplicava no trabalho tudo o que havia aprendido na associação, no movimento da luta antimanicomial e na própria experiência com a doença.

E a partir de sua experiência, com o atendimento no ambulatório de saúde mental que se tornou um CAPS, com a associação e o movimento de luta antimanicomial, Mariana encontrou um sentido para a sua própria vida. Tomando para si o discurso da reforma psiquiátrica, foi constituindo assim sua identidade, tornando-se uma militante do movimento antimanicomial e uma profissional da área da saúde mental.

Conheceremos agora a experiência de Rogério no CAPS-DQ, Centro de Atenção Psicossocial em Dependência Química, onde se inseriu no ano 2000.

²⁹⁶ *Ibidem*, p. 39.

²⁹⁷ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 100.

²⁹⁸ *Ibidem*, p. 101.

3.2. Rogério: vivenciando experiências de tratamento fora do hospital psiquiátrico

3.2.1. No CAPS DQ: entre projetos de reinserção social e retornos aos hospitais psiquiátricos

Rogério foi encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial em Dependência Química (CAPS DQ) de Santo André no ano 2000, por uma psiquiatra da Unidade de Saúde de Mauá, onde ele fazia acompanhamento desde sua primeira convulsão alcoólica.

Ao se inserir no CAPS DQ, no entanto, a rotina de Rogério não mudou muito: passava por consultas periódicas com um psiquiatra e durante quatro anos continuou sendo internado em hospitais psiquiátricos, em momentos de crise. Nessa época, o CAPS DQ de Santo André funcionava somente durante o dia. Os sujeitos entrevistados por Dalmolin²⁹⁹, que se utilizavam dos serviços de saúde mental de um município do Rio Grande do Sul, trouxeram relatos semelhantes: eles também frequentavam os CAPS, mas quando sua situação se agravava, eram encaminhados para o hospital psiquiátrico ou para uma clínica psiquiátrica maior, que ficava em outra cidade, distante 250 quilômetros, mas que atendia aquela região.

No CAPS DQ de Santo André, nas primeiras consultas de Rogério com o psiquiatra, este o ofertara a “terapia do sono”, pois não tinha mais nada que pudesse fazer. Prescreveu neozine em dose suficiente para ele passar o dia todo dormindo, por dois meses. Para Rogério, esse “foi o único jeito dele não me mandar para o manicômio”³⁰⁰. Além do remédio para dormir, o médico lhe ministrara um antipsicótico e um remédio para tirar a impregnação.

O CAPS DQ também ofertou a Rogério um psicólogo, que se tornou seu “técnico de referência”³⁰¹. Rogério frequentou o grupo de jovens coordenado por esse psicólogo semanalmente por mais de dez anos, tomando-o de fato como uma referência. Nunca lhe foi proposto o “hospital-dia”, ou seja, passar o dia no NAPS, pois, segundo Rogério, “ficar lá em HD no hospital dia, do lado de pessoas que estavam ali comigo planejando sair para usar drogas, eles não gostaram disso aí não”³⁰². Nota-se que o esforço de seu “técnico de referência” sempre foi o de propor a ele atividades fora do NAPS.

²⁹⁹ DALMOLIN, Bernadete. *Esperança equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. op.cit.*, p. 148.

³⁰⁰ Depoimento Rogério, 2014.

³⁰¹ Técnico de referência é um profissional de nível superior que elabora junto com o usuário o seu “projeto terapêutico”, combinando com ele as atividades que realizaria no CAPS, acompanhando e avaliando com ele a evolução de seu tratamento.

³⁰² Depoimento Rogério, 2014.

Assim, junto com seu psicólogo e o grupo de jovens, Rogério passou a frequentar o Centro de Referência de Juventude, um espaço de convivência que oferecia cursos de informática, teatro, dança e música para o público juvenil. A música era uma das paixões de Rogério, e através de um projeto musical executado por esse centro, uma de suas poesias foi gravada por um artista da cidade, o que, segundo relata, foi um estímulo para que voltasse a escrever. A poesia, escrita em 2002 especialmente para o projeto, traz reflexões sobre o que Rogério vivia no momento:

Coração de Pedra

Vendi tudo o que eu tinha, rastejei nas mudanças que perdi,
Um sonhador sou eu, por amar apenas uma vez na vida,
Por decepções, traumas e abandono,
Só não perdi os braços, os dedos e as mãos
Deus é um homem velho, que não envelhece...
Eu não sei dizer nada que não seja ruim.
Mas dessa guerra estou fora, vou partir,
Minha rebeldia e o meu coração de pedra,
Quer somente idealizar algo fixo na vida,
Renovando o meu pensamento, mudando comportamento,
De uma nova criatura, de um novo sentimento.
Deus é um homem velho que não envelhece...³⁰³

O CAPS DQ de Santo André, assim como o ambulatório onde Mariana foi atendida e os serviços analisados por Venancio (1990) e Cambraia (1999), visava à reinserção social do usuário. Em Santo André, o modo de funcionamento dos CAPS foi descrito pela socióloga e trabalhadora da rede, Graziella Barreiros³⁰⁴. Segundo a autora, os CAPS de Santo André ofereciam: consultas médicas, medicação, atendimento individual ou em grupo com psicólogos e terapeutas ocupacionais, atenção nas áreas social, laborativa e em grupos operativos (oficinas). O CAPS propunha receber os usuários novos em plantões onde os profissionais deveriam acolher, ouvir o caso e inserir no serviço ou encaminhar para outros mais adequados, dependendo do caso; se fosse inserido, o usuário teria um técnico de referência que seria responsável por construir um projeto terapêutico e acompanhar seu andamento.

O projeto terapêutico era entendido como um trabalho conjunto entre os profissionais do serviço, o usuário e a família, onde se deveria reunir todo histórico de como a pessoa “mergulhou” na doença e propor estratégias e ações para minimizar o sofrimento, reconstruir

³⁰³ M.M.M. Coração de Pedra, 2002.

³⁰⁴ BARREIROS, Graziella Barbosa. Proposta de criação de um núcleo de planejamento e gestão para as residências terapêuticas de Santo André-São Paulo. (Monografia). Campinas: Unicamp, 2001

vínculos e resgatar a autonomia dos indivíduos. Era proposto também o atendimento à família, que tinha como objetivo informar sobre a doença, suas implicações e tratamentos, além de se constituir enquanto grupo terapêutico³⁰⁵.

O funcionamento dos CAPS seguiam as orientações da Portaria 224/1992³⁰⁶ do Ministério da Saúde e se inspirava nos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) de Santos. Mas os NAPS de Santos funcionavam 24 horas e o CAPS DQ de Santo André, por outro lado, funcionava das 8 às 20 horas, portanto se usuários como Rogério necessitassem de internação, deveriam ir para um hospital geral ou para o Hospital Psiquiátrico Lacan. O CAPS DQ se transformou em um serviço 24 horas apenas em 2003, mudando seu nome para NAPS AD, em homenagem ao serviço santista. Mas nem mesmo no ano de 2003, quando o serviço já dispunha de leitos noturnos, Rogério relata ter usufruído desse atendimento.

Para Rogério, o CAPS DQ foi importante por lhe garantir os laudos necessários para a renovação do “auxílio-doença”³⁰⁷, benefício que recebia do Instituto Nacional de Seguridade Social, o INSS, desde que foi afastado por incapacidade para o trabalho do supermercado onde exercia a função de padeiro. O auxílio-doença de Rogério foi renovado várias vezes, até os peritos do INSS considerarem permanente sua condição de incapacidade para o trabalho e o aposentarem por invalidez.

Assim, diferente de Mariana, que é uma defensora ferrenha do ambulatório e do CAPS, Rogério valoriza o serviço por conta dos laudos médicos de seu psiquiatra, que lhe garantiram o “auxílio-doença” e depois a aposentadoria por invalidez, e se sente muito agradecido pela atenção dada por seu psicólogo e “técnico de referência”. Mas não atribui a esse serviço o mérito de tê-lo feito parar com o uso do álcool e das drogas.

Nesse período, além de frequentar o CAPS DQ, a rotina de Rogério se constituía por passar dias fora de casa, usando álcool e drogas até ficar “fora de si”, envolver-se em brigas e voltar a ser internado em hospitais psiquiátricos.

³⁰⁵ *Ibidem*.

³⁰⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

³⁰⁷ O “auxílio-doença” é um benefício garantido ao trabalhador segurado do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) que estiver comprovadamente incapacitado para o trabalho. A incapacidade deve ser comprovada por um laudo médico.

3.2.2. A decisão de parar e a inserção nos Alcoólicos Anônimos

Em janeiro de 2004, quando Rogério acabara de completar 31 anos, ele decidiu parar. Assim ele explica o que motivou sua decisão:

Bom, eu perdi todos os meus dentes, [fiquei com] um monte de cicatrizes na cara, uma briga no bar em que o cara ia esmagar a minha cabeça, daí eu falei: “Agora eu estou tomando uma ‘cadeirada’, uma hora eu tomo um tiro na cara, né? E eu tenho dois filhos”.

Aquela foi sua última internação no Hospital Psiquiátrico Lacan. Teve alta no dia 12 de fevereiro de 2004, e no dia seguinte estava numa sala dos Alcoólicos Anônimos (AA). Ao invés do CAPS, o primeiro local que veio à mente de Rogério para frequentar logo após sua alta hospitalar foi o AA. Ainda aos 23 anos, quando seu problema com o uso de álcool e drogas ficou explícito (ele vendera tudo em casa para comprar drogas), sua irmã procurou ajuda, trouxe dois rapazes do AA para conversarem com Rogério. Naquela época, ele não quis frequentar, mas a abordagem dos dois rapazes ficou na sua lembrança, e ao decidir se tratar, buscou ajuda do grupo.

De acordo com os “Alcoólicos Anônimos”³⁰⁸, o grupo surgiu em 1935, nos Estados Unidos, a partir de uma conversa entre um corretor da Bolsa de Valores de Nova Iorque e um médico da cidade de Akron, ambos “alcoólicos”. O corretor acreditava que “somente um alcoólico poderia ajudar outro alcoólico”³⁰⁹. Nessa viagem a Akron, o corretor temia voltar a beber, pois seus negócios não deram certo, então ele se deu conta de que deveria procurar outro alcoólico e transmitir a “sua mensagem”, para salvar a si mesmo. Encontrou esse médico alcoólico, levou sua mensagem, e ambos começaram a abordar outros alcoólicos no hospital da cidade. Assim se formou o primeiro grupo. Depois surgiram grupos em Nova Iorque e Cleveland. Em 1939 havia 100 pessoas participando desses grupos, então decidiram publicar um livro chamado “Alcoólicos Anônimos”, para levar a mensagem a outros alcoólicos e a sociedade que surgira foi batizada com o mesmo nome. O livro conta a história dos fundadores e de como surgiu a organização, traz o testemunho de um médico que reconhece o valor dos alcoólicos anônimos para a recuperação de pacientes que acompanhou, e explica que o alcoolismo é uma doença, por isso os alcoólicos devem evitar o primeiro gole.

³⁰⁸ ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *Alcoólicos anônimos*. São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, 2014.

³⁰⁹ *Ibidem*, p. 14.

O principal teor do livro são os passos que os alcoólicos devem dar para conseguirem parar de beber. São 12 passos, apresentados a seguir:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós poderia nos devolver à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las, ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, *na forma em que O concebíamos*, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar esta vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.³¹⁰

Desde o dia 13 de fevereiro de 2004, um dia depois de sua última internação em um hospital psiquiátrico, Rogério frequentou o grupo de AA diariamente, durante 7 anos. Assim ele descreve sua nova rotina: “eu chegava em casa, fumava meu baseado, assistia o corujão, o jornal da manhã, dormia, acordava às três [da tarde] e me preparava para voltar para a reunião”³¹¹. Para Rogério, o grupo o ajudou a vencer a vontade de beber. E hoje, passados mais de dez anos, em respeito ao décimo segundo passo – “levar a mensagem ao alcoólatra que ainda sofre”³¹², Rogério continua frequentando o grupo, ainda que não vá todos os dias, mas essa é uma forma de continuar ajudando a ele mesmo, assim como também aconteceu com Bill, cofundador do AA: levar a mensagem a outro alcoólico o ajudaria a evitar a vontade de beber. Segundo Bill, “se um alcoólico deixa de aperfeiçoar e ampliar sua vida espiritual

³¹⁰ *Ibidem*, p. 88-89.

³¹¹ Depoimento Rogério, 2015.

³¹² *Ibidem*.

através do trabalho e da dedicação aos outros, talvez não sobreviva aos transtornos e dificuldades que certamente surgirão em seu caminho”³¹³.

Para Vasconcelos, os Alcoólicos Anônimos constituem “a mais antiga, a maior rede de grupos e a organização mais complexa que temos no campo da saúde mental no Brasil e em todo mundo”³¹⁴. Estima-se que já existam grupos em 150 países, com aproximadamente 2 milhões de participantes. Em todo o Brasil, há cerca de 4.900 grupos. Em sua pesquisa³¹⁵, Vasconcelos verificou que “a maioria dos especialistas e profissionais reconhece que a participação regular em grupos de AA constitui o dispositivo mais efetivo e amigo do usuário, e disponível para abordagem do abuso do álcool”³¹⁶. Rogério também acreditava nisso e procurou um grupo de AA quando tomou a decisão de parar com o uso de álcool e drogas.

Em pesquisa etnográfica realizada por sua equipe em grupos de AA no Rio de Janeiro, Vasconcelos avaliou que essa abordagem foi bastante efetiva a curto prazo, no “processo de saída do caos” e na “fase inicial de recuperação”. No entanto, o autor constatou em sua pesquisa que, a longo prazo, “o leque repetitivo de dispositivos e o corpo doutrinário [...] não estimulam formas mais avançadas de empoderamento e de individuação psicológica”³¹⁷. Rogério não permaneceu apenas no grupo de AA, continuou frequentando também o grupo de jovens coordenado por seu psicólogo no NAPS AD, além de engajar-se em atividades da Associação José Martins de Araújo Júnior e do Movimento da Luta Antimanicomial.

Além disso, Rogério fumava seu “baseado” todos os dias:

Eu já cheguei a ficar esquizofrênico por causa da maconha e voltar à realidade. Mas a maconha eu usava também como uma droga para me livrar da pedra, do crack e do álcool também. Até que chegou num momento em que eu não preciso da maconha, crack, álcool, né? Eu só tomo remédio psicotrópico³¹⁸.

Em estudos recentes sobre o uso da maconha como uma “droga de passagem” das mais “pesadas” para esta, que é considerada mais “fraca”, pesquisadores têm constatado que a maconha ajuda a diminuir a “fissura” pelo crack. As psicólogas Pereira e Wurfel realizaram estudo na primeira década dos anos 2000, onde entrevistaram dez sujeitos entre 15 e 36 anos,

³¹³ ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *Alcoólicos anônimos*, op. cit., p. 44.

³¹⁴ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. *op. cit.*, p. 80.

³¹⁵ Como parte do Projeto Transversões, que investiga os grupos associativos em saúde mental no Brasil, Vasconcelos e sua equipe da Escola de Serviço Social da UFRJ, realizaram uma “pesquisa etnográfica de médio prazo” em grupos de Alcoólicos Anônimos do Rio de Janeiro.

³¹⁶ *Ibidem*, p. 81.

³¹⁷ *Ibidem*, p. 85.

³¹⁸ Depoimento Rogério, 2015.

do sexo masculino, que estavam em tratamento no CAPS AD e CAPS i do município de Santo Maria (RS). Desses dez sujeitos, nove relataram que o uso da maconha já os ajudou a aliviar a “fissura” pelo crack e quatro faziam uso diário da substância³¹⁹. Esses resultados foram semelhantes aos da pesquisa realizada nos anos 1990 pelos psiquiatras Eliseu Labigalini Júnior e Lúcio Rodrigues do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Unifesp³²⁰.

Labigalini Júnior e Rodrigues acompanharam 20 sujeitos que estavam em tratamento pelo uso do crack e que fumavam maconha diariamente. Após 12 meses, 14 deles haviam deixado o crack. Mas são estudos polêmicos, pois não há um consenso na ideia de que a maconha contribui para a diminuição do uso do crack. Ao comentar o estudo realizado pelos psiquiatras Labigalini e Rodrigues, da Unifesp, a neuropsiquiatra Patrícia Streparava, da Associação Paulista de Medicina, argumenta que a maconha provavelmente não teve relação com a recuperação desses sujeitos³²¹. No caso aqui apresentado, a maconha foi utilizada como “droga de passagem”, da mais “pesada” para as mais “fracas”, coincidindo com estudos de Pereira, Wurfel, Labigalini e Rodrigues, conforme aponta o depoimento de Rogério: “a maconha eu usava também como uma droga para me livrar da pedra, do crack e do álcool também. Até que chegou num momento em que eu não preciso da maconha, crack, álcool, né? Eu só tomo remédio psicotrópico”³²².

Apesar disso, Rogério atribui um valor negativo ao uso da maconha, afirmando que não pode ser “um bom pai” se continuar fumando, e que continua em tratamento para evitar também esse vício.

Veremos agora a participação de Rogério em outros espaços fora do hospital psiquiátrico: a associação, o jornal e o movimento antimanicomial.

³¹⁹ PEREIRA, Amanda Schreiner; WURFEL, Rudiane Ferrari. *O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack*. Revista Aletheia, no. 34, Canoas, abr. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100013 Acessado em 29/03/2015.

³²⁰ BIANCARELLI, Aureliano. *Maconha é a nova arma contra o crack*. Folha de São Paulo. 20 de abril de 1997. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff200401.htm> Acesso em 02/04/2015.

³²¹ *Ibidem*.

³²² Depoimento Rogério, 2015.

3.2.3. A participação de Rogério na Associação José Martins de Araújo Júnior, no Jornal Vozes e no Movimento da Luta Antimanicomial

Em 2005, o técnico de referência de Rogério no NAPS AD sugeriu que ele frequentasse a associação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental da cidade, Associação José Martins de Araújo Júnior, pois Rogério tinha muitas poesias escritas e lá eles poderiam publicá-las no periódico que produziam - o Jornal Vozes da Saúde Mental. A poesia que foi publicada em 2006 reflete esse momento, em que Rogério estava buscando a sua recuperação, e refletia sobre a própria doença:

Tuim³²³

Muda o artista, a história é a mesma
Vira a noite na correria
Nada mais satisfazia, dor nos ossos
Para anestesiá-la alma

Desorientado na vida
Perdido no espaço
Na hora do tuim
A eternidade dura 5 minutos
Cai o nóia, a sonhar, acordar, acorda
E sonhar o que sobrou do tuim

Sem saber se é demais
Se droga até quase morrer
De hospício em hospício tenta viver

Sufrimento perigoso
Em breve chegará
Sem julgar você verá
Se é pouca sorte
Ou muito azar³²⁴

O Jornal Vozes da Saúde Mental é um veículo de comunicação criado por membros da Associação José Martins de Araújo Júnior e da Associação De Volta Para Casa. Seu principal objetivo é “lutar pelo fim do preconceito contra a pessoa com transtornos mentais divulgando suas opiniões e produções artísticas, além de dicas sobre como conviver com o problema e onde obter tratamento em serviços comunitários de saúde mental”³²⁵. O jornal é elaborado por

³²³ Tuim é como ele denomina a sensação de intenso prazer provocada pela droga.

³²⁴ M.M.M. Tuim, 2006.

³²⁵ MORO, Mario Alexandre; HENNA, Elizabete Satie. Jornal Vozes. In: PINHO, Kátia Liane Rodrigues; PINHO, Leonardo Penafiel; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira e MACHADO, Maria Lúcia Teixeira (Orgs).

usuários, familiares e trabalhadores ligados à associação e recebe assessoria técnica do Núcleo de Jornalismo Social da Universidade Metodista de São Paulo.

Rogério se integrou ao grupo do jornal, ajudando a fazer as entrevistas e colaborando com o processo organizativo do veículo, que ia desde a captação de recursos até a distribuição. Era um trabalho voluntário e Rogério se orgulha de ter feito algo para ajudar: “graças a fazer parte do jornal por oito anos eu consegui ser útil em alguma coisa na sociedade”³²⁶. Em entrevista dada em 2009, ao jornalista Mário Seidenberg, da Revista Ocas, Rogério relata que sempre foi aceito pelo grupo, “mesmo louco” do jeito que era, além disso, que no jornal encontrou seus “verdadeiros amigos”³²⁷.

Através da associação e do jornal, Rogério conheceu o movimento da luta antimanicomial, passando a ter oportunidade de viajar para os encontros nacionais em vários estados brasileiros. Para Rogério a motivação inicial por participar do movimento era conhecer novos lugares e pessoas: “comecei a viajar para um monte de lugares, da associação, e da luta antimanicomial. [...] E graças a Deus eu conheci a internet desde quando eu entrei no jornal, né? O M [amigo do jornal] abriu um e-mail para mim, em 2006”³²⁸.

Nesse percurso, Rogério encontrou outras possibilidades de se relacionar, de obter lazer e de desenvolver algum trabalho que lhe fizesse sentido. Foi lá que ele se interessou e aprendeu a usar a internet, o que permitiu ampliar sua interação com novos amigos e ampliar suas redes sociais. Ao participar da associação e do jornal, Rogério acredita ter recuperado a capacidade para o trabalho, apesar de temer perder a aposentadoria, que lhe daria segurança caso ele adoecesse novamente:

Hoje em dia acredito que não sou tão inválido assim. Mas o meu problema é trabalhar e o INSS descobrir e eu perder o meu benefício. E se eu trabalhar sem registro, o patrão pode tomar uma multa, e se isso acontecer eu não sei o meu dia de amanhã. Se um dia amanhã acontecer de eu beber, usar droga tipo o crack, daí já era eu conseguir de novo esse benefício³²⁹.

Apesar do receio em perder o benefício e ficar sem recursos caso volte a adoecer, Rogério manifesta o desejo de voltar a trabalhar, bem como de encontrar uma parceira e “ser feliz”:

Relato de experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014. p. 225.

³²⁶ Depoimento Rogério, 2015.

³²⁷ SEIDENBERG, Márcio. Euforias, crises e “remédio extra”. Revista OCAS, nº 65, maio/junho 2009, p. 12-13.

³²⁸ Depoimento Rogério, 2014.

³²⁹ *Idem*, 2015.

Eu me vejo hoje em dia (pausa) como um dependente químico que está só por hoje sóbrio. Agora, tentar melhorar a minha vida é a minha meta. Na verdade a minha meta é arrumar uma companheira, um trampo, casar e ser feliz e fazer alguém feliz. Hoje em dia é só isso. E ajudar também inclusive se eu arrumar um trampo e tudo, vou sempre tentar ajudar o jornal Vozes e o movimento da luta, porque eu acredito que têm pessoas que estão sofrendo por aí e que não merecem. E se eu tenho hoje essa condição de ajudar, por que não agradecer de outra forma essas pessoas tentando ajudar como eu fui ajudado também.

É possível encontrar no discurso de Rogério múltiplos discursos: o da militância da luta antimanicomial, quando ele diz que vai “sempre tentar ajudar o jornal Vozes e o movimento da luta”³³⁰, pois ele também foi ajudado, e muitos ainda estariam “sofrendo por aí e que não merecem”³³¹. E é possível encontrar o discurso dos Alcoólicos Anônimos, quando ele diz que é “um dependente químico que está só por hoje sóbrio”³³². Perseguindo sua sobriedade, Rogério nutre o desejo de ser uma pessoa “normal”: “arrumar uma companheira, um trampo, casar e ser feliz e fazer alguém feliz”³³³.

Vamos conhecer agora a experiência de Natan nos serviços comunitários de saúde mental a partir de 2006.

3.3. A experiência de Natan no NAPS de Santo André e no trabalho em família

No ano de 2006, logo após sair da internação psiquiátrica na Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho, Natan iniciou tratamento no NAPS II, Núcleo de Atenção Psicossocial da região II, 2º Subdistrito de Santo André.

No NAPS, assim como Mariana e Rogério, Natan foi acompanhado por um técnico de referência, que combinou com ele a participação num grupo de psicoterapia e na oficina de xilogravura. O ano de entrada no NAPS coincidiu com o ano em que ele entrou na faculdade, além disso, Natan continuou trabalhando com os pais, por sua frequência no serviço se restringia aos dias dos grupos e às consultas ao psiquiatra.

Seus pais não gostavam da ideia de Natan passar o dia no NAPS, pois acreditavam que ele não aprenderia nada lá, ficando no ócio. Sempre estimularam que Natan trabalhasse, e

³³⁰ *Idem*, 2014.

³³¹ *Idem*, 2014.

³³² *Idem*, 2014.

³³³ *Idem*, 2014.

acreditavam ser mais útil que ele os ajudasse no negócio da família. Apenas nos períodos em que Natan não era capaz de trabalhar com a família, é que ele passava o dia no NAPS: “Teve uma época em que eu vim porque a minha cunhada trabalhava com as amigas dela lá e eu não conseguia trabalhar lá. É, não conseguia me adaptar no grupinho delas e aí eu me afastava”³³⁴.

Concordando com o discurso dos pais, Natan me conta que não gostava de frequentar o NAPS, mas acabou se adaptando, criando vínculos com os outros frequentadores: “a gente também vai se acostumando, né, com as pessoas. Minha mãe, no começo não gostava que eu viesse todo dia. Mas aí você vai conhecendo as pessoas, fazendo amizade aí a gente acabava gostando, né? Mais pelas amizades. Mais pelas pessoas que frequentam.”³³⁵

O NAPS II era o antigo Hospital-Dia, que já existia em Santo André desde 1988, onde surgiu a associação de usuários e familiares. No dia 18 de maio de 1998³³⁶, o Hospital-Dia se transformou em CAPS, ampliando seu atendimento. Em 2003, passou a se chamar NAPS, pois o horário de funcionamento ampliou para 24 horas, tal como os NAPS de Santos. A partir de 1997, o gestor que assumiu a Coordenação de Saúde Mental de Santo André veio da experiência de Santos, assim como muitos outros profissionais que migraram quando o Partido dos Trabalhadores perdeu a gestão daquela cidade. Esses profissionais trouxeram sua experiência, o que influenciou o município a seguir o modelo santista, que defendia a atenção nas 24 horas do dia nos serviços comunitários de saúde mental, responsabilizando-se por internações em momentos de “crise aguda”, pois, de outro modo seria muito difícil prescindir do hospital psiquiátrico. A portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, regulamentou o serviço 24 horas, que foi denominado “CAPS III”. As atividades descritas pela portaria são semelhantes às que o Hospital-Dia e o Ambulatório já realizavam no município, com a diferença do atendimento noturno: atendimento individual e em grupos, “atendimento à família”, foco na “inserção familiar e social”, “acolhimento noturno” e as “oficinas terapêuticas”.

Antes de entrar no NAPS, Natan já tinha se identificado com a pintura, cursando inclusive uma Faculdade de Educação Artística, que foi incentivada pelos pais. O recurso terapêutico que seu técnico de referência lhe ofereceu, todavia, foi a oficina de xilogravura, pois essa seria uma forma dele se expressar. Mas Natan já cursava a faculdade de Educação

³³⁴ Depoimento Natan, 2014.

³³⁵ *Ibidem*.

³³⁶ DIÁRIO DO GRANDE ABC. Bairro Bangu ganha centro de atendimento psicossocial. Santo André, 19 de maio de 1998.

Artística, por isso as oficinas de pintura e xilogravura do NAPS não lhe pareciam tão atrativas. Cursar a faculdade de fato parece ter contribuído para que ele pudesse se expressar:

Eu me desapeguei um pouco dessas vozes, entende? Comecei a me ocupar com outras coisas, né? Porque eu ficava muito quieto, muito retraído. Comecei a me expressar mais, sabe? [...] Tanto que nesses trabalhos da faculdade, muitas coisas eu falo sobre a minha infância... Sobre expressão, meio de comunicação em massa, sobre passar alguma coisa, expressar alguma coisa, né? Então acabei conseguindo me abrir um pouco através da arte. Tanto no teatro, como na dança, na música, nas artes plásticas, no desenho. [...] Coisa que eu não conseguia quando eu estava sozinho em casa, ou mesmo trabalhando. Eu trabalhava, mas as coisas me perturbavam e eu não conseguia me expressar, me abrir³³⁷.

A faculdade de Educação Artística produziu em Natan um efeito semelhante ao que as práticas desenvolvidas por Nise da Silveira proporcionavam aos pacientes que frequentavam o Setor de Terapia Ocupacional no Centro Psiquiátrico Pedro II, e que foi fonte de inspiração para muitas experiências envolvendo arte e saúde mental:

A terapia ocupacional que procurei adotar era de atividades expressivas que pudessem dizer algo sobre o interior do indivíduo e, ao mesmo tempo, falar das relações deste com o meio. (...) O esquizofrênico dificilmente consegue comunicar-se com o outro, falham os meios habituais de transmitir suas experiências³³⁸.

Em casa, Natan ficava bastante ocupado durante seu dia: trabalhava na fabricação de massas das 5 horas da manhã às 5 horas da tarde, ia para a faculdade à noite e duas vezes por semana frequentava os grupos do NAPS. Em 2009 ele ficou sobrecarregado, voltou a sentir as perseguições, por isso ficou alguns dias em “acolhimento noturno” no NAPS. Depois diminuiu o ritmo de trabalho, passando a vender produtos de limpeza com a colaboração de seu pai. A pintura abaixo, que ele pintou com a colaboração de seu tio, expressa o momento em que trabalhara nessa área, no município de Mauá:

³³⁷ Depoimento Natan, 2014.

³³⁸ SILVEIRA, Nise. Apud: MELLO, Luiz Carlos. *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro: Automatica Edições, 2014.p. 92-93.

Figura 2: Local onde Natan e seu pai vendiam produtos de limpeza



“Paisagem de Mauá”. Autoria: Natan com a colaboração de seu tio, 2014.
Fonte: Acervo de Natan

A pintura fazia muito sentido para Natan para que ele pudesse se expressar, mas dedicava-se a ela em seu tempo livre, pois preferia trabalhar em família: “Se eu pensar uma coisa fora do que eu faço hoje, eu vou deixar o meu pai na mão. (...) Eu sou o ajudante mais direto dele. Eu que sou o braço direito do meu pai”³³⁹. Para Natan, uma das vantagens em trabalhar em família é que se ele um dia não estiver bem, será respeitado:

É que a gente trabalha em família. E isso exige que um apoie o outro, né? Sei lá. Se eu escolhesse uma coisa fora disso... Mas eu acho que ainda a família é uma coisa legal. Trabalhar em família é uma coisa legal. Porque tem dia em que você não está muito bem e o outro sabe respeitar mais do que o de fora, né? Não sei, a gente está tentando³⁴⁰.

Se trabalhasse em outro lugar, dificilmente seria tolerado em momentos de crise. Além disso, sua família parece compreender e respeitar o processo de sua doença. Segundo Melman,

Atualmente existe um grande acúmulo de evidências que demonstram a eficácia das intervenções familiares em promover a melhora do quadro clínico, diminuir ou atenuar recaídas e diminuir o número de internações psiquiátricas nos pacientes com transtorno mental severo. (...) O bom funcionamento social desses pacientes depende, portanto, da disponibilidade de um suporte familiar satisfatório³⁴¹.

³³⁹ Depoimento Natan, 2014.

³⁴⁰ *Ibidem*.

³⁴¹ MELMAN, Jonas. *Família e doença mental*. *op. cit.*, p. 89.

O autor afirma que, com o processo de reforma psiquiátrica, milhares de famílias foram obrigadas a receber seus doentes de volta, responsabilizando-se por seu cuidado. E esse retorno gerou conflitos na maioria dos casos. Mas no caso de Natan, pelo menos a partir do que ele trouxe em seus relatos, a família lhe dispensa cuidado, procura estimular que ele estude e trabalhe. E compreende quando ele não está bem para trabalhar, criando outras possibilidades, como a venda de produtos de limpeza por exemplo.

A ligação de Natan com a família se expressa em diversas pinturas, como as apresentadas a seguir:

Figura 3: Pinturas inspiradas nas histórias que o avô lhe contava quando era criança.



“Saci”, “Mula sem Cabeça” e “Lobisomem”. Autoria: Natan, 2015. Fonte: Acervo de Natan

Figura 4: Retrato de seu avô paterno.



Sem nome. Autoria: Natan, 2014. Fonte: Acervo de Natan

Figura 5: Pintura que retrata Natan e seus pais.



“A Família”. A autoria: Natan, 2015. Fonte: Acervo de Natan.

Figura 6: Natan e seus irmãos.



“Os Irmãos”. A autoria: Natan, 2015. Fonte: Acervo de Natan.

Para Melman, o vínculo entre a família e o paciente é geralmente muito difícil e rodeado de problemas, pois cuidar de uma pessoa com transtornos mentais não é nada fácil. Natan relata ter tido desentendimentos com a cunhada, e apesar de mencionar discordâncias

com os pais, não aprofunda essa questão em sua narrativa. A marca que Natan quis deixar em seu depoimento é que o relacionamento com os pais é positivo.

Como muitos outros jovens de sua idade, Natan tem o desejo de constituir sua própria família, buscando encontrar uma companheira, e isso também é retratado em suas pinturas:

Figura 7 – Sobre o namoro



“O namoro”. A autoria: Natan, 2015. Fonte: Acervo de Natan.

Figura 8 – Sobre o namoro



“Espelhos”. A autoria: Natan, 2015. Fonte: Acervo de Natan

Foi com essa perspectiva de futuro que Natan encerrou seu depoimento: “um dia é capaz que eu tenha uma casa, uma esposa, tenha filhos. Mas é uma coisa que requer um pouco de tempo. É só”³⁴².

Natan nunca participou nem da associação de usuários e familiares nem do movimento da luta antimanicomial, portanto, quando ele explica como foi seu tratamento no NAPS, não incorpora o discurso da reforma psiquiátrica, como Rogério e Mariana.

Nos relatos dos três protagonistas desta história, pudemos ver que a “inserção social” almejada pelos serviços construídos pelo movimento de reforma psiquiátrica, se deu ainda em espaços onde eles eram compreendidos. Para Mariana, no lugar dos próprios profissionais da saúde mental. Para Rogério, convivendo dentro da associação, dos encontros da luta antimanicomial e dentro do grupo de AA. E para Natan, dentro da própria família.

³⁴² Depoimento Natan, 2014.

Considerações Finais

O objetivo desta dissertação foi analisar como a experiência da loucura foi vivida por Mariana, Rogério e Natan entre o final do século XX e o início do XXI, na região do Grande ABC, estado de São Paulo. Para tanto, procuramos descrever como era a vida desses sujeitos antes do adoecimento e como foi sua experiência nas instituições de tratamento: nos hospitais psiquiátricos e nos serviços comunitários de saúde mental, num momento em que estava em curso um processo de transformações no campo da assistência em saúde mental, conhecido como reforma psiquiátrica.

A história de vida até o adoecimento contada por Mariana foi bastante marcada pela questão de gênero. Relata que lutou desde muito cedo para superar a condição que era antes imposta às mulheres, conquistando espaço no mercado de trabalho. A história de vida contada por Rogério até o adoecimento foi marcada por situações de risco, pois desde a adolescência estava envolvido com o uso de drogas ilegais. Talvez por isso se considere um sobrevivente. Tornar-se pai aos 18 anos também foi algo que o marcou, pois desistiu de vários sonhos de juventude para fixar-se em um emprego e adaptar-se ao papel de marido. A vida de Natan antes do adoecimento, por sua vez, foi bastante marcada por problemas que ele teve na escola, tanto com alunos quanto com professores.

A partir dos relatos, é possível perceber que quando adoeceram, os três sujeitos desvelaram situações que os incomodavam, mas que não apareciam quando eles tentavam levar uma vida normal: um casamento que não ia bem, no caso de Mariana; um relacionamento sem amor, no caso de Rogério e problemas de relacionamento na escola e no trabalho, no caso de Natan. A loucura parece ter questionado esses aspectos da normalidade.

Percebe-se também que a procura por tratamento não se restringiu a instituições de saúde, mas contemplou espaços religiosos, como o centro espírita no caso de Natan e o terreiro de candomblé no caso de Mariana.

A experiência da internação em hospitais psiquiátricos é vivida e relatada de forma diversa. Mariana, sendo uma militante do movimento antimanicomial, criticou cada detalhe de suas internações, desde a falta de liberdade até o excesso de medicamentos, ainda que estivesse em uma instituição que mais parecia um hotel, como ela mesma reconhece. Rogério, diferente de Mariana, quando me conta sua experiência de internação nos hospitais psiquiátricos, ainda que estivessem em piores condições do que onde ela ficou internada, não

diz ter sofrido, talvez porque tenha descoberto meios de sobreviver naquele local sem passar por tanto sofrimento. Ao contrário, conseguiu manipular muitas situações, seja para conseguir remédios, seja para sair de lá. Assim como Mariana, Natan ficou internado em uma ala paga por convênio médico, por isso a estrutura do local parecia melhor do que onde ficou Rogério.

Natan nunca participou nem do movimento da luta antimanicomial, nem da associação de usuários e familiares, portanto não criou juízo de valor: nem criticou os hospitais psiquiátricos nem elogiou o NAPS. Mariana, por outro lado, descreveu sua experiência no ambulatório de saúde mental que se transformou em CAPS sempre de forma elogiosa, explicando inclusive teoricamente como esses serviços devem funcionar. Rogério também se referiu ao CAPS de forma elogiosa, demonstrando gratidão pelo psicólogo que o atendera, bem como ao psiquiatra que lhe dera o laudo que garantiu sua aposentadoria por invalidez. No entanto, é aos Alcoólicos Anônimos que Rogério atribui sua “sobriedade”, trazendo para o seu discurso, a todo o momento, noções presentes no discurso do grupo.

A partir dos relatos sobre a experiência institucional, pôde-se perceber que durante o período em que Mariana, Rogério e Natan estiveram em tratamento nos serviços comunitários de saúde mental houve mais possibilidades de inserção social do que no período em que estiveram em clínicas psiquiátricas. Mariana passou a se engajar na associação de usuários e familiares e no movimento da luta antimanicomial, voltando a realizar atividades que não acreditava mais ser capaz de realizar. Rogério conheceu outros espaços da cidade, como o Centro de Referência da Juventude, onde voltou a compor poesias e teve uma delas transformada em música; a associação, onde se engajou na produção de um jornal; e o grupo de AA. Natan continuou trabalhando com a família e cursando a faculdade ao mesmo tempo em que frequentava o NAPS.

Quanto aos limites desta pesquisa, é importante lembrar que as narrativas orais são fontes produzidas no momento em que os entrevistados estão diante do gravador e do entrevistador. Por isso, o conteúdo de suas narrativas pode ter sido influenciado por como o entrevistador é visto por eles. Neste caso, dois dos entrevistados – Mariana e Rogério, já conheciam a entrevistadora como militante do movimento antimanicomial, por isso, ao narrarem suas histórias de vida, podem ter dado mais ênfase ao discurso da reforma psiquiátrica. Suas narrativas podem ter sido influenciadas também pelo lugar que cada um ocupava no momento em que concederam as entrevistas: Mariana era uma militante do movimento antimanicomial e profissional de saúde mental; Rogério frequentava o movimento antimanicomial, a associação, o CAPS e grupo de AA; Natan trabalhava em família. Por isso,

se as entrevistas fossem realizadas por outro pesquisador ou em outro momento de suas vidas, nossos protagonistas poderiam ter revelado outras experiências.

REFERÊNCIAS

FONTES DE PESQUISA

Fontes Orais

Depoimento de Mariana, 29/01/2014.

Depoimento de Rogério, 04/02/2014 e 20/01/2015.

Depoimento de Natan, 29/01/2014 e 19/01/2015.

Fontes Audiovisuais

J.H.S. “Paisagem de Mauá”, 2014.

_____. “Saci”, 2015.

_____. “Lobisomem”, 2015.

_____. “Mula sem Cabeça”, 2015.

_____. Sem nome, 2015.

_____. “A Família”, 2015.

_____. “Os Irmãos”, 2015.

_____. “O namoro”, 2015.

_____. “Espelhos”, 2015.

M.M.M. *Horizontes*. In: PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ. SECRETARIA DE CULTURA/SECRETARIA DE SAÚDE. CD Viajar, 2002.

Fontes Impressas

A TRIBUNA. Família sofre longo drama. Santos, 10 de julho de 1994. In MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *Alcoólicos anônimos*. São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, 2014.

BUENO, Austragésilo Carrano. *Canto dos Malditos*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

CORDEIRO, M. D. *Trajetória da loucura: a importância do cuidado. Uma reflexão sobre a reabilitação psicossocial como um laço social*. Monografia (Especialização em Saúde Mental). Faculdade de Medicina do ABC/Prefeitura de São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo: FMABC/PMSBC, 2014.

DIÁRIO DO GRANDE ABC. Associação defende Hospital-Dia. 22 de dezembro de 1992.

_____. Bairro Bangu ganha centro de atendimento psicossocial. Santo André, 19 de maio de 1998.

_____. Família procura paciente desaparecido. 22 de junho de 1994. In MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

DIÁRIO POPULAR. Deputados discutem a violência com Covas. São Paulo, 23 de maio de 1995. In MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

_____. Justiça recebe pedido para interditar hospital de Mauá. São Paulo, 22 de julho de 1994. In MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

FOLHA DE SÃO PAULO. 'Ex-paciente inventou tudo', diz advogado. São Paulo, 6 de janeiro de 1994. In: MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. In MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

_____. *Manicômio registra 20 desaparecimentos*. São Paulo, 14 de julho de 1994. In MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

_____. Mulher ainda procura o marido. São Paulo, 06 de julho de 1994. In MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

ISTO É. A roda da loucura. 19 a 25 de junho de 1994. In MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

JORNAL VOZES DA SAÚDE MENTAL. Santo André, jun.-jul.; 2006.

_____. Santo André, mar.-abr, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 113-114.

_____. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 85.

SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo / Sônia Barros, Regina Bichaff (Orgs.)*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.

_____. *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014*. São Paulo: FUNDAP/Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2015.

SEIDENBERG, Márcio. Euforias, crises e “remédio extra”. *Revista OCAS*, nº 65, maio/junho 2009, p. 12-13.

Leis e Portarias

BRASIL. Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

Fontes Documentais

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito instituída com a finalidade de investigar e propor soluções no que concerne aos manicômios do Estado de São Paulo. In: *DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO*. Poder Legislativo, São Paulo, 107 (102), 4 de junho de 1997, pp. 10-15.

ASSOCIAÇÃO JOSÉ MARTINS DE ARAÚJO JÚNIOR. Estatuto Social. Santo André, 1992.

MOVIMENTO SOS SAÚDE MENTAL. Repercussão na imprensa das investigações sobre violências praticadas no Centro Comunitário São Marcos. Mauá: SOS SAÚDE MENTAL, 1994.

Fontes Digitais

BIANCARELLI, Aureliano. *Maconha é a nova arma contra o crack*. Folha de São Paulo. 20 de abril de 1997. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff200401.htm>. Acesso em 02/04/2015.

IRMÃS HOSPITALEIRAS NO BRASIL. Histórico. Disponível em: <http://www.hospitaleirasbrasil.org/index.php?irmas=Nav/Resumo>. Acesso em 15 de janeiro de 2015.

CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DO CAMINHO. Site institucional. Disponível em: <http://www.hospitaleirasbrasil.org/index.php?irmas=Nav/Caminho>. Acesso em 15 de janeiro de 2015.

BIBLIOGRAFIA

ADORNO, Rubens. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)*. São Paulo, v. 4, n. 1, 2008. pp. 1-10.

AGUIAR, Marcela Peralva. *Programa de Ansiedade e Depressão: o desenvolvimento da psiquiatria biológica no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1984-1998)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

ALBERTI, Verena. *Manual de História Oral*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

_____. “Histórias dentro da História”. In PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Fontes históricas*. São Paulo: Contexto, 2014. pp. 155-202.

ALMEIDA, Cecília Cardoso Teixeira. *O Grande ABC Paulista: o fetichismo da região*. Tese (Doutorado em Geografia). Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BARREIROS, Graziella Barbosa. *Proposta de criação de um núcleo de planejamento e gestão para as residências terapêuticas de Santo André-São Paulo*. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

BIANCHI, César. *A história do Sanatório 'Américo Bairral': uma contribuição à História da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Livraria Espírita 'Katie King'/Lar da Família Universal, 1984.

BIRMAN, Joel. "Dionísios desencantados". In: *Drogas: uma visão contemporânea: I Jornada sobre toxicomania/do NEPAD, UERJ*. RJ: Imago, 1993.

BORELLI, Andrea; MATOS, Maria Izilda. "Trabalho: espaço feminino no mercado produtivo". In PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2013.

BRUSCHINI, Cristina; PUPPIN, Andrea Brandão. Trabalho de mulheres executivas no Brasil no final do século XX. *Cadernos de Pesquisa*, v. 34, n. 121, jan.-abr. 2004, pp. 105-138,

CAMBRAIA, Marisa. *As Práticas e os Processos de Trabalho nos Ambulatórios de Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. São Paulo: USP, 1999.

CASSÍLIA, Janis Alessandra Pereira. *Doença Mental e Estado Novo: a loucura de um tempo*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

CENTRO DE ESTUDOS MIGRATÓRIOS. *Migrações no Brasil: o peregrinar de um povo sem terra*. São Paulo: Paulinas, 1986.

CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 2014

DALMOLIN, *Esperança equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma Psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, 2013, 39-54.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. "As origens da Reforma Sanitária e do SUS". In LIMA, Nísia Trindade (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2009.

GAIARSA, Octaviano Armando. *A cidade que dormiu três séculos. Santo André da Borda do Campo, seus primórdios e sua evolução histórica: 1553-1960*. Santo André: Tipografia Bandeirante, 1968.

_____. *Santo André: ontem, hoje e amanhã*. SP: Prefeitura Municipal de Santo André, 1991.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOUVEIA, Eliane Hojaij. *O silêncio que deve ser ouvido: mulheres pentecostais em São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1986.

HENNA, Elizabete Satie. *Descrição do processo de Reforma Psiquiátrica em Santo André de 1987 a 2006*. Monografia (Especialização Interdisciplinar em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

HODJA, Edith Gross. *Imigração dos judeus poloneses em São Paulo (1925-1940)*. Tese (Doutorado em Língua Hebraica, Literatura e Cultura Judaicas). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

HUERTAS, Rafael. Historia de la psiquiatria ¿Por qué? ¿Para qué? *Frenia*, Vol. I-1-2001. pp. 9-36.

LUZ, Nádía. *Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental*. Franca, SP: Unifran, 2006.

MACHADO, Maria Clara Tomaz; POMBO, Ricieli Majori Reis. “A loucura sob um outro olhar: reorganização dos serviços de atendimento em saúde mental (Uberlândia-MG, 1984-2005)”. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádía Maria Weber (Org.). *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. Uberlândia: EDUFU, 2010.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo: Constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2000.

MARGONATO, Fabiana Burdini; BONETTI, Maria de Fátima de Souza; NISHIYAMA, Paula. Reações adversas ao haloperidol. *Informa*, v. 16, nº 9-10, 2004.

MEDICI, Ademir. *Migração e urbanização: a presença de São Caetano na região do ABC*. São Paulo: Hucitec/Prefeitura de São Caetano do Sul, 1993.

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

MELO, Matilde Maria Almeida. Da cidade ideal à cidade intencional: cidade ABC – a utopia colaboradora. Tese (Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC-SP, 2001.

MESQUITA, Fábio. “AIDS e drogas injetáveis”. In *Drogas: uma visão contemporânea: I Jornada sobre toxicomania/do NEPAD, UERJ*. RJ: Imago, 1993.

MOLINA, Andrés Ríos. Un mesías, ladrón y paranoico em el manicômio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 37, enero-junio 2009, p. 71-96.

MORO, Mario Alexandre; HENNA, Elizabete Satie. Jornal Vozes. In PINHO, Kátia Liane Rodrigues; PINHO, Leonardo Penafiel; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira e MACHADO,

Maria Lúcia Teixeira (Org.). *Relato de experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde*. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

NASCIMENTO, D. R. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NERY, Luciene de Jesus. *O comportamento suicida e a religiosidade: revisão sistemática de literatura*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, Amanda Schreiner; WURFEL, Rudiane Ferrari. O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack. *Aletheia*, n. 34, Canoas, abr. 2011.

POMBO, Riciele Majorí Reis. *A Nova Política de Saúde Mental: entre o precipício e paredes sem muros (Uberlândia – 1984-2006)*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

PORTER, Roy. The Patient's View: Doing Medical History from Below. *Theory and Society*. v. 14, n. 2, mar., 1985, pp. 175-198.

_____. *Uma História Social da Loucura*. RJ: Jorge Zahar Editor, 1990.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário e TUNDIS, Silvério (Org.) *Cidadania e loucura: origem das políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

RIBEIRO JUNIOR, Daniel. *Desindustrialização do ABC: emprego e desemprego em tempos de mudança*. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Ciências Administrativas da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008.

RIBEIRO, Raphael Alberto. “A loucura entre dois mundos: práticas de intervenção médica e assistencialismo no Sanatório Espírita de Uberlândia (1932-1970)”. In *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádia Maria Weber (Org.). Uberlândia: EDUFU, 2010. pp. 202-203.

RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 3, pp. 460-483.

SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos. A construção do alcoolismo no conhecimento médico: uma síntese. In NASCIMENTO, D. & CARVALHO, D. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo, 2004.

SOARES, Édison Maximiliano de Oliveira. Lei de drogas: descriminalização do uso no Brasil sob o olhar da criminologia. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13278&revista_caderno=3 Acesso em 15 de julho de 2015.

SCOTT, Joan W. A invisibilidade da experiência. *Proj. História*, São Paulo, (16), fev. 1998. p. 297-325.

SILVEIRA, Nise. Apud: MELLO, Luiz Carlos. *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro: Automática Edições, 2014.

TEIXEIRA, Maria Lina Leão. Encruzilhada do ser: representações da (lou)cura em terreiros de candomblé. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1994.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan.-abr.2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. In Idem (Org.). *Abordagens Psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

_____. “Reinvenção da Cidadania no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários”. In AMARANTE, Paulo. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. pp. 169-194.

VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú; CASSÍLIA, Janis Alessandra P. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural*, Ano XI, nº 22, 1º. Semestre 2010.

_____. O Eu dividido moderno: uma análise antropológica da categoria esquizofrenia. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1998, p. 144.

_____. *Sobre a “Nova Psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

WADI, Yonissa Marmitt. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

_____. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. *Topoi*, v. 12, n.22, jan-jun. 2011, pp. 250-269.

_____. Quem somos nós, loucos? Um ensaio sobre limites e possibilidades da reconstituição histórica de trajetórias de vida de pessoas internas como loucas. *Anos 90*. Porto Alegre, v. 13, n. 23/24, p. 287-319, jan./dez. 2006. pp. 302-303.

WEBER, Nádia. *História de Sensibilidades: Espaços e narrativas da loucura em três tempos (Brasil, 1905/1920/1938)*. 385 f. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.