

Juliana de Carvalho Ribeiro Vilella

**“A VIDA NÃO É DE BRINCADEIRA”:  
Narrativas de um sujeito sobre sua experiência em internações psiquiátricas.**

Brasília  
2014

Juliana de Carvalho Ribeiro Vilella

**“A VIDA NÃO É DE BRINCADEIRA”:  
Narrativas de um sujeito sobre sua experiência em internações psiquiátricas.**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Psicologia do Centro Universitário de Brasília  
– UNICEUB como requisito parcial à  
conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Tania Inessa Martins  
de Resende

Brasília  
2014

Juliana de Carvalho Ribeiro Vilella

**“A VIDA NÃO É DE BRINCADEIRA”**  
**Narrativas de um sujeito sobre sua experiência em internações psiquiátricas.**

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Tania Inessa Martins de Resende

Brasília, 15 de julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Tania Inessa Martins de Resende

---

Profa. Tatiana Lionço

---

Prof. Frederico Abreu

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, em algum momento de suas existências, vivenciaram a intensa experiência do sofrimento psíquico, e foram submetidas a violentas e excludentes interações.

Dedico também àqueles que acreditam e lutam por uma sociedade mais justa, tolerante e igualitária.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e companheiro de vida, Ricardo, pelo apoio, incentivo e paciência durante todo esse processo, com a certeza de que nosso amor e caminhada juntos tornou possível a realização deste sonho.

Ao meu pequeno príncipe, meu filho Renato, por ter chegado em minha vida e me ensinado mais que qualquer graduação poderia me ensinar. Ser sua mãe renova a cada dia minha esperança de um mundo melhor.

À minha grande família, especialmente aos meus pais, José Alberto e Mariana, por serem minhas maiores inspirações, cada um por seus motivos, para eu me tornar psicóloga. Aos meus irmãos, José Alberto Jr., Ana Luiza, Maria Izabel e Maria Letícia, por fazerem parte da minha vida de forma tão significativa.

À minha sogra, Divina, pela inestimável ajuda nos cuidados com meu filho Renato, nos momentos em que precisei me ausentar para concluir essa difícil jornada.

À minha orientadora e principal referência na área da saúde mental, Tania Inessa, pela disponibilidade e valiosas orientações e por compartilhar toda sua sabedoria e experiência de forma tão sensível, atenciosa e acolhedora.

À equipe da Unidade de Atendimento em Meio Aberto do Paranoá, pelos consideráveis aprendizados obtidos nestes anos de trabalho e que certamente contribuirão para que minha atuação profissional seja sempre pautada no respeito e cuidado com aqueles que se encontrem em vulnerabilidade.

Aos meus queridos “amigos-terapeutas”, pela amizade e supervisões informais durante todo o processo da graduação: Patrícia Del Solar, Enrique Bessoni e Thâmara Falleiros.

*“Não pense que uma pessoa tem tanta força assim a ponto de levar qualquer espécie de vida e continuar a mesma. Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso: nunca se sabe qual o defeito que sustenta o nosso edifício inteiro”.*

(Clarice Lispector)

## **RESUMO**

A presente pesquisa teve como objetivo analisar as consequências da experiência de ser submetido a recorrentes internações em instituições psiquiátricas, a partir de narrativas biográficas de um sujeito que vivenciou essas situações ao longo de 19 anos de sua vida. Buscou-se analisar os impactos da violência institucional ao qual indivíduos submetidos a internações psiquiátricas foram historicamente expostos e discutir quais os meios podem ser utilizados para a retomada de sua autonomia. Neste sentido, foi realizada uma breve contextualização histórica da loucura, considerando a trajetória na qual esta passou a ser tratada como uma doença e quais as consequências desta mudança de paradigma. Discutiu-se também o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, demarcando suas principais características, além de seus desdobramentos, como a criação dos serviços substitutivos como dispositivos que objetivam a extinção do hospital psiquiátrico. Para a análise das entrevistas narrativas, foi utilizada a hermenêutica de profundidade, como aporte metodológico. É possível concluir que muito já se avançou no que diz respeito à forma de se cuidar e entender a loucura no contexto atual; no entanto, a violência institucional, pautada em práticas manicômiais, ainda continua a existir, mesmo fora dos manicômios.

Palavras-chave: Loucura. Reforma psiquiátrica. Internações psiquiátricas.

## **ABSTRACT**

This research aimed to analyze the consequences of the experience of being submitted to recurrent hospitalizations in psychiatric institutions, from the narrative of an individual who experienced these situations over 19 years of his life. It was analyzed the impacts of the institutional violence against those individuals on psychiatric hospitalizations and discussed which paths can be used for the return of their autonomy. In this sense, a brief historical background of madness, considering the trajectory on which it came to be treated as a disease and the consequences of this paradigm shift. Also discussed the process of psychiatric reform in Brazil, highlighting its main features, and its consequences, such as the creation of replacement services as means that aims to extinction of the psychiatric hospital. For the analysis of narrative interviews, in-depth hermeneutics was used as the methodological approach. It is possible to understand that much has been achieved with regards to how to care for and understand the madness in the current context; however, institutional violence grounded in asylums practices, still exists, even outside the asylums.

**Keywords:** Madness. Psychiatric reform. Psychiatric hospitalizations.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
1. O SILENCIAMENTO DA LOUCURA .....	13
1.1. Uma breve contextualização .....	13
1.2. Instituições Totais.....	16
1.3. Um outro olhar sobre a loucura.....	18
2. SAÚDE MENTAL E A REALIDADE BRASILEIRA .....	21
2.1. A reforma psiquiátrica no Brasil .....	21
2.2. Os serviços substitutivos.....	24
2.3. Autonomia e Empoderamento.....	26
3. METODOLOGIA .....	29
3.1. Tipo de estudo .....	29
3.2. Participante.....	30
3.3. Procedimentos .....	30
3.4. Análise dos dados.....	32
4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS NARRATIVAS.....	36
4.1. Análise sociohistórica.....	36
4.2. Análise formal.....	43
4.2.1. Crise .....	44
4.2.2. A internação.....	47
4.2.3. Pós-internação .....	50
4.2.4. A relação com o saber médico.....	51
4.3. Interpretação/Reinterpretação .....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
REFERÊNCIAS .....	61
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	64

## INTRODUÇÃO

Em 1882, foi publicada a obra literária, *O Alienista*, escrita por Machado de Assis e considerada uma obra-prima da literatura brasileira. Neste conto, o autor narra a história de um renomado médico, o Dr. Simão Bacamarte, que após um período em Portugal e na Espanha, retorna ao Brasil, mais especificamente a Itaguaí, onde pretende, em nome da ciência, “estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal” (ASSIS, 1998, p. 12).

Para alcançar seu objetivo, o médico decide criar na cidade um local onde os loucos deveriam ser recolhidos, que ficou conhecido como “Casa Verde”, propiciando, assim, um amplo campo de estudos para o alienista. No decorrer da história, a ânsia do médico em “demarcar definitivamente os limites da razão e da loucura” se tornou tão forte, que se iniciou uma coleta desenfreada de indivíduos “enfermos” na cidade, de forma que quatro quintos da população de Itaguaí acabaram no interior da Casa Verde (ASSIS, 1998, p. 18).

“Tudo era loucura” e o terror tomou conta da cidade: “já não se sabia quem estava são, nem quem estava doido”. A Casa Verde passou a ser chamada de “A bastilha da razão humana” e “cárcere privado”, entretanto, poucos tinham coragem de questionar as atitudes do alienista, pois ele afirmava “que a ciência era a ciência” e sempre agia em nome desta, o que lhe dava uma legitimidade quase inquestionável. Dessa forma, “encarnando a ciência, Simão Bacamarte se converte em entidade distante, fria e intocável e se coloca acima do bem e do mal” (ASSIS, 1998, p. 26).

Esta marcante obra de Machado de Assis foi escrita há mais de um século atrás, no entanto, parece ter um caráter atemporal. O autor, utilizando-se da ficção, acaba por denunciar um fato que já estava consumado na Europa e que começava a se tornar realidade no Brasil: a construção de estabelecimentos cujo fim era recolher indivíduos considerados loucos, com a intenção de tratá-los, curá-los e, se possível, devolvê-los à sociedade. Essas práticas asilares tinham o respaldo da ciência e do saber médico, de forma que durante décadas, foram reproduzidas e se consolidaram, tornando-se quase naturalizadas, e mesmo que a cura almejada não tenha sido alcançada, processos de desumanização e violência institucional foram estabelecidos.

Pode-se afirmar que, no contexto atual, muito já se avançou no que diz respeito à forma de se cuidar e entender a loucura; no entanto, muitos indivíduos já vivenciaram, ou ainda vivenciam, experiências de violência institucional e total ausência de direitos em instituições criadas para “tratar” a loucura. Neste sentido, o objetivo desta pesquisa é analisar as consequências da experiência

de ser submetido a recorrentes internações em instituições psiquiátricas, a partir de uma narrativa biográfica. Serão analisados também os impactos da violência institucional ao qual indivíduos submetidos a internações psiquiátricas foram expostos durante séculos e discutir quais os caminhos podem ser utilizados para a retomada de sua autonomia, à luz dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

No primeiro capítulo deste trabalho será realizada uma breve contextualização da loucura, bem como será avaliado o contexto histórico no qual esta passou a ser considerada uma doença passível de cuidados médicos, e as consequências advindas desta mudança de paradigma. Serão analisadas também as instituições totais e suas principais características, tendo como foco principal o manicômio. Por fim, será discutido o surgimento de um movimento que se iniciou em alguns países questionando a forma hegemonicamente estabelecida de tratar a loucura, tendo Franco Basaglia, psiquiatra italiano, seu maior expoente.

Já no segundo capítulo, será abordado o contexto brasileiro no que tange à reforma psiquiátrica no país, movimento que teve início na década de 70, visando, entre outros objetivos, a superação do modelo asilar, e tendo como principal influência, a reforma psiquiátrica italiana. Será discutida ainda a criação dos serviços substitutivos como dispositivos que objetivam a extinção do hospital psiquiátrico e suas principais contribuições e limitações para essa nova forma de tratar a loucura. Finalmente, será analisada, através de olhares de diferentes autores, a noção da busca da autonomia e empoderamento de indivíduos que foram submetidos a recorrentes internações psiquiátricas.

No terceiro capítulo, serão discutidas características da presente pesquisa: inicialmente será apresentado o tipo de estudo realizado; em seguida serão fornecidas informações sobre o sujeito da pesquisa: um indivíduo do sexo masculino, de 67 anos, que foi submetido a internações psiquiátricas durante 19 anos de sua vida; serão apresentados ainda os procedimentos realizados, enfatizando a importância das entrevistas narrativas para o objetivo deste estudo; e, finalmente, será discutido o referencial metodológico utilizado para a análise do material coletado.

Finalmente, no quarto capítulo, será apresentada a análise das entrevistas narrativa propriamente dita, dividida em três fases: análise sociohistórica, análise formal e interpretação/reinterpretação (THOMPSON, 1995).

A escolha da entrevista narrativa como método para a construção das informações qualitativas, se deu pelo fato de que o estudo de narrativas na saúde mental consiste em escolha ética e política, pois possibilita aos sujeitos falarem sobre si, ao invés de serem apenas descritos por outras pessoas. Ademais, é relevante considerar que o ponto de vista dos usuários é comumente

desconsiderado por parte das pesquisas avaliativas de saúde, além de frequentemente não serem encontradas ferramentas metodológicas efetivas para compreender as singulares formas de os usuários narrarem suas experiências de vida (BRAGA, 2012).

É importante destacar também que falar sobre a história e sobre a violência existente nas internações psiquiátricas é falar sobre uma forma de opressão historicamente institucionalizada, aceita e legitimada pelas forças dominantes da sociedade e, muitas vezes, a exposição desta realidade, pode ser o ponto de partida para a mudança necessária nas políticas e instituições de assistência que perpetuam essa forma de tratamento (VASCONCELOS, 2005).

Por fim, ressalta-se que o esforço empreendido neste trabalho não é meramente uma questão acadêmica por busca de respostas, mas, sobretudo, trata-se de uma tentativa de abordar uma temática cuja relevância social, clínica e científica é concreta e real, tendo em vista que, infelizmente, muitas “Casas Verdes” já existiram e continuam a existir em nossa sociedade, segregando, excluindo e violentando indivíduos em sofrimento psíquico grave.

## **1. O SILENCIAMENTO DA LOUCURA**

### **1.1. Uma breve contextualização**

Ao se pesquisar o cenário atual da saúde mental e da reforma psiquiátrica no Brasil é imprescindível se considerar, de forma breve, a trajetória histórica na qual a loucura passou a ser considerada uma doença e a partir daí, tornou-se um objeto passível de intervenção médica e, conseqüentemente, de tutela.

Na Europa, durante a Idade Média, Foucault (2000) afirma que a existência dos loucos era tolerada, de forma que esses sujeitos perambulavam pelas cidades e vagavam livremente por elas. Ornellas (1997) salienta que neste período, os loucos eram acolhidos nas famílias, andavam pelas estradas ou eram abrigados por um princípio de hospitalidade. Existiam ainda aqueles cuja loucura era associada à possessão demoníaca. Esses indivíduos acabavam à mercê de procedimentos inquisitoriais, cujas práticas, envoltas em grande perversidade, consistiam muitas vezes em torturar e matar essas pessoas (PESSOTTI, 1994).

No entanto, aproximadamente a partir do século XVII, com a constituição da sociedade industrial, a existência desses indivíduos deixou de ser admitida e, “em resposta às exigências da sociedade industrial, criaram-se quase simultaneamente, na França e na Inglaterra, grandes estabelecimentos para interná-los” (FOUCAULT, 2002, p. 261).

Diante disto, ocorre o que Foucault (2000) denominou de “Grande Internação”, com a criação do Hospital Geral, local que tinha como objetivo acolher todos aqueles que não se adequavam a ordem vigente: prostitutas, mendigos, leprosos, homossexuais, loucos, e todos os que, de alguma maneira, interferiam na ordem e no espaço social.

Essas instituições desempenhavam simultaneamente uma função de “assistência e de repressão”, onde se apresentavam os “ritos de hospitalidade” ligados à Igreja, além da “preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever da caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar” (FOUCAULT, 2000, p. 53).

Ornellas (1997) afirma que esses estabelecimentos de internação não eram apenas lugares de abrigo, mas constituíram-se enquanto instituições morais, cujos objetivos principais eram castigar e corrigir. As suas regras eram semelhantes às das prisões, e não havia qualquer relação com cuidados médicos. É importante ressaltar que neste período, os loucos conviviam com os demais

internados, de forma que durante séculos foram colocados de maneira indistinta em prisões e outras casas de internamento.

Amarante (1998) ressalta que, nesta fase, a preocupação com critérios médico-científicos, expressos através do saber médico, ainda eram inexistentes e o olhar sobre a loucura não se diferenciava das outras categorias marginais.

É apenas no final do século XVIII que o internamento passou a ter um caráter médico, quando Pinel, médico francês, associou a loucura à doença, com a intenção de libertar os loucos das prisões e tratá-los como doentes. Pinel postulou o isolamento como fundamental para executar regulamentos de polícia interna e observar de forma sistemática os sintomas e assim descrevê-los. Dessa maneira, Pinel liberta a loucura para poder então torná-la objetiva (AMARANTE, 1998; FOUCAULT, 2000).

Pessotti (1994) afirma que, na visão de Pinel, apenas uma observação demorada e minuciosa da conduta de numerosos pacientes, tornaria possível o ordenamento da “massa caótica” de sintomas que se apresentam. Assim, “dessa exigência metodológica talvez derive o apego de Pinel à instituição hospitalar como condição de acerto diagnóstico” (p. 146).

Neste sentido, a “libertação” dos loucos iniciada por Pinel é amplamente questionada, tendo em vista que “diz-se que Pinel liberou os loucos em 1793, mas o que ele liberou não eram senão enfermos, velhos, ociosos e prostitutas: ele deixou os loucos dentro dos estabelecimentos” (FOUCAULT, 2002, p. 266).

Ornellas (1997) afirma que tanto o modelo asilar iniciado por Pinel na França, quanto o modelo do Retiro, criado por Tuke na Inglaterra, retiraram as correntes e grades que prendiam os loucos, mas estes continuaram internados, agora sob cuidados médicos. Com a implantação deste modelo asilar, a relação entre médico/paciente foi se transformando e o poder médico se tornando cada vez mais acentuado, de forma que o louco, agora tratado como doente mental e diante do poder e autoridade do médico, é despojado de sua condição de sujeito. Assim, “no asilo retiram-se as correntes do louco, mas sua vontade é transferida ao querer do médico” (ORNELLAS, 1997, p. 107).

Neste sentido, surge a “ironia das contradições” deste movimento, conforme conclui sabiamente Foucault (2000): permite-se que o louco atue livremente, porém, em um espaço mais fechado, mais rígido e menos livre que o internamento do Hospital Geral; liberam o louco do parentesco com o crime e o mal, no entanto, fecham-no em mecanismos rigorosos de um determinismo; e por fim, as correntes que impediam o uso de sua livre vontade são retiradas, mas substituídas pelo querer médico. Dessa forma, “o louco doravante está livre, e excluído da liberdade.

Outrora ele era livre durante o momento em que começava a perder sua liberdade; é livre agora no amplo espaço em que já a perdeu” (FOUCAULT, 2000, p. 508).

É importante ressaltar que as conseqüências dessa mudança de paradigma iniciada por Pinel, mesmo que à princípio tenha sido considerada um “ato de libertação”, foram a criação dos manicômios, a instauração do saber psiquiátrico como absoluto e inquestionável e a visão do louco como um ser incapaz, desprovido de razão (AMARANTE, 1998).

Alguns anos mais tarde, do outro lado do oceano atlântico, em 1852, foi inaugurado no Brasil o Hospício Dom Pedro II, posteriormente nomeado de Hospício Nacional de Alienados, tornando o Brasil o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio com base no modelo asilar francês (GUIMARÃES et al, 2013).

É importante ressaltar que o contexto no qual o Brasil se encontrava antes da construção do Hospital Dom Pedro II, já demonstrava práticas de exclusão dos loucos que aqui viviam. Os loucos que pertenciam às famílias ricas eram mantidos isolados em quartos fechados e a família detinha a responsabilidade por sua sobrevivência, tratamento e controle. Nos casos de crises mais violentas, esses indivíduos poderiam ser internados na Santa Casa de Misericórdia, local criado inicialmente para acolher, tratar e cuidar de pessoas carentes e enfermas. Já os loucos que perambulavam pelas ruas, tinham sua liberdade assegurada, desde que não assumissem comportamentos considerados violentos ou perigosos, tendo em vista que neste caso poderiam ser presos, recolhidos à Santa Casa de Misericórdia ou restituídos às suas famílias (ENGEL, 2001).

De acordo com Engel (2001, p. 190), as condições precárias as quais os loucos estavam submetidos no interior da Santa Casa, cujas instalações pareciam verdadeiras “gaiolas humanas”, onde não havia ar e luz suficientes e os internados recebiam um tratamento “bárbaro”, sem a presença de médicos destinados exclusivamente aos cuidados destas pessoas, iniciaram uma onda de manifestações médicas a favor da criação de um hospício na cidade do Rio de Janeiro. Tendo como base o movimento inaugurado por Pinel, os médicos brasileiros passaram então a reivindicar a construção de um “asilo especialmente destinado aos alienados, onde lhes seria proporcionado um ‘tratamento físico e moral’ ao mesmo tempo mais ‘humano’ e mais ‘eficiente’, ou seja, capaz de ‘restabelecê-los’, de resgatá-los à razão”.

Oda e Dalgarrondo (2005) afirmam que após a construção do Hospício Nacional de Alienados na cidade do Rio de Janeiro, foram criadas diversas outras instituições que se denominavam “exclusivas para alienados” em São Paulo, Pernambuco, Minas Gerais, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Paraná.

No entanto, não é possível se falar em manicômios no Brasil, sem citar um dos maiores hospícios já existente neste país, e que se tornou símbolo da extrema violência existente no interior desses estabelecimentos.

O Hospital Colônia de Barbacena, conhecido por “Colônia”, foi fundado em 1903 na cidade mineira de Barbacena e neste local ocorreram episódios de barbárie e desumanidade extremas contra pessoas que de alguma maneira interferiam na ordem vigente: opositores políticos, alcoólatras, prostitutas, homossexuais, epiléticos, loucos e todos os tipos de pessoas que se encontravam marginalizadas socialmente. O fato que chama bastante atenção é que de acordo com estudos, cerca de 70% dos internados, não possuíam nenhum diagnóstico de transtorno mental (ARBEX, 2013).

De acordo com Arbex (2013), o Hospício Colônia inicialmente possuía capacidade para 200 leitos, no entanto, em alguns momentos chegou a contar com cinco mil pacientes internados, sendo que aproximadamente 60 mil pessoas morreram dentro da instituição durante o seu período de existência, e pelo menos 33 crianças também passaram por lá. As condições desumanas extremas a que os internados estavam sujeitos, como fome, frio, doenças, espancamentos, eletrochoques constantes e todo tipo de violação dos direitos mais básicos chocaram Franco Basaglia, que em 1979, realizou uma visita ao Colônia e sentiu como se estivesse em um campo de concentração nazista.

Esse triste e chocante episódio que marcou a história do Brasil durante o século XX não deve ser esquecido e nem silenciado, pelo contrário, deve ser noticiado e explicitado, pois, o seu fechamento, não significou o fim de outros manicômios pelo país, e nem a mudança na forma de se tratar e compreender a loucura em nossa sociedade.

Nesse sentido, é importante ressaltar que apesar do avanços advindos do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, como será visto no próximo capítulo, ainda é possível encontrar instituições que sustentam seu funcionamento e práticas em modelos hospitalocêntricos calcados no isolamento e violência, excluindo os sujeitos e transformando-os em meros objetos do saber médico.

## **1.2. Instituições Totais**

Todas essas instituições, mesmo que não possuam as dimensões catastróficas do Hospital Colônia, apresentam características que possibilitam identificá-las enquanto instituições totais.

De acordo com Goffman (1999, p. 11), a instituição total pode ser definida “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. O autor salienta ainda que os manicômios constituem-se um tipo de instituição total



sendo “locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, mesmo que de maneira não-intencional” (p. 16-17).

Outros aspectos importantes definem uma instituição total, como por exemplo: a existência de barreiras que anulam as relações dos indivíduos com o mundo externo; todos os aspectos da vida do indivíduo ocorrem em um mesmo local e sob uma autoridade central; todas as atividades diárias tendem a ocorrer na presença imediata de um grupo relativamente grande de pessoas e em horários pré-determinados, sem a possibilidade de questionamentos e; todas as atividades obrigatórias visam atingir os objetivos oficiais das instituições (GOFFMAN, 1999).

Ainda em relação às instituições, Basaglia (1985, p.101) salienta que o que as caracteriza, é a clara divisão entre aqueles que detêm o poder e os que não o detêm. Tais instituições, incluindo o manicômio, são denominadas pelo autor de “instituições da violência”, e são marcadas por “uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro”.

É possível perceber que a exclusão social, o distanciamento do sujeito internado do mundo externo e nítidas relações de poder demarcadas pelo saber médico são características fortemente presentes nas instituições psiquiátricas, caracterizando-as como “instituições totais”, bem como “instituições da violência”.

É importante ressaltar que as relações de poder existentes nessas instituições não são estabelecidas apenas com os médicos, de forma que todos os profissionais que atuam neste contexto estão envolvidos de alguma maneira na manutenção e legitimação destas práticas.

No caso de indivíduos que são submetidos a um histórico de recorrentes internações, nota-se que há um enfraquecimento de seus vínculos, de forma que

o deslocamento consecutivo de sua vida, promovida pela internação psiquiátrica, desmonta amizades, vínculos trabalhistas, possibilidades de reorganização e recomposição de sua vida. O hospital cria um mundo para receber o indivíduo à parte de suas necessidades reais, mundo que promove a exclusão, a fragilização de vínculos (FERRO, 2009, p. 755).

Há, nesses casos, um processo de mortificação do eu, onde todas as crenças do indivíduo e concepções de si vão sendo paulatinamente destruídas, em nome da normatização imposta nas instituições. O indivíduo vai sendo anulado, e o seu eu, mortificado (GOFFMAN, 1999).

Basaglia (1985, p. 114) afirma que o manicômio é um local construído para o completo aniquilamento do sujeito internado, “como palco de sua total objetivação”, tendo em vista que estas instituições “produzem no doente uma transformação gradual na sua maneira de colocar-se em relação ao mundo e em relação à doença”. O autor afirma ainda que a relação institucional existente

no manicômio aumenta de forma significativa o poder do médico ao mesmo tempo que diminui vertiginosamente o do paciente, tendo em vista que só pelo fato de estar internado, automaticamente o torna um indivíduo sem direitos. Dessa forma, os indivíduos internados nessas instituições estão sujeitos a diversas formas de violência física e institucional e todo tipo de arbitrariedades presentes em uma relação verticalizada e hierarquizada, pautada no saber médico.

Ferro (2009) salienta que as vontades do sujeito internado no manicômio são descartadas em prol de um suposto saber do que seria terapêuticamente saudável para sua vida. Assim, ao ser internado, é retirado do paciente todo o poder de decisão sobre sua vida e processo terapêutico, destituindo-o de sua cidadania e impondo a ele “uma existência em um plano de menosvalia de suas opiniões, desejos e potencialidades de vida” (p. 754).

Percebe-se então que a reciprocidade não existe na dimensão institucional e a situação do paciente internado em um hospital psiquiátrico é de “um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e o excluiu” (BASAGLIA, 1985, p. 107).

### **1.3. Um outro olhar sobre a loucura**

Essa nítida violência histórica ao qual os pacientes psiquiátricos estiveram expostos durante séculos em diversas partes do mundo, resultou em algumas tentativas de interromper este tipo de tratamento, ou pelo menos, de humanizar algumas práticas existentes.

Rotelli (1994) afirma que a partir do fim da Segunda Guerra Mundial surgiram tentativas de humanizar os hospitais psiquiátricos, através de uma mudança na forma de se olhar e compreender a loucura. Iniciou-se em alguns países um movimento que questionava o modelo hospitalocêntrico e a forma de tratar os pacientes internados: a experiência inglesa da Comunidade Terapêutica, a experiência francesa da Psiquiatria de Setor, onde se conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e os Centros de Saúde Mental nos Estados Unidos, são exemplos destas tentativas de trazer para um debate a loucura e a melhor forma de se tratá-la.

Na Itália, Franco Basaglia, com uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, inicia na década de 60 um trabalho de superação do modelo manicomial em Gorizia e Trieste, cidades situadas no norte do país, onde questiona as relações de poder e violência existentes nas instituições psiquiátricas. Basaglia pode ser considerado um pioneiro ao colocar em prática em Trieste, em 1971, um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e maneiras de lidar com a loucura. De acordo com Amarante (1998, p. 50), a experiência de Trieste

“demonstra ser possível a constituição de um ‘circuito’ de atenção que, ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica”.

No entanto, é importante ressaltar que o processo de desinstitucionalização não se refere apenas ao fechamento do manicômio, mas de transformar as relações de poder que existem na sociedade, como no caso do saber psiquiátrico hegemônico e também no caso das relações de poder destrutivas que podem se criar dentro das famílias (ROTELLI, 1994). No mesmo sentido, Basaglia afirmou que apenas humanizar o manicômio não colocava em discussão as relações de tutela e custódia e deixava intacto um dos elementos constituintes do dispositivo psiquiátrico: a relação terapêutica médico-paciente (AMARANTE, 1998).

Rotelli (1994) faz uma crítica em relação à atuação do psiquiatra, que muitas vezes preocupa-se apenas em curar a doença ou eliminar os sintomas, sem perceber o paciente que ali se encontra. De acordo com este autor:

Ele (o psiquiatra) vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim suposto saber. Mas se este saber produziu um resultado como o manicômio, provavelmente não é um “bom saber”. É um saber bastante comprometido com a necessidade de exclusão das pessoas, do delegatório que a sociedade dá ao psiquiatra de excluir e segregar as pessoas (p. 151).

Rotelli (1994) afirma que caso não se coloque em discussão a raiz fundamental da objetivação do paciente, através do questionamento da instituição da psiquiatria, não será possível se romper com a institucionalização presente nos hospitais e no saber psiquiátrico.

De acordo com Amarante (1998), a superação do modelo asilar não deve ser considerada apenas no âmbito do espaço concreto do hospital, tendo em vista que ele pode estar presente nas relações, discursos e produção de saber estabelecidos em torno da loucura. Neste sentido, deve-se levar em consideração, que a atuação profissional norteada pelo modelo biomédico não pode ser reduzida à atuação do psiquiatra e nem está restrita aos muros do manicômio. Toda a equipe de saúde, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, podem também ter suas atuações pautadas por este modelo.

Em outras palavras, é importante destacar que o psiquiatra não necessariamente terá sua atuação norteada pelo modelo biomédico: existem diversos médicos que atuam através de uma abordagem psicossocial, respeitando o paciente, dando-lhe voz, autonomia, além de uma posição de protagonista em seu tratamento. Por outro lado, comumente, existem profissionais não médicos, como os acima citados, que reproduzem um modelo sintomalógico e hospitalocêntrico em suas

práticas. O campo de atenção psicossocial, tal como previsto na atual política nacional de saúde mental, será tratado de forma mais detalhada no próximo capítulo.

Na visão de Basaglia (1985, p. 102), os profissionais que atuam nessa área possuem uma tarefa definida como “terapêutico-orientadora”, cuja principal função é “adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de ‘objetos de violência’, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas”. Assim, o que está em jogo nestas relações, é o poder de alguns, em nome de um saber técnico que os legitimam, sobre diversos âmbitos da vida de outros: seja este outro internado em uma instituição psiquiátrica ou “livre”, mas aprisionado a um diagnóstico que o limita enquanto ser humano complexo e único.

No que tange ao cenário brasileiro, Lobosque (2003, p. 17) afirma que já existe no país, há algumas décadas, um movimento que visa repensar e construir uma nova forma de compreender a loucura, tornando “cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles (os loucos) e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não”.

Esse movimento, que há décadas vem transformando a forma de se lidar com a saúde mental no Brasil, e que apesar de todas as dificuldades, tem conseguido grandes avanços, será tratado no próximo capítulo deste trabalho.

## **2. SAÚDE MENTAL E A REALIDADE BRASILEIRA**

No presente capítulo será realizada uma breve contextualização da reforma psiquiátrica no Brasil, demarcando suas principais características, bem como seus desdobramentos para o panorama da saúde mental no país. Neste sentido, será discutida a criação dos serviços substitutivos como dispositivos que objetivam a extinção do hospital psiquiátrico e que, apesar de suas limitações, possuem um papel fundamental nesta nova forma de cuidar e pensar a loucura.

Finalmente, será analisada, através de olhares de diferentes autores, a noção da busca da autonomia e empoderamento de indivíduos que foram submetidos a internações psiquiátricas, e que perderam, em maior ou menor grau, sua posição de sujeitos de suas próprias vidas.

### **2.1. A reforma psiquiátrica no Brasil**

A reforma psiquiátrica brasileira teve início no final dos anos 70, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar, visando não só a reformulação do padrão de assistência centrado no hospital psiquiátrico, mas também a criação de mecanismos que garantissem aos indivíduos com transtorno mental uma nova posição na sociedade e uma outra maneira de conviver com a loucura, que não fossem voltadas para a exclusão e isolamento (BRASIL, 2005).

A proposta da reforma psiquiátrica italiana e o pensamento de Basaglia influenciaram consideravelmente o início do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, entre os anos 1978 e 1980, sendo que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) teve um papel político fundamental no projeto de reforma brasileira (AMARANTE, 1998).

Este Movimento, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, membros de associações de profissionais, sindicalistas e pessoas com um longo processo de internações psiquiátricas, passou a protagonizar a denúncia da violência existente nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, além de construir, de forma coletiva, uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

O MTSM pode ser considerado o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira, tendo em vista que este movimento surgiu com o objetivo de constituir-se em um espaço de luta não institucional, e é através dele que emergem originalmente as propostas de reformulação do sistema assistencial em saúde mental. Dessa forma, é importante ressaltar que o MTSM foi o primeiro “movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como

um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental” (AMARANTE, 1998, p.57).

Neste período, ocorreram significativos avanços no processo da reforma psiquiátrica brasileira: no ano de 1987, ocorreu o II Congresso Nacional de MTSM em Bauru, cujo lema foi “Por uma sociedade sem manicômios”; neste mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, além do surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo (BRASIL, 2005).

De acordo com Brasil (2005), o ano de 1989 também foi bastante relevante neste sentido: deu-se início a um processo de intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP), local conhecido por maus-tratos e mortes de pacientes, de forma que através dessa intervenção, cuja repercussão foi nacional, demonstrou-se a possibilidade inequívoca da construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. O município de Santos passou a ser referência neste processo com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, bem como a criação de cooperativas, residências para os egressos de internações psiquiátricas e associações.

Ainda em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, além da regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais. Isto significou o começo das lutas da reforma psiquiátrica nos campos legislativos e normativos (BRASIL, 2005). No entanto, é apenas em 2001, 12 anos após a tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada no Brasil. Assim sendo, foi criada a Lei Federal 10.216, dispondo sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

Musse (2008) afirma que com a promulgação desta lei os portadores de transtornos mentais que historicamente sofreram um processo de exclusão, sendo desprovidos de cidadania, passaram a pertencer à categoria de novos sujeitos de direito, ou seja, lhes passa a ser reconhecida social, ética e juridicamente, a autonomia ético-jurídica.

Em linhas gerais, Tenório (2001, p. 23) afirma que a reforma psiquiátrica brasileira tem como marca fundamental o “reclame da cidadania do louco”, ou seja, a tentativa de dar à loucura uma outra resposta social, que não seja a exclusão e o internamento. Além disso, de acordo com o autor, o campo teórico-prático da reforma está pautado em três referenciais: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial.

A desinstitucionalização, baseada no pensamento basagliano, diz respeito à noção de que limitar fenômenos complexos à ideia de doença mental é algo extremamente reducionista, desta

forma, deve-se romper com esse paradigma clínico para que as instituições sejam também desconstruídas. Assim sendo, o objeto não deve ser a “doença mental” e sim “a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (TENÓRIO, 2001, p. 53).

Como já foi discutido no capítulo anterior, o processo de desinstitucionalização não diz respeito apenas ao fechamento do manicômio, mas também de transformar as relações de poder existentes na sociedade e nas instituições, de forma a questionar a objetivação do paciente (ROTELLI, 1994; AMARANTE, 1998).

Em relação à vertente “clínica institucional”, Tenório (2001) afirma que ela está relacionada à possibilidade de fazer com que a clínica no trabalho com a loucura situe-se de forma diferente da existente na instituição psiquiátrica, sendo que a instituição deve ser um lugar onde possa existir um laço social. O autor afirma que essa vertente propiciou uma sustentação teórica aos CAPS no Brasil.

Finalmente, a vertente “reabilitação psicossocial” diz respeito a uma questão fundamental da existência do indivíduo que é de ajudá-lo a recuperar sua competência social. De acordo com Tenório (2001, p. 54), apesar de ele apresentar a reabilitação psicossocial como uma vertente separada, “as ações de reabilitação estão presentes em todas as iniciativas de um novo tipo de cuidado”.

É importante salientar que reabilitação psicossocial pode ser entendida através de múltiplos sentidos e definições. A definição clássica atribuída pela *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services*, de 1985, conceitua reabilitação psicossocial como sendo o “processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade” (PITTA, 2001, p. 19).

Entretanto, através de um enfoque mais ampliado, entende-se o termo como sendo uma atitude estratégica, uma modalidade compreensiva complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais (PITTA, 2001).

Dessa forma, contribuir para que o indivíduo recupere sua competência social, bem como sua autonomia, são objetivos que fazem parte da experiência concreta de transformação do campo psiquiátrico brasileiro, transformando-o em um “campo de atenção psicossocial”. A atenção psicossocial, existente nessa nova forma de cuidar, diz respeito ao “conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas” (TENÓRIO, 2001, p. 55).

Ao se falar em transformar o cotidiano das pessoas assistidas, é importante ressaltar a importância da convivência como meio de legitimar o sujeito e propiciar a existência de trocas sociais. Nesse sentido, Resende (2011, p. 5) afirma que baseada nos princípios da atenção

psicossocial e articulada com a dimensão política, “a convivência pode vir a ser tornar um dispositivo terapêutico que, de forma dialética, auxilia no alcance dos objetos da assistência em saúde mental: inserção social, autonomia, reabilitação psicossocial e cidadania”.

No que tange à rede de atenção psicossocial, pode-se dizer que ela é formada por diferentes dispositivos que visam substituir o lugar historicamente dado ao hospital psiquiátrico, como possibilidade única e inquestionável de cuidar da loucura.

## **2.2. Os serviços substitutivos**

De acordo com Lobosque (2003, p. 156), os serviços substitutivos “são aqueles que se constituem enquanto rede: conjunto articulado de dispositivos e equipamentos, ações e iniciativas que possibilita a extinção do hospital psiquiátrico”. Desta forma, para serem efetivamente substitutivos, esses serviços devem romper com a “antipática posição da razão diante da loucura”, buscando um lugar de cidadania para o sofrimento psíquico grave.

Desta maneira, pode-se afirmar que os CAPS possuem um valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira, pois seu surgimento passou a demonstrar a possibilidade de criação e organização de uma efetiva rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Entre as principais funções dos CAPS estão: prestar atendimentos em regime de atenção diária, evitando as internações psiquiátricas; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, dando suporte à rede básica. Deve-se ressaltar que qualquer função do CAPS é norteada pela busca da preservação e fortalecimento dos laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2005).

Pode-se dizer também que os CAPS são caracterizados como serviços territorializados e abertos, com capacidade para atender urgências, bem como acolher pacientes em crise (LOBOSQUE, 1997). A autora salienta que o objetivo desses serviços não é o de funcionar

como um pequeno centro de excelência, atendendo uma dúzia de belos casos clínicos e fechando a porta para o grosso da demanda quando toda a equipe estiver de agenda cheia; a proposta é que o serviço dê conta de haver-se com os distúrbios psíquicos graves da região de referencia (p. 29).

Neste sentido, Costa (2013) pontua que um dos principais desafios da reforma psiquiátrica diz respeito à forma de lidar com as crises dos portadores de sofrimento psíquico grave e persistente, tendo em vista que um dos objetivos deste movimento consiste em tratar e recompor os laços sociais desses indivíduos em liberdade, sem segregá-los ou excluí-los. Para que isso seja possível e o manejo



de crises seja realmente efetivo, é imprescindível a existência de um acolhimento contínuo nesses serviços, haja vista que “crise não tem hora para acontecer” (COSTA, 2013, p. 49).

De acordo com os resultados do Projeto Nacional de Avaliação e Monitoramento de Centros de Atenção Psicossocial - o Avaliar CAPS, cuja última edição ocorreu em 2008 e teve como objetivo o levantamento de informação sobre os serviços prestados nos CAPS, mais de 90% dos 1.046 CAPS que participaram da pesquisa, afirmaram que estão abertos às situações de crise (BRASIL, 2009).

Responderam ainda que em casos de crise, as ações realizadas pelos CAPS são: o acompanhamento do usuário passa a ocorrer de maneira intensiva (86%); reavaliação do esquema medicamentoso (77,8%); intensificação do trabalho com familiares (64,4%); encaminhamento do usuário para a internação (36,3%); estabelecimento de contato com a Atenção Básica (17,7%); designação de acompanhante terapêutico (14,4%) e; contenção física (4,4%) (BRASIL, 2009).

No entanto, Costa (2013) afirma que muitas redes de saúde não contam com CAPS III 24 horas, e muitos CAPS não apresentam a alternativa de acolhimento noturno, bem como de procedimentos técnicos de urgência/emergência. Essas situações acabam fortalecendo a idéia de que as crises mais graves só podem ser tratadas no hospital psiquiátrico, local propício para a manutenção do modelo asilar e segregador (COSTA, 2013).

Outros fatores também contribuem para a dificuldade do manejo de crises nos CAPS, tais como: despreparo dos profissionais para lidar com a crise; falta de apoio de outros serviços de saúde para auxiliar o CAPS; resistência dos equipamentos gerais de saúde não especializados em saúde mental, em relação aos usuários em crise; insuficiência da capacidade institucional para demandas por psicoterapia, atenção à crise ou situação de emergência e; dificuldades materiais, sociais e/ou afetivas dos familiares, de suportarem a crise de seus membros (COSTA, 2013).

O que se pode perceber é que se estes serviços têm demonstrado interessantes formas de abordagem da loucura, nem sempre se apresentam de forma efetiva como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (LOBOSQUE, 2001).

Lancetti (2008, p. 47) chama a atenção para o fato de que qualquer instituição que agrupe indivíduos com transtornos psíquicos graves apresenta uma tendência à cronificação. Essas instituições “criam coletivos altamente repetitivos: providenciam sinuca, televisão, oficinas adjacentes, comida, por exemplo, mas quando há uma crise busca-se logo o psiquiatra”.

De acordo com Lobosque (1997, p. 26), o hospital psiquiátrico não é o único instrumento e nem a única versão do modelo dito manicomial, de forma que “uma ‘sociedade sem manicômios’ entendida simplesmente como ‘sem hospitais psiquiátricos’ poderia ainda assim permanecer fortemente manicomial”.

Neste sentido, é necessário destacar que, apesar dos avanços advindos da reforma psiquiátrica no Brasil, o modelo manicomial, baseado na tutela e na crença da incapacidade do louco, ainda pode estar presente, muitas vezes de forma sutil, nos serviços criados para substituir o hospital psiquiátrico.

Assim sendo, para que a violência institucional não se reproduza nesses serviços e que eles consigam de fato acolher a loucura, é imprescindível que funcionem como uma “superfície de vida”, ou seja, é indispensável que o local “busque ser agradável, que valorize os signos de identidade de cada paciente, que tolere a desordem, que se caracterize pelo acolhimento, pelo respeito à singularidade e pela diversidade”, de forma que seja o mais heterogêneo possível, oferecendo diversas possibilidades de estabelecimento de vínculos (TENÓRIO, 2001, p. 70).

Deve ser também um espaço onde se inclui todo um cultivo no convívio e na criação incessante de suas possibilidades, mantendo uma ligação direta com os espaços de trânsito, circulação e decisão da cidade (LOBOSQUE, 2001).

Assim, os serviços devem propiciar a busca pela autonomia, convidando o usuário à responsabilização e ao protagonismo em sua trajetória de vida e em seu tratamento (BRASIL, 2005).

### **2.3. Autonomia e Empoderamento**

É importante considerar que apesar das possibilidades terapêuticas existentes nos serviços substitutivos, os indivíduos que foram, ou ainda são, submetidos a internações psiquiátricas tendem a vivenciar de forma muito intensa a total ausência de direitos, bem como a perda de sua autonomia e de seu lugar de sujeito de sua própria vida, de forma que, muitas vezes, é necessário um longo trabalho para que isso seja resgatado.

Weingarten (2005, p. 12) afirma que “a trajetória do transtorno até a recuperação não é um processo linear, mas multilinear, e que acontece em vários níveis ao mesmo tempo – biológico, social, emocional, espiritual, cognitivo”.

Desta forma, a busca pela autonomia deve ser entendida de forma singular para cada usuário, não podendo ser reduzida a modelos gerais de saúde, capacidade ou independência. Tenório (2001) afirma que a autonomia pode ser tanto a capacidade de um usuário trabalhar e ter sua própria renda, quanto a simples possibilidade de freqüentar o serviço sem depender do acompanhamento de algum parente: o que importa é que só o paciente poderá dizer até que ponto determinada situação será uma conquista possível e pertinente.

Partindo de outra perspectiva, Kinoshita (2001) entende autonomia como sendo

a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia (p. 57).

O autor chega a essa conclusão ao considerar que todos os indivíduos possuem um valor previamente atribuído, que no universo social possibilitam as relações de troca e lhes dão um poder contratual. As três dimensões consideradas fundamentais dizem respeito a trocas de bens, de mensagens e de afetos (KINOSHITA, 2001).

No caso do indivíduo que recebe o atributo de doente mental, simultaneamente é enunciado sua negatividade, de forma que seu valor pressuposto torna-se negativo e seu poder de contrato é anulado. Assim, “os bens do louco tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis e os afetos desnaturados”, e o indivíduo é privado da realização de trocas sociais (KINOSHITA, 2001, p. 55-56).

Desta forma, a reabilitação deste sujeito deve-se ser compreendida como um processo de restituição do seu poder contratual, visando ampliar sua autonomia, tendo em vista que “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (KINOSHITA, 2001, p. 57).

Ainda no que tange à autonomia, Vasconcelos (2003, p. 20) trabalha com o conceito de *empowerment*, ou *empoderamento*, como sendo o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”. O autor trabalha com essa noção no campo da saúde mental, e propõe perspectivas para que o empoderamento possa se tornar uma realidade para os usuários dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

De acordo com Vasconcelos (2003), uma das formas propostas de buscar este empoderamento e assim lidar com o sofrimento decorrente das crises, sobretudo se estas foram marcadas por internações psiquiátricas, diz respeito ao sujeito ter condições de realizar narrativas pessoais destes momentos de vida. Essas narrativas visam, entre outros objetivos, integrar as experiências do indivíduo, expressar sua vivência a partir de uma perspectiva pessoal, social e política, buscando dar um novo sentido a esses momentos num conjunto mais compreensível de eventos, sentimentos e sensações (VASCONCELOS, 2003, 2005).

Vasconcelos (2003) afirma ainda que o uso de narrativas possibilita uma afirmação da experiência subjetiva do sujeito para além de uma visão meta-narrativa de profissionais e especialistas, dando voz ao sujeito que vivenciou o processo de crises e internações a partir do seu ponto de vista, em detrimento de um saber institucionalizado e, muitas vezes, estigmatizante.

Ou seja, dar voz ao sujeito, ouvi-lo, e considerar verdadeiramente o que está sendo dito por ele é um grande passo no processo de empoderamento e busca por sua autonomia, muitas vezes perdida em decorrência de recorrentes internações psiquiátricas, marcadas por significativa violência.

Isso deve ser valorizado e buscado constantemente nos serviços substitutivos e por todos que de alguma forma trabalham com a saúde mental, para que os avanços obtidos através da reforma psiquiátrica brasileira, apesar de todos os percalços, continuem gerando frutos e possibilitando que indivíduos historicamente subjulgados e marginalizados retomem, ou encontrem, seu lugar na sociedade enquanto cidadãos.

### 3. METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentadas características do estudo realizado, informações sobre o participante da pesquisa, além de uma descrição dos procedimentos realizados e o referencial metodológico utilizado na análise dos dados.

#### 3.1. Tipo de estudo

A presente pesquisa trata-se de estudo qualitativo, onde a construção das informações qualitativas (DEMO, 2001) foi realizada através de entrevistas narrativas com um sujeito submetido a recorrentes internações em instituições psiquiátricas. Jovchelovitch e Bauer (2002) afirmam que o estudo das narrativas possibilita a construção de análises biográficas que demarquem a história do sujeito em decorrência de determinados fatos de sua vida ou de seu contexto social.

A entrevista narrativa é considerada uma forma de entrevista não estruturada, de profundidade e com características específicas e é motivada por uma crítica à forma pergunta-resposta de grande parte das entrevistas, tendo em vista que este modelo acaba impondo o tema abordado, a ordem das perguntas e a forma como estas são feitas, normalmente verbalizadas de acordo com a própria linguagem do entrevistador (JOVCHELOVICH & BAUER, 2002).

Grigolo (2010, p. 65) afirma que o uso de entrevistas narrativas demonstra uma grande importância e riqueza na obtenção de dados qualitativos que possivelmente não seriam alcançados de outra maneira. A autora salienta que as narrativas, além de provocarem o sujeito a discorrer sobre um tema, “trazem já, em seu interior, uma reflexão, uma análise própria sobre o vivido, onde narração, reflexão e vivência estão unidas em um mesmo *locus* narrativo”.

De acordo com Vasconcelos (2003), o uso de narrativas é um fator preponderante no processo de empoderamento e afirma que a literatura que analisa de forma mais sistemática esse método, vem indicando que o seu uso significa uma maneira muito sensível de integrar as experiências de um indivíduo.

Finalmente, esses estudos demonstram também a importância de se incentivar os usuários de serviços de saúde mental, principalmente aqueles que se encontram em um estágio mais avançado de recuperação, a gravarem ou escreverem seus depoimentos em primeira pessoa, contando sua história de crise, suas dificuldades encontradas ao longo do processo de tratamento, além de suas estratégias de recuperação (VASCONCELOS, 2003).

### **3.2. Participante**

Considerando a metodologia e o objetivo do estudo, a pesquisa utilizou um sujeito único. A valorização da singularidade, bem como a busca pelo empoderamento através das narrativas, justificam a escolha da unicidade do sujeito neste estudo. Ademais, conforme afirmam Ludke e André (2009), este tipo de estudo demonstra que um caso pode ser similar a outros, porém, é ao mesmo tempo distinto, pois possui interesse próprio e singular. O estudo com um único sujeito também possibilita que não sejam feitas generalizações ou relações simplistas de causalidade.

De acordo com Demo (2001, p. 17), não é possível estudar o indivíduo propriamente, tendo em vista que se trata de um fenômeno complexo que não cabe em categorias regulares. Entretanto, “nada é tão subjetivo que não deixe transparecer alguma regularidade”, e a pesquisa qualitativa possibilita que isso seja realçado.

Para a presente pesquisa foi escolhido um sujeito do sexo masculino, de 67 anos, que foi submetido a recorrentes internações em instituições psiquiátricas, no estado de Minas Gerais e no Distrito Federal, mas que atualmente se encontra em um estágio avançado de recuperação. A escolha levou em conta também o tempo decorrido desde a última internação do sujeito, ocorrida há 20 anos atrás e se deu através do conhecimento por parte da pesquisadora da situação de recorrentes internações vivenciadas pelo sujeito e pela disponibilidade e interesse deste em narrar suas experiências.

O participante foi devidamente informado sobre os procedimentos do estudo. Soube também que embora tenha assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), não seria obrigado a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. Também foi informado sobre o processo de gravação da entrevista, bem como sobre o sigilo das informações prestadas por ele.

### **3.3. Procedimentos**

Foram realizadas duas entrevistas narrativas, em dias distintos e em um local previamente acordado entre a pesquisadora e o sujeito. Foi levada em consideração a natureza do ambiente, tratando-se de um lugar propício onde o sujeito se sentiu à vontade para participar das entrevistas e teve seu sigilo respeitado.

O sujeito recebeu informações escritas e verbais referente à sua participação na pesquisa e ao aderir-la foi solicitado que assinasse o TCLE, onde continha explicações sobre o estudo que estava

sendo convidado a participar, tais como: natureza, objetivos e procedimentos, risco e benefícios, confidencialidade e participação, recusa e direito de se retirar da pesquisa. Após a assinatura do TCLE, as informações do estudo foram coletadas através das entrevistas narrativas.

De acordo com Jovchelovitch e Bauer (2002), a entrevista narrativa se processa inicialmente através de sua preparação, quando o pesquisador deve aprofundar seu conhecimento em relação ao campo de estudo que será abordado. Após a preparação, inicia-se efetivamente a entrevista narrativa e ela é dividida em quatro fases.

Na primeira fase, chamada de *iniciação*, foi explicado ao informante o contexto da investigação que está sendo realizado e foi pedido autorização para que as entrevistas fossem gravadas. Explicou-se também, brevemente, o procedimento da entrevista narrativa. Nesta fase, a introdução do tópico central serviu para deslanchar o processo de narração.

A segunda fase tratou-se da *narração* propriamente dita. Neste momento, a narração não foi interrompida até que existisse uma clara indicação de que a história havia terminado. Nesta fase, o entrevistador deve se abster de qualquer comentário, a não ser sinais não verbais que possam encorajar a continuidade da narração. Caso não interfira na narração, o entrevistador pode tomar notas ocasionais para perguntas que poderão ser realizadas na próxima fase da entrevista (JOVCHELOVICH & BAUER, 2002). Na presente pesquisa foram tomadas algumas notas que deram origem a perguntas que foram realizadas na fase seguinte.

A terceira fase, ou fase do *questionamento*, teve início quando a pesquisadora comprovou com clareza que a narração central havia chegado ao fim. Este momento tem o objetivo de preencher as lacunas da história narrada. A pesquisadora utilizou a linguagem do informante e evitou utilizar perguntas do tipo “por quê?”. Foram utilizadas apenas perguntas que se referiram aos acontecimentos narrados.

De acordo com Jovchelovich e Bauer (2002, p. 100), a quarta e última fase é denominada *fala conclusiva* e “ocorre quando o gravador estiver desligado”. Nesta fase houve espaço para falas informais e perguntas do tipo “por quê?”. Esta fase, por tratar de uma situação mais descontraída, pode gerar discussões interessantes que contribuem para esclarecer questões que surgiram durante a narração, bem como auxiliar numa posterior avaliação dos dados. Braga (2012) destaca a importância desta última fase da narrativa, tendo em vista que é possível utilizar-se de material menos formal a fim de abordar questões pertinentes da entrevista.

Ao término das entrevistas narrativas, foram realizadas suas transcrições e antes de iniciar efetivamente a análise dos dados, o material foi disponibilizado para o sujeito no intuito de que ele pudesse ter contato com sua história escrita, podendo inclusive alterá-la, o que não ocorreu neste

caso, tendo em vista que o sujeito afirmou não sentir necessidade de alterar suas narrativas. Essa atitude metodológica buscou contribuir para que seu lugar de protagonista neste processo fosse assegurado, bem como colaborar para o processo de empoderamento que o uso de narrativas pessoais visa propiciar.

### **3.4. Análise dos dados**

Após o término das considerações feitas pelo narrador e de posse do material, foi iniciada a análise dos dados obtidos.

É importante ressaltar que nesta metodologia opta-se por transcrever não apenas as falas do sujeito, mas também a forma como ela é colocada, considerando silêncios, cortes de falas abruptos, hesitações e outras características (BRAGA, 2012).

Jovchelovitch e Bauer (2002) afirmam que a entrevista narrativa é uma técnica aberta quanto aos procedimentos analíticos que seguem a coleta de dados. Decidiu-se então por utilizar-se a *Hermenêutica de profundidade* (THOMPSON, 1995; DEMO, 2001) como metodologia de análise dos dados.

Thompson (1995) salienta que este referencial metodológico evidencia o fato de que o objeto de análise é uma construção simbólica significativa, e que requer uma interpretação. O autor chama a atenção para o fato de que apesar da análise formal, estatística e objetiva ser apropriada e até imprescindível à análise social e análise das formas simbólicas, o seu enfoque é apenas parcial, tendo em vista que

muitos fenômenos sociais são formas simbólicas e formas simbólicas são construções significativas que, embora possam ser analisadas pormenorizadamente por métodos formais ou objetivos, inevitavelmente apresentam problemas qualitativamente distintos de compreensão e interpretação (p. 358)

Deve se considerar que na investigação social, o objeto da investigação é ele próprio, um território pré-interpretado, assim como o mundo sociohistórico não é apenas um campo-objeto que está ali simplesmente para sua observação: ele é também um campo-sujeito. E este campo-sujeito-objeto é formado por sujeitos, que assim como os pesquisadores, são capazes de compreender e interpretar (THOMPSON, 1995; DEMO, 2001).

Com base nesses pressupostos, Thompson (1995) norteia seu pensamento para a construção do referencial metodológico da hermenêutica da profundidade (DEMO, 2001).



Thompson (1995) classifica como primordial e inevitável para o enfoque da hermenêutica de profundidade, a utilização da “hermenêutica da vida quotidiana” como ponto de partida deste referencial por ele proposto. Neste sentido, o autor trabalha com a idéia de “interpretação doxa”, conceituada como sendo “uma interpretação das opiniões, crenças e compreensões que são sustentadas e partilhadas pelas pessoas que constituem o mundo social” (p. 364).

De acordo com Demo (2001), a razão principal da idéia de “interpretação doxa” se dá pelo fato de que as “formas simbólicas não podem ser analisadas separadamente dos contextos em que são produzidas e interpretadas”, ademais,

compreende-se melhor a fala de alguém se, além de sabermos o mundo de opiniões e crenças que a cerca, também buscarmos entender sua história de vida, seus projetos sociais coletivos e individuais, o entorno das tradições culturais que demarcam os sentidos comuns e os duplos sentidos, modos de relacionamento com os outros e constituição do grupo de relações mais próximas, e assim por diante (p. 38).

No entanto, Thompson (1995) afirma que apesar de a “interpretação doxa” ser um ponto de partida indispensável da análise, não deve ser considerada o fim da história. Assim, propõe uma “ruptura metodológica com a hermenêutica da vida quotidiana”, para evitar o perigo de se considerar “um aspecto indispensável da investigação”, como sendo toda a investigação (p. 364).

Demo (2001) salienta que essa ruptura torna possível a análise para além dos contextos culturais, tendo em vista que “todo olhar é culturalmente plantado, mas diminui se apenas conseguir ver dentro de seu contexto cultural” (p. 38).

Dessa forma, para ir além da “interpretação doxa”, levando em consideração as maneiras como as formas simbólicas estão estruturadas, bem como as condições sociohistóricas em que estão inseridas, a hermenêutica de profundidade apresenta três fases ou procedimentos principais (THOMPSON, 1995; DEMO, 2001).

A primeira fase, ou *Análise sociohistórica*, tem como objetivo “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção de formas simbólicas” (THOMPSON, 1995, p. 366). Nesta fase, pode-se ressaltar situações no espaço e no tempo, campos de interação social, aparatos institucionais da sociedade e estruturas sociais, visando a contextualização social e histórica das formas simbólicas (DEMO, 2001).

A segunda fase, compreendida como *Análise formal ou discursiva* visa elucidar “a estrutura da complexidade dos objetos e expressões que circulam nos campos sociais”, tendo em vista que “assim como todo caos é de alguma forma estruturado, toda dinâmica apresenta traços estruturais abertos à formalização” (DEMO, 2001, p. 39).

Thompson (1995) afirma que existem diversas maneiras de se conduzir essa fase da pesquisa, dependendo dos objetivos e circunstâncias de cada investigação. Entre elas estão: análise semiótica, análise da conversação, análise sintática, análise narrativa e análise argumentativa.

Na presente pesquisa a análise dividiu-se em duas etapas: primeiramente foi realizada a codificação dos dados, ou seja, foram identificados e registrados partes do quadro geral que de alguma maneira exemplificam a mesma idéia teórica e descritiva. Através da codificação é possível categorizar o texto para que se crie uma estrutura de idéias temáticas. No entanto, é importante garantir que a codificação valorize os códigos que propiciem novas formas teóricas e analíticas de explicar os dados em detrimento de códigos que sejam meramente descritivos e baseados apenas nas visões de mundo dos entrevistados (GIBBS, 2009).

Em um segundo momento, após o término da codificação, foi realizada a categorização dos dados, onde houve a união de alguns códigos, dando origem a categorias de análise, que serão apresentadas posteriormente nos resultados da pesquisa.

E finalmente, tem-se a última fase, ou fase da *Interpretação/reinterpretação*.

Pode-se afirmar que a interpretação é facilitada pela fase anterior de análise formal ou discursiva, no entanto, é distinta dela. A interpretação se constrói sobre os resultados desta análise e também sobre os resultados da análise sociohistórica, mas implica em um movimento novo, procedido por síntese e por construção criativa de possíveis significados (THOMPSON, 1995).

Demo (2001, p. 42) afirma que nesta fase há uma busca pela mensagem contida na informação qualitativa, tendo como pano de fundo, as fases anteriores. Nesse sentido, deve-se ter cautela para não deixar essas fases de lado, “pois no mínimo circunstanciam a interpretação, emprestando-lhe referências mais tratáveis em termos clássicos”.

Outro cuidado que se deve ter em relação à interpretação, diz respeito a criar um tipo de discussão aberto ao debate, de forma a se evitar “esoterismos ou subjetivismos particulares” (DEMO, 2001, p. 42). Thompson (1995) afirma que o processo de interpretação, mediado pelos métodos da hermenêutica de profundidade, já se apresenta também como um processo de *reinterpretação*, tendo em vista que as formas simbólicas já fazem parte de um campo pré-interpretado, ou seja, já são interpretadas pelos sujeitos que constituem o mundo sociohistórico.

Dessa forma, ao se interpretar, acaba-se reinterpretando um campo pré-interpretado, que pode acabar divergindo do significado construído pelos sujeitos que constituem o mundo sociohistórico. Nesse sentido, deve se considerar que “a possibilidade de um conflito de interpretação é intrínseco ao próprio processo de interpretação” (THOMPSON, 1995, p. 376).

De acordo com Demo (2001), a circularidade do discurso é intrínseca, devido à reinterpretação que interpreta o que já está pré-interpretado, mas tem a capacidade de apresentar uma profunda novidade e deslanchar um potencial crítico da interpretação.

Nesta pesquisa, foi utilizada prioritariamente a metodologia proposta por Thompson (1995), no entanto, a releitura da hermenêutica de profundidade realizada por Demo (2001) também contribuiu significativamente para o processo analítico.

#### **4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS NARRATIVAS**

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa realizada, tendo como aporte metodológico, a hermenêutica de profundidade proposta por Thompson (1995), cuja análise, como foi visto no capítulo anterior, divide-se em três níveis: análise sociohistórica, análise formal e interpretação/reinterpretação.

Antes de efetivamente iniciar a análise, é importante retomar algumas informações acerca do sujeito da presente pesquisa. A fim de resguardar sua identidade, será utilizado um nome fictício, João, para se referir a ele no decorrer do trabalho.

Como já foi apresentado no capítulo 3, trata-se de um indivíduo do sexo masculino, de 67 anos, que foi submetido a internações psiquiátricas ao longo de 19 anos de sua vida. Nesses 19 anos, João vivenciou duas internações no estado de Minas Gerais, nos anos de 1975 e 1976, e oito internações no Distrito Federal, sendo que a última delas ocorreu em 1994.

João realizou duas ricas e profundas entrevistas narrativas onde trouxe questões relativas à sua história de vida, histórico familiar, suas crises, diagnóstico, internações, tratamentos, medicações, relação com médicos e equipes de saúde, aprendizados e dificuldades dessas experiências, entre outros aspectos, que serão apresentados no presente capítulo.

##### **4.1. Análise sociohistórica**

João nasceu no Estado de Minas Gerais, no ano de 1946. Seus pais eram provenientes de famílias muito pobres, que com o passar do tempo começaram a obter êxito com atividades comerciais e se tornaram grandes e renomados comerciantes na região onde viviam.

João relata que seu avô paterno era “tropeiro”, ou seja, viajava com tropa de burros para levar mercadorias para o norte de Minas Gerais. Seu avô morreu muito novo, com 49 anos, e seus filhos logo tiveram que começar a trabalhar. O pai de João, a princípio, foi trabalhar em um balcão de armazém, mas como apresentava muita habilidade comercial, acabou se destacando e conseguiu comprar uma fábrica de balas e doces, que funcionava de forma muito precária na cidade. Essa fábrica cresceu e seu pai se tornou um dos homens mais ricos da região.

Os avós maternos de João faziam chapéus de couro que eram vendidos em feiras. A família, muito numerosa, passava grandes dificuldades financeiras, até que seu avô resolveu abrir um pequeno armazém, que com o tempo foi crescendo e se tornou um dos maiores armazéns do norte de Minas Gerais, nacionalmente conhecido.

Neste contexto, os pais de João se conheceram e se casaram. João relata que quando sua mãe estava grávida dele, o seu avô materno começou a ter sérios problemas com o seu armazém, em decorrência de dívidas geradas pelos seus filhos. A situação se tornou tão grave que seu avô acabou se suicidando. A mãe de João tinha uma relação muito intensa com o pai, e a sua morte, ocorrida durante a gestação de João, a abalou profundamente.

João relata que em alguns tratamentos que fez no decorrer de sua vida, levantou-se a hipótese de que essa situação traumática vivenciada por sua mãe, enquanto estava grávida dele, pode ter gerado seus “*problemas mentais*”.

De acordo com João, uma outra hipótese levantada nesses tratamentos, dizem respeito a um abuso sexual que ele sofreu quando era criança, com 7 ou 8 anos de idade. Seus pais viajavam muito para acompanhar sua irmã para fazer tratamento médico em decorrência de uma poliomelite, e nessas ocasiões ele ficava na casa de uma tia. Numa certa manhã, um primo mais velho que morava nesta casa, o estuprou. Esse fato nunca foi conversado ou tratado com sua família no decorrer dos anos que se passaram.

Em diversos momentos, João se refere a esses tratamentos realizados ao longo de sua vida, a fim de entender o que pode ter gerado “*suas doenças*”. João afirma que tem “*um diagnóstico de doença de alcoolismo e de, na época, Psicose Maníaco-Depressivo, que hoje é conhecido como Distúrbio Afetivo Bipolar*”.

João relata que teve uma “*vida normal*”: estudou, se formou em engenharia, e em 1971 teve a oportunidade de vir morar em Brasília, quando começou a trabalhar em uma empresa de fundações, responsável por grandes obras na cidade. No ano de 1975, aos 29 anos, João relatou que se encontrava “*muito bem profissionalmente, com uma situação financeira excelente, construindo um bom patrimônio, viajando, trabalhando muito*”, até que resolveu fazer um *check up* médico, quando constatou que estava com tuberculose. Após receber este diagnóstico, João retornou a Belo Horizonte, sua cidade natal, para fazer um tratamento e afirmou que “*durante quatro meses eu parei de beber, parei de fumar, e comecei a tomar a medicação pra tuberculose que eu tinha que tomar durante um ano*”.

No decorrer deste tratamento para tuberculose, a vida de João mudou completamente. Ele afirma que

*com quatro meses de tratamento eu comecei a investir em outros negócios, comecei a falar muito, comecei a dormir pouco, comecei a ficar agitado e essa coisa chegou num ponto tal que eu tive que ser internado num hospício em Belo Horizonte.*

Acontecia então, em 1975, a primeira crise de João e sua primeira internação psiquiátrica. João acredita que o fato de ter ficado sem beber, pode ter contribuído para o desencadeamento de sua primeira crise:

*Olha, depois eu encontrei um trabalho na internet de um filósofo, psicólogo, psiquiatra, não sei, alemão, dizendo que a bebida alcoólica, pra mim, funcionava como um medicamento. Aquela rotina minha de todo dia ir pro bar, beber e conversar e bater papo, rir, brincar com meus amigos, aquilo pra mim era uma terapia, e o álcool, naquele nível, não deixava eu entrar em crise, em depressão, mania e etc. Quando cortou de uma vez só o álcool, segundo esse trabalho que eu vi, seria uma das causas que me levaram a ter minha primeira crise.*

Um ano depois João voltou a ter outra crise e novamente foi internado no hospício em Belo Horizonte. Ele relata que nessas internações passou por tratamentos de eletrochoque e muita medicação, que o fizeram esquecer quase tudo que vivenciou, restando apenas lembranças de muita dor e sofrimento.

De acordo com João, as suas internações ocorridas em Belo Horizonte, nos anos de 1975 e 1976, foram em um “hospício”, enquanto as demais, já em Brasília, entre 1984 e 1994, ocorreram em uma “clínica psiquiátrica”. Quando questionado sobre a diferença entre as duas instituições, João afirma que “na época (das primeiras internações) não tinha clínica psiquiátrica, essas coisas, não tinha não. Eu fui internado no hospício e nesse hospício eu fui submetido a um tratamento de choque, choque elétrico, muita medicação, muito remédio...”.

Chama atenção a distinção feita por ele entre o hospício e a clínica psiquiátrica, tendo em vista que ao longo da sua narrativa, percebe-se que a principal diferença entre as instituições, diz respeito ao fato de que no hospício ele era submetido a um tratamento com eletrochoque, o que já não ocorria na clínica psiquiátrica. Ademais, no hospício, João descreve aspectos físicos da instituição ao se lembrar de ficar “nuns corredores escuros, lugar horroroso, úmido, estranho”. Ainda em relação ao hospício, João afirma em outro momento, ter a lembrança de “uns corredores escuros, sombrio, uma coisa muito ruim”. Já as características físicas da clínica psiquiátrica, onde João passou pela maioria das internações em Brasília, não aparecem em suas narrativas.

Entretanto, é possível perceber que a administração abusiva de medicamentos nos pacientes internados, além de diversas formas de violência nas situações de internamento, apareceram com frequência na sua fala, tanto em relação ao hospício quanto em relação à clínica psiquiátrica, como será visto adiante.

Costa (2013, p. 43-44) salienta que “hospizio”, “asile”, “asylum”, são alguns nomes que caracterizam instituições cujo objetivo é abrigar, recolher ou prestar algum tipo de assistência aos “loucos”. Já o termo “manicômio” surge a partir do século XIX e designa de forma mais específica o

hospital psiquiátrico, já com a função de dar um atendimento médico especializado. No entanto, o autor afirma que apesar de as denominações se modificarem de acordo com o contexto histórico onde foram criadas, pode-se dizer que de um modo geral tratam-se de “instituições totais que separam da ‘comunidade perfeita social’, os indivíduos que são taxados de ‘loucos’ e que ameaçam o bem-estar desta comunidade”.

As oito internações de João em Brasília ocorreram entre 1984 e 1994, e foram sempre no mesmo local, com exceção da primeira, que ocorreu em uma clínica descrita por ele como “*um lugar horrível*”, sendo inclusive fechada anos mais tarde devido à descoberta de maus tratos contra os pacientes internados e a exposição destes a situações degradantes. Em relação a esta clínica, João relembra que “*tinha um pátio onde ficavam os doentes mentais mesmo, irrecuperáveis, sem roupa, um comendo cocô do outro, era uma coisa horrorosa...*”.

As outras internações ocorreram todas na mesma clínica, que funciona até os dias de hoje em Brasília. João foi internado sete vezes nessa instituição e afirma, de forma irônica, que devido à alta frequência de internações, a dona da clínica acabou se tornando “*muito amiga*” dele, chegando a falar: “*Pro Senhor tem sempre um lugar aqui...*”. João relembra este fato sorrindo desta situação inusitada.

Ainda em relação às internações vivenciadas por João, deve-se levar em consideração o momento histórico no qual a saúde mental no Brasil estava inserida.

É importante ressaltar que as primeiras internações de João ocorreram em Minas Gerais, um estado historicamente conhecido pela grande quantidade de leitos psiquiátricos existentes. Além do mais, durante essas internações, o Brasil se encontrava no período da ditadura militar, e passava por um processo de amplas privatizações na saúde, principalmente na área da psiquiatria, o que fez com que o número de leitos privados psiquiátricos saltasse de três mil para quase 56 mil nesse período. A falta de direitos dos usuários, aliada à baixa exigência de qualidade no setor, propiciou a construção desenfreada de manicômios, tornando um negócio bastante rentável, que ficou conhecido como “A indústria da Loucura” (AMARANTE, 1998).

De acordo com Lobosque (1997), assim como em outros estados do Brasil, Minas Gerais vivenciou uma maciça proliferação de clínicas psiquiátricas privadas entre os anos 60 e 70, basicamente nas cidades de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora e neste quadro de ampla ascensão de leitos psiquiátricos, João vivenciou suas internações no hospício em Belo Horizonte.

Ao avaliar o contexto das internações de João em Brasília, deve-se considerar que o Distrito Federal se trata de uma Unidade da Federação onde a implementação da reforma psiquiátrica iniciou-se tardiamente e sempre encontrou muitos obstáculos. Em 1995 foi aprovada uma lei de reforma

psiquiátrica (Lei Distrital nº 975) prevendo a extinção de todos os hospitais de caráter manicomial da região em um prazo máximo de quatro anos, no entanto, o único manicômio em funcionamento à época, continua atendendo a população até os dias de hoje. Ademais, o DF investiu pouco em serviços substitutivos desde então, o que o coloca em penúltimo lugar entre as Unidades da Federação em serviços de atenção à saúde mental no país e demonstra a existência de uma incongruência entre a proposta local e a Lei Federal 10.216 (ZGIET, 2010). Desta forma, além do aspecto cronológico, é importante considerar as características do DF como fatores que podem ter contribuído para a realidade de violência que João vivenciou em suas internações neste período.

De um modo geral, como foi visto no segundo capítulo, a reforma psiquiátrica brasileira teve início no final da década de 70, com as ações, principalmente, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (AMARANTE, 1998). No entanto, é no final dos anos 80 que se iniciam os significativos avanços no movimento da luta antimanicomial no país, como por exemplo, a criação do primeiro CAPS, a intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, bem como a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei Paulo Delgado, citando apenas algumas conquistas nesse âmbito (BRASIL, 2005).

Neste sentido, pode-se dizer que João pouco foi beneficiado pelas mudanças advindas da reforma psiquiátrica brasileira, pelo menos no período referente a suas internações. Em suas vivências nessas instituições psiquiátricas, João foi exposto a todo tipo de violência e ausência de direitos que um indivíduo considerado como incapaz, devido a um diagnóstico psiquiátrico, pode estar sujeito.

Em suas narrativas, João não demonstra ter conhecimento aprofundado sobre o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, mas tem a percepção de que a situação mudou desde a sua última internação: *“Eu acho que hoje está muito mais evoluído o tipo de tratamento, não tem mais essas internações agressivas, choque elétrico, bombeiro, amarrar a pessoa...”*. Em outro momento afirma: *“Hoje tá até acabando essas internações. Hospício não tem mais”*.

Ainda em relação a esta temática, um fato que chamou a atenção em seu relato, diz respeito ao momento em que João teve seu diagnóstico de *“Psicose Maníaco-Depressivo”*, após sua segunda internação no hospício em Belo Horizonte. Ele afirma que saiu da internação *“arrasado e fui levado em tudo quanto é tipo de coisa, de feitiçaria, de médico, de padre, de igreja, de bispo, de tudo quanto é coisa, e nada dava jeito em mim”*. Até que João conheceu um psiquiatra recém chegado da Inglaterra e



*com meia hora de consulta ele falou assim: ‘O seu problema chama-se Psicose Maníaco-Depressivo e você não tem problema nenhum mental, o seu problema é emocional e orgânico. Você vai ter que tomar um remédio pro resto da sua vida, que se chama Lítio, e vai ter que fazer terapia. É muito importante a terapia. A terapia é mais importante que a medicação, por que quando você vai entrar em crise, a terapia evita de você entrar em crise, porque depois que você entra em crise o remédio não segura mais.*

Em outro momento, durante sua primeira internação em Brasília, João relata:

*Eu tava internado aqui, saí, consegui sair e fui pra Belo Horizonte e chegando lá nós fomos lá no psiquiatra, no psiquiatra que me diagnosticou. Ele virou pra mim e falou assim: “Qual lugar que você gosta mais?”, eu falei: “Eu gosto da fazenda do meu pai”, ele falou: “Então vai pra lá”. Eles queriam me internar, queriam que ele me internasse. “Não, vai pra lá, vai pra fazenda do seu pai, fica lá”. Eu fiquei lá, a crise passou e não tive mais nada.*

Como afirmou Costa (2013), um dos desafios da reforma psiquiátrica diz respeito a tratar em liberdade o sujeito que se encontra em crise, tendo em vista que esta, frequentemente, cumpre um papel de “porta de entrada da internação” (p. 44). Desta forma, as intervenções de seu psiquiatra chamam atenção por destoarem, de certa forma, das práticas hospitalocêntricas e sintomatológicas clássicas. Não é possível afirmar que esse psiquiatra tinha algum conhecimento sobre os objetivos da reforma psiquiátrica, nem é possível conhecer a finalidade de suas intervenções, mas de alguma maneira chama a atenção o enfoque dado à psicoterapia, bem como a indicação do tratamento da crise de João sem internação.

João teve um rápido contato com um serviço substitutivo, em um CAPS, há aproximadamente dois anos atrás, mas relata não entender exatamente como funciona o serviço:

*Eu tive um contato muito rápido, fui uma ou duas vezes só, lá no Paranoá. Mas acontece que o psiquiatra que eu comecei com ele lá, não tinha dia certo. Eu fui lá algumas vezes e nós desencontramos, e acabou que ele falou que ia sair de lá também, que ia trabalhar só no consultório dele e eu acabei que eu me afastei de lá, não continuei não. Não sei direito como funciona, não conheço não.*

Ainda em relação a essa experiência, João afirma que “a impressão boa que eu tive foi do psiquiatra, que eu achei muito bom o cara, entende do assunto. E eu participei de uma reunião de grupo lá também, foi interessante. Mas foi só isso, não tenho experiência maior não”.

É interessante perceber que João analisou o serviço através da atuação do psiquiatra, o que pode demonstrar uma percepção com viés institucionalizado, talvez em decorrência dos anos de tratamento psiquiátrico a que está submetido. Como foi percebido em suas narrativas, João sempre teve uma relação muito significativa com seus psiquiatras, o que será abordado posteriormente. Por outro lado, pode-se supor que devido ao fato de João se encontrar em um estágio avançado de

recuperação e possuir uma rede de apoio estável, como foi percebido em suas narrativas, o serviço oferecido pelo CAPS, no momento atual de sua vida, pode realmente não fazer sentido para ele.

Como afirma Brasil (2005), qualquer atuação no CAPS deve ser norteada pela busca da preservação e fortalecimento dos laços sociais do usuário em seu território. Desta forma, ao analisar as narrativas de João, percebe-se que seus laços sociais se mantiveram preservados, apesar de terem se fragilizado de forma recorrente, em consequência do longo histórico de crises e internações.

João afirma em diversos momentos que sua vida profissional foi bastante prejudicada em decorrência desses eventos. Após suas primeiras crises em que foi internado em Belo Horizonte, João perdeu seu emprego na empresa de engenharia que estava trabalhando em Brasília. Após se recuperar da segunda internação, resolveu abrir sua própria empresa que funcionou durante 17 anos na cidade. João afirma que

*a minha empresa ia muito bem no início, mas 6, 7 anos depois eu comecei a ter crise, todo ano eu tinha uma crise, então nessas crises, eu era internado, lá eu ficava internado 30, 40 dias, tomando remédio, muito remédio, saía arrasado, deprimido e a minha empresa não resistiu a esses problemas e acabou que a empresa fechou.*

Em outro momento, João retoma o assunto da sua vida profissional e reafirma que foi muito prejudicado nesse aspecto:

*Com as minhas crises eu perdi um bom emprego na época. Eu abri a minha empresa e eu perdi a minha empresa e mesmo nos trabalhos que eu já participei, devido a essas crises, eu deixei de evoluir dentro desses trabalhos e minha parte profissional foi muito prejudicada.*

João chama a atenção também para o fato de seu casamento ter sido prejudicado em decorrência de suas crises:

*E outra coisa que me prejudicou muito foi o meu casamento. O meu casamento foi muito prejudicado, porque quando eu entro em crise eu não sei o que eu faço, e acaba que eu faço coisas que não estão de acordo com um casal que tem um relacionamento normal.*

Atualmente João relata viver bem com a família. Continua casado com a esposa, tem cinco filhos e recebe uma aposentadoria, mas ainda tem planos de voltar a trabalhar na sua área de engenharia, como responsável técnico em alguma empresa.

Seguindo as orientações de seu primeiro psiquiatra, João relatou que sempre buscou fazer terapia, principalmente devido aos intensos períodos de depressão que vivencia depois de suas crises maníacas. “Em 2004, 2005 eu fiquei conhecendo uma psicóloga com quem eu fiz uma terapia durante 10 anos e me ajudou muito, me ajudou muito”.

Outro fato de grande relevância em sua vida, de acordo com sua narrativa, ocorreu em 1991, quando ficou conhecendo o “Alcoólicos Anônimos” (AA) e parou de beber. Desde então frequenta as reuniões e participa ativamente das atividades propostas, como encontros, conferências e outros eventos ligados ao AA.

João afirma que nunca sofreu preconceito ou discriminação devido aos seus problemas de saúde e que fala sobre esses temas abertamente, principalmente depois de ter conhecido o AA:

*Eu falo pra todo mundo, quer saber eu falo. Meu alcoolismo mesmo, eles falam lá no AA que não pode falar que é de Alcoólicos Anônimos, que você tem que manter anonimato, mas eu não, eu falo com todo mundo, entendeu? Por que até mesmo em reunião de AA eu falo do meu problema bipolar e muitas vezes levanta um lá e vem me agradecer, que o cara tem o mesmo problema e tem medo de falar.*

De acordo com Vasconcelos (2003, p. 28), o AA pode ser classificado como um grupo de Ajuda Mútua, onde há “troca de vivências, experiências, de ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias para lidar com os problemas comuns”. João demonstra ter encontrado neste espaço, um lugar de escuta que o faz muito bem. De acordo com ele, “*eu só posso me curar é assim (através da fala). Se eu ficar escondendo essa coisa dentro de mim, como é que fica?*”.

#### 4.2. Análise formal

Nesta seção serão apresentados os resultados da análise formal obtida a partir das entrevistas narrativas de João. Durante a análise, foi possível a apreensão de quatro categorias que se apresentaram em seu discurso, entendidas enquanto um processo, decorrentes de um movimento que demonstrou ocorrer repetidamente: inicialmente, João iniciava um processo de **crise** e, quase concomitantemente, ocorria sua internação em instituições psiquiátricas. Quando já estava internado, João vivenciava situações marcantes de violência institucional, e ali permanecia até o fim de suas crises. Essa fase será denominada de **internação** propriamente dita. Quando finalmente saía da instituição, passava por uma fase que será chamada de **pós-internação**. Todas essas fases, além de outras que não envolviam a situação de internamento, são perpassadas por uma significativa **relação com o saber médico**, principalmente com a pessoa do psiquiatra, além de uma marcante influência dos medicamentos psiquiátricos em sua história de vida.

É importante ressaltar que a construção das categorias temáticas não teve como norteador a priori o caráter cronológico da fala de João, entretanto, em suas narrativas acabou-se observando uma regularidade e repetição de eventos que originaram as categorias propostas: **crise** →

**internação→ pós-internação e relação com o saber médico**, sendo que esta última esteve presente em todas as fases.

Goffman (1999), em *Manicômios, Prisões e Conventos*, apresenta a ideia da existência de uma “carreira do doente mental” que pode ser dividida em três fases: “a fase do pré-paciente”, “a fase do internamento” e “a fase de ex-doente” (p. 114). Em seu livro o autor trata apenas das duas primeiras fases.

Deve-se salientar que apesar do trabalho de Goffman ter sido amplamente utilizado durante a análise, os resultados apresentados nesta seção dizem respeito unicamente à trajetória biográfica de João, tendo como base suas entrevistas narrativas, em contraposição a um caráter mais generalizante das categorias propostas por aquele autor.

#### 4.2.1. Crise

Em suas entrevistas, João narrou em diversos momentos como se dava a trajetória entre suas crises e suas internações, sendo que este processo, em todas as internações pelas quais passou, tanto em Belo Horizonte quanto em Brasília, demonstrou muita similaridade.

*Eu, a princípio, ficava agitado, dormindo pouco, falando muito, por último eu ficava mais irritado, chegando até a ficar agressivo, o que acabou com essas internações.*

Em outro momento, João relata como foi sua primeira internação em Brasília:

*A minha primeira internação em Brasília, (...) eu sei que começava desse jeito, eu começava a trabalhar muito, começava com idéias maravilhosas, começava a falar muito, começava a dormir pouco, e ia, ia, ia e sempre brigava com minha mulher, sempre brigava com minhas irmãs...*

Como foi visto na seção anterior, pode-se perceber que as crises de João sempre funcionaram como “porta de entrada” para suas internações psiquiátricas (COSTA, 2013).

Costa (2013) define a crise como sendo

*um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos, e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio, e costumam ser determinante das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental (p. 48).*

Pode-se afirmar que esta definição de crise proposta por Costa (2013), está de acordo com o que João vivenciou em suas crises e internações, tendo em vista que seu processo de crise

demonstrou afetar de forma considerável suas relações familiares e vida cotidiana, bem como sempre resultar em internações psiquiátricas.

Ainda em relação às crises, João relata que, atualmente, consegue perceber que está “*fora do seu normal*”, e compreende que suas crises possuem um “*ciclo*”:

*A crise, na hora que ela vem, é assim: vai subindo, vai, e vai, e vai, até chegar lá em cima, na hora que chega lá em cima, ela volta. Mas depois que ela chega aqui no meio, você não para ela mais não, entendeu? Ela tem um ciclo.*

Uma fala que chamou atenção diz respeito ao fato de que João relata sentir-se bem quando sua “*crise está subindo*”, como afirmou:

*Quando a crise “está subindo” eu me sinto muito bem, muito bem. Não tem nada de problema pra mim, tá tudo bem, tenho coragem, tenho disposição, ânimo. É o que os psiquiatras falam: “o problema é que a crise é boa pra você. Pra você. Pros outros é complicado”.*

No entanto, quando chega “*ao ápice*” da crise, João relatou que perde o controle, e nessas situações, geralmente, ocorriam suas internações:

*Quando eu chego nesse ponto, eu quero fazer as coisas do meu modo, eu não escuto ninguém, começo a imaginar coisas, que fulano não fez isso por que tá querendo me prejudicar, o outro não sei o que, entendeu? Você perde o controle totalmente.*

Quando passa a fase da mania, João relata que a crise começa a “*descer*”, fechando, assim, o “*ciclo*”:

*Eu vou percebendo que tá vindo a depressão, e tá vindo a depressão e vem mesmo, vem mesmo. Sabe, passou a crise e agora vem a depressão e vem mesmo.*

João descreve suas crises como um ciclo que na maioria das vezes culminava em internações. É importante ressaltar que em um serviço substitutivo, onde profissionais capacitados e comprometidos conseguem realizar um acolhimento e manejo desta crise, cria-se a possibilidade de a internação não ser o único desfecho possível, e este é um dos desafios da reforma psiquiátrica.

No que diz respeito à entrada nas instituições psiquiátricas, Goffman (1999) afirma que existem três formas clássicas pelas quais um indivíduo pode passar por este processo: por pedido e/ou pressão da família, muitas vezes sob ameaça de rompimento dos laços familiares; obrigados, sob vigilância policial; e enganados pelos outros, o que ocorre com mais frequência entre os jovens.

É possível perceber nas narrativas de João que, em seu processo de admissão nas instituições psiquiátricas, ele vivenciou as três situações descritas.

Em certa ocasião, João relata ter pegado seu carro e se internado sozinho, devido à pressão que estava sofrendo por parte de sua família:

*Teve um dia que a pressão chegou a tanto que eu peguei meu carro e fui pra clínica, sozinho. Cheguei lá e falei: “Toma aqui a chave do meu carro, documento, eu tô me internando”. A dona da clínica falou: “Uai, que aconteceu?”, “Tô me internando”, “Mas nunca aconteceu isso aqui!”, “Então é a primeira vez que acontece. Liga pra minha mulher e diz que eu tô me internando”. E me internei, sozinho.*

É possível perceber em sua fala, que sua internação “voluntária” se deu prioritariamente pela pressão familiar, e não por conta dos sintomas vivenciados ou pelo reconhecimento de estar entrando em crise. No entanto, é importante ressaltar que certamente tratou-se de um ato de muita coragem e consideração de João, principalmente pelo fato de que ele já havia vivenciado experiências anteriores de internação e tinha conhecimento do sofrimento a que estaria exposto ao se internar.

Em outros momentos, João relata que já sofreu internações obrigado, sendo levado pelo Corpo de Bombeiros até à clínica psiquiátrica:

*Eu fui internado mais oito vezes aqui em Brasília e eu era levado na maior parte das vezes pelo Corpo de Bombeiros. Eu ficava bravo, eu ficava agressivo, eu ficava agitado em casa, agredindo verbalmente as pessoas e minha mulher chamava o Corpo de Bombeiros, que me amarravam, era um escândalo danado, e eu era levado pra clínica.*

João narra também, situações em que se sentia enganado antes da internação:

*Eu era levado pro hospício enganado, através de conversa de uma pessoa ou outra, até chegar lá.*

Em outro momento, relata:

*Teve vez de eu ir conversando com os bombeiros, dentro da ambulância, conversando com eles, desamarrado e tudo, conversando... “Não, não vai ter nada não”. Eles te enrolavam, né? “Vamos só te levar lá, você vai tomar uma injeção e volta, preocupa não” . Eu ia, confiava e ia, aí chegava lá eles me amarravam, tacavam remédio, injeção.*

Nota-se que nessas situações, o diálogo foi utilizado como um meio para enganar João e assim interná-lo contra sua vontade. Diante disto, surge um questionamento: por que não utilizar o mesmo diálogo para cuidar e acolher? Será que a internação era o único desfecho possível para estas situações?

De acordo com Goffman (1999, p. 116), o indivíduo antes de ser internado na instituição psiquiátrica, passa por uma “fase de pré-paciente”, onde a transição para a fase de internamento “pode ser vista através de um modelo de expropriação: começa com relações e direitos e termina, no início de sua estada no hospital, praticamente sem relações ou direitos”. Neste contexto de ausência de direitos, João vivencia efetivamente sua experiência de internações em instituições psiquiátricas ao longo de 19 anos de sua vida.

#### **4.2.2. A internação**

Quando já se encontrava internado nas instituições psiquiátricas, João relata, em diversos momentos, o sofrimento vivenciado em decorrência da violência institucional ao qual estava exposto.

Nas primeiras internações ocorridas no hospício em Belo Horizonte, João relata:

*Quando chegava lá eles me seguravam, me amarravam, botava na camisa de força e me dava medicação, choque elétrico, aí eu não via mais nada...*

Como já foi visto anteriormente, nas internações ocorridas no hospício em Belo Horizonte, João era submetido a tratamentos com eletrochoque, o que já não ocorreu nas internações em Brasília. No entanto, em ambas as instituições, aparecem recorrentes relatos em que ele era amarrado, como por exemplo:

*Eles me amarravam, tinha vez que eu ficava lá amarrado três, quatro dias amarrado numa cama, os braços pra cima, as pernas esticadas, todo amarrado, quanto mais você mexia, mais apertava. Ficava quatro dias lá urrando, gritando, nem água davam pra gente, sofrimento danado, Deus me livre... Hora que soltava ali, você não esboçava mais nenhuma reação, você não dava conta. É muito sofrimento...*

Esses métodos de contenção, utilizados com bastante frequência nessas situações, demonstram de forma clara que o indivíduo ao entrar nesses estabelecimentos, perde, quase instantaneamente, sua autonomia e poder de decisão sobre aspectos simples de sua vida, como horário para tomar água, por exemplo, ficando a mercê das normas e regras das instituições.

Outro exemplo desta ausência de poder de decisão sobre si próprio, diz respeito ao uso excessivo de medicação, que também aparece em diversos momentos da fala de João:

*Eu ficava internando acho que uns 30 dias, 40 dias... Mas era tanto remédio que eles tacavam em você que você saía de lá... (João imita um zumbi) Tal de haldol, aquilo mata, hoje nem usa mais isso...*

Infelizmente, mais de 20 anos após a última internação de João, o referido medicamento ainda continua sendo amplamente utilizado, principalmente na rede pública de saúde.

Em outro momento, João relata:

*Lá (na clínica psiquiátrica em Brasília) acontecia a mesma coisa de medicação, de injeção, de eu ficar amarrado 2, 3 dias amarrado, até que passava aquela fase maníaca e eu ficava completamente dopado, muito remédio, durante 20, 30, até 40 dias...*

Goffman (1999) afirma que em algumas instituições totais, o internado é obrigado a tomar medicamentos orais ou intravenosos, contra sua vontade. É possível afirmar que nas instituições psiquiátricas, essa prática é amplamente difundida e naturalizada. Le Breton (2003, p.58) salienta que a “administração intensiva de psicotrópicos às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos ou aos idosos em certas instituições é um dado conhecido, participando de uma regulação autoritária dos comportamentos”.

De acordo com Costa (2013), um vínculo bem estabelecido, bem como a escuta do sujeito, tornam possível a estabilização da crise, sem o uso determinante e a priori de medicamentos, controle e contenção. É importante destacar que o uso da medicação pode ter como objetivo o alívio de sintomas que, muitas vezes, intensificam demasiadamente o sofrimento do sujeito, no entanto, no interior das instituições psiquiátricas, o que se percebe na maioria das vezes é o uso abusivo de medicamentos e técnicas de contenção que visam controlar e silenciar, eliminando não só os sintomas como os próprios sujeitos.

Como foi visto no primeiro capítulo, Basaglia (1985, p. 107) afirma que não há reciprocidade na dimensão institucional, tendo em vista que o sujeito internado encontra-se “entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que lhes aprouver, sem qualquer apelação”. João explicita essa situação em sua fala:

*No início é complicado, quando eu chegava em crise mesmo era complicado, mas depois não, depois você fica ali sujeito a tudo, aceita tudo, muita medicação, muito remédio.*

Basaglia (1985, p. 112) afirma ainda que o manicômio é um local construído para o completo aniquilamento do sujeito internado, tendo em vista que se torna objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer “ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença”. O sujeito, em toda sua complexidade, deixa de existir, se tornando apenas mais um doente mental dentro da instituição, classificado de acordo com seu diagnóstico psiquiátrico. Na clínica psiquiátrica em Brasília, João relata:



*Quando a gente chegava lá, não via nada, aquela agitação, preso, tudo preso, depois soltavam você no meio do povo. Lá é tudo misturado, homem, mulher, pessoas com problema de álcool, de droga e bipolar, esquizofrênico, é tudo misturado. Às vezes você tinha mais diálogo com um ou com outro, mas era uma fase muito difícil.*

De acordo com Goffman (1999, p. 127), quando o indivíduo está internado, percebe que “está despojado de muitas de suas defesas, satisfações e afirmações usuais, e está sujeito a um conjunto relativamente completo de experiências de mortificação: restrição de movimento livre, vida comunitária, autoridade difusa de toda uma escala de pessoas”.

Neste sentido, João afirma:

*A internação é horrível, é horrível. Eu sentia preso, você não podia sair, muito remédio, você ficava deprimido e tinha dia de visita, e muitas das vezes a minha mulher ia nas visitas e a gente ainda discutia, e eu queria sair, não deixavam eu sair... É horrível, horrível.*

A restrição de sua liberdade de ir e vir parece marcar intensamente as experiências de internação de João. O fato de se tornar um “prisoneiro” em um momento tão delicado de sua vida, onde as emoções estão aflorando de forma tão súbita, certamente tornam este processo muito mais sofrido.

Pode-se afirmar que ao ser internado, é retirado do paciente todo o poder de decisão sobre sua vida e suas vontades são descartadas em prol de um suposto saber do que seria terapeuticamente saudável para ele (FERRO, 2009). Neste sentido, é possível perceber na narrativa de João, que o processo de alta da internação também era marcado por um saber médico que se sobrepunha de forma considerável às suas vontades e decisões sobre sua própria vida.

João afirma que na clínica psiquiátrica em que ficava internado em Brasília

*o psiquiatra ia lá uma vez por semana, e a gente tinha uma entrevista com o psiquiatra e ele que dava alta pra gente. Então a gente ficava uma semana em suspense, doido pro psiquiatra te dar alta, e ele chegava lá e você conversava com ele, ficava querendo imaginar o que que você ia falar pra conseguir alta. Às vezes não conseguia e era uma tristeza danada saber que ia ter que ficar mais uma semana e esperar ele voltar pra de novo ter uma consulta, quando então ele poderia te dar alta ou não.*

Chama a atenção em sua fala, a angústia sentida no momento da consulta com o psiquiatra, que comparecia à clínica apenas uma vez por semana, quando definiria se João teria alta ou não. Ter que imaginar o que falar para provar ao psiquiatra que está em condições de retomar a vida fora da instituição, bem como a tristeza sentida quando a alta não ocorria, demonstram a intensa situação de vulnerabilidade ao qual os pacientes encontram-se nessas situações de internamento.

Como afirma Goffman (1999, p. 20), geralmente, os internados “não têm conhecimento das decisões quanto ao seu destino”. E pode-se afirmar que esse desconhecimento é causado pela ausência de reciprocidade na dimensão institucional, onde o paciente encontra-se à mercê do poder da instituição (BASAGLIA, 1985).

#### 4.2.3. Pós-internação

No momento em que finalmente recebia alta da internação, João iniciava um difícil processo de retomada de sua vida social, familiar e profissional, sempre envolto em um contexto de muita depressão, quando se sentia “*arrasado*”, chegando até pensar em suicídio. Quando saiu de sua primeira internação no hospício, João relatou:

*Eu fiquei lá não sei dizer quanto tempo, e sei que eu saí de lá arrasado, uma depressão terrível e cheguei a pensar até suicidar.*

Ainda em relação às internações em Belo Horizonte, João afirma:

*As duas internações em Belo Horizonte foram praticamente idênticas. Quando eu saía de lá eu saía com uma depressão profunda, arrasado, muito mal, e não dormia, tomava remédio pesado pra dormir, não conseguia dormir, emagreci muito, emagreci 12 quilos e foi uma fase muito difícil da minha recuperação.*

Percebe-se que a situação de mortificação do eu ao qual indivíduos estão submetidos nas internações psiquiátricas, comumente continua a existir quando estes deixam as instituições. Neste sentido, a recuperação da sua autonomia, bem como a retomada de papéis sociais que praticamente deixam de existir nas internações, não é um processo simples e nem sempre acontece de forma efetiva.

Quando saiu de sua segunda internação no hospício, João ainda trabalhava na empresa de engenharia em Brasília, mas percebeu que seu chefe “*acabou criando condições pra eu sair da empresa*”:

*Quando eu adoeci da segunda vez, que eu fiquei em Belo Horizonte, eu tinha uma salinha lá do tamanho dessa mesa aqui, ficava lá o dia inteiro, morrendo de medo... Ele me mandava ver umas obrinhas lá no fim do mundo e eu ficava imaginando: “Gente, eu fiz as obras que eu fiz lá em Brasília, estádio, ginásio, ministério, e obras grandes e nunca tive problema, e agora vou ficar aqui num lugar desses?” Entendeu? Então eu tava arrasado.*

De acordo com Ferro (2009), recorrentes internações psiquiátricas tendem a enfraquecer os vínculos sociais, familiares e trabalhistas dos sujeitos internados, além de prejudicarem as possibilidades de reorganização e recomposição de suas vidas. Nas internações ocorridas em Brasília, João relata que a saída da clínica psiquiátrica também vinha acompanhada de uma “*depressão profunda*”, prejudicando muito sua vida profissional e financeira:

*Eu quero deixar claro que esse problema financeiro meu é um problema que sempre me acompanhou, desde a primeira crise que eu tive, por que eu era internado, eu parava de trabalhar, minha mulher não trabalhava, meus meninos não trabalhavam...*

Em outro momento, João relata:

*Eu saía muito deprimido, aí eu ficava com medo, eu ficava achando ruim, aí eu não queria falar com ninguém, aí eu deitava e não levantava, aí chegava de manhã cedo eu acordava e ficava com medo de sair da cama... A depressão é um problema terrível.*

De acordo com Lobosque (2001, p. 21), há algumas “experiências do depois da crise, onde aquilo que era insuportavelmente intenso já passou, mas deixando um vazio sem fundo: a apatia, a robotização, o bloqueio...”.

É importante ressaltar que o processo de exclusão ao qual os indivíduos são submetidos quando se encontram internados, produzem um distanciamento do mundo externo, que muitas vezes pode se tornar irreversível. Goffman (1999) afirma que a admissão em uma instituição total pode levar a processos de perda e mortificação que nem sempre poderão ser restabelecidos “se e quando o internado voltar para o mundo”. Assim, algumas perdas “são irrecuperáveis e podem ser dolorosamente sentidas como tais”. Como por exemplo, “pode não ser possível recuperar, em fase posterior do ciclo vital, o tempo não empregado no processo educacional ou profissional, no namoro, na criação dos filhos” (p. 25).

Neste sentido, João afirma que apesar de atualmente ter uma boa relação com a família e encontrar-se estabilizado financeiramente, as experiências de suas crises e internações lhe prejudicaram muito profissionalmente e em sua vida conjugal.

#### **4.2.4. A relação com o saber médico**

Durante toda a narrativa, foi possível verificar que João desenvolveu uma relação muito significativa com seus psiquiatras, mesmo em situações que não estavam relacionadas a suas internações. Com o mesmo grau de relevância, a questão do tratamento medicamentoso aparece de

forma recorrente em suas narrativas, muitas vezes entrelaçada à atuação do psiquiatra. De acordo com João:

*A relação com meus médicos sempre foi boa. Olha, eu sempre fui muito obediente com questão de remédio, às vezes eu até não concordando, eu sempre usei a medicação que manda tomar...*

Pode-se perceber uma certa passividade de João no que diz respeito ao uso da medicação prescrita pelo psiquiatra, o que demonstra que o modelo biomédico, calcado em práticas sintomatológicas e hospitalocêntricas, ocorre também fora do manicômio e podem tornar-se naturalizadas pelos indivíduos que estão expostos a internações e tratamentos psiquiátricos.

Neste sentido, Costa (2013, p. 47) afirma que “tecnologias manicomiais (tais como excessos de medicação, de internação, de tempo de isolamento e de contenção) favorecerão a reprodução de subjetividades manicomiais; ou seja, de sujeitos que ‘serão doentes mentais para o resto da vida’ como a maioria dos diagnósticos dados”.

João relata uma experiência com seu psiquiatra:

*Tem um médico que eu fiquei com ele uns 20 anos, ele é assim: ele vai te dando antidepressivo, você fala com ele: “Não tá adiantando nada”, ele fala: “Não, é assim mesmo”. Ai eu ficava um ano, dois anos tomando a mesma medicação, a mesma dosagem, não muda, então o único problema que eu tinha era esse...*

É possível perceber em sua fala, que mesmo não estando internado, João vivenciou recorrentes situações onde o poder de decisão do saber médico se sobrepôs as suas vontades e expectativas. A nítida relação hierarquizada, muitas vezes em nome de um saber científico, acaba por desconsiderar as opiniões e possíveis entendimentos do indivíduo em relação ao seu próprio tratamento. Em uma outra experiência, com outra psiquiatra, João relata:

*Eu fui numa outra psiquiatra, muito famosa aí, aconteceu isso, ela começou me dando um remédio, passou pra outro, passou pra outro e não tirava, dava um e passava pra outro, mas não tirava o primeiro, não tirava o segundo, o terceiro, no final eu tava tomando um monte de remédio...*

Ainda em relação ao tratamento com essa psiquiatra, João afirma que conseguiu controlar sua depressão, no entanto, a grande quantidade de medicação lhe trouxe muitos problemas:

*Eu comecei um tratamento com ela, a minha depressão acabou, mas ela começou a me dar muito remédio, acabou que eu comecei a gaguejar, eu comecei a andar tropeçando, eu comecei a ter problema, e acabou que aconselhado pela minha mulher e pelos meus filhos eu mudei de psiquiatra e diminuí essa medicação.*

Deve-se pontuar, que ao contrário do que muito se afirma sobre a neutralidade da ciência, o psiquiatra não pode e não consegue ficar alheio à pessoa que observa, de forma que ele está “comprometido com um quadro daquilo que considera a realidade e com o que pensa que a sociedade considera real; observa e julga o comportamento do paciente à luz dessas crenças” (SZASZ, 1977, p. 26). E muitas vezes, o paciente, sujeito de sua observação, não participa deste julgamento sobre si mesmo.

Ao longo de suas narrativas, João queixa-se com frequência de seu “*problema depressivo*” e este fato o fez procurar diversos psiquiatras, além de tratamentos alternativos à psiquiatria clássica. Em relação a esses tratamentos, João afirma:

*Teve um tratamento que me indicaram que eu fiz aí, o problema é que o povo acha que eu tô ficando bom, ficando bom, mas eu tô entrando em crise, sabe? Eu fiz um tratamento ortomolecular, com um médico mais velho aí num hospital da Unimed e acabou que eu entrei em crise. Teve uma outra vez também de um camarada, não sei se era médico, sei lá, o cara aí pro lado da Cidade Ocidental, me indicaram um tratamento, tal de “quelação”. Aí comecei a ficar bom, “tá ficando bom, tá ficando bom”, e eu tava era entrando em crise e acabava que eu era internado. Nas duas vezes eu acabei internado...*

Parece que a experiência que João vivenciou com esses tratamentos alternativos, e que resultaram em crises, difere, em alguma medida, da sua relação construída ao longo de sua história com o saber psiquiátrico tradicional, que demonstra estar consolidado em sua vida. No sentido de que apesar da confiança no saber psiquiátrico tradicional, João se permitiu buscar alternativas em seu cenário cultural, ainda que estas não tenham sido bem sucedidas.

Foi possível constatar ainda na fala de João, que os medicamentos psiquiátricos utilizados por ele ao longo de sua vida, trouxeram efeitos colaterais significativos, principalmente no início de seu tratamento:

*Eu tinha muito problema no início, há mais tempo atrás, com os remédios antidepressivos, porque tinha muito efeito colateral. Mas com o tempo a gente ia se adaptando.*

João afirma ainda:

*Eu já sofri muito com isso, no início foi muito complicado. O lítio mesmo eu tomo desde o início, e mesmo quando eu tinha minhas crises eu tava tomando o lítio. Eu achava que quando eu tava entrando em crise, se eu aumentasse a dosagem do lítio, eu não ia entrar em crise, e às vezes eu tomava até muito, mas não adiantava.*

Após décadas de uso de psicofármacos, João reconhece as limitações dos tratamentos medicamentosos e enaltece o valor da psicoterapia para sua recuperação:

*O problema da minha doença é o que o médico falou: “sua doença é emocional”. Então, nesses últimos anos que eu melhorei muito eu atribuo mais a minha terapia do que remédio. Por que o remédio, cada pessoa é cada pessoa, cada um é cada um, o mesmo remédio que serve pra mim não serve pra você.*

Atualmente João relata estar estabilizado em relação à sua saúde e medicação. Os anos de tratamento psiquiátrico a que está submetido, fizeram com que ele desenvolvesse um autoconhecimento significativo sobre os medicamentos que utiliza e sobre os efeitos que cada um tem em seu organismo. No entanto, este autoconhecimento nem sempre é levado em consideração pelos psiquiatras que o acompanham, o que demonstra, que a ausência de reciprocidade na relação entre aqueles que detêm o poder e aqueles que não o detêm, pode ultrapassar os muros do manicômio.

#### **4.3. Interpretação/Reinterpretação**

João é um indivíduo de 67 anos que foi submetido a dez internações psiquiátricas ao longo de 19 anos de sua vida. As suas internações ocorreram em Belo Horizonte e Brasília, em períodos distintos. Todas as internações foram precedidas por um episódio de crise, quando apresentava sintomas como agitação, agressividade, falta de sono e pensamento acelerado. Durante o período de internação, João foi submetido a tratamento com eletrochoque, contenção, isolamento, administração abusiva de medicamentos e outras formas de violência institucional. Essas experiências de crises e internações marcaram sua vida de forma significativa e propiciaram duas entrevistas narrativas muito intensas e profundas, que serviram de material para este trabalho.

É possível perceber que esses fatos geraram muito sofrimento para João, e comprometeram sua vida profissional e familiar, principalmente sua relação com a esposa. No entanto, hoje João encontra-se estabilizado, tanto financeiramente, quanto em relação ao seu tratamento. O contexto familiar também demonstra estar estabilizado e funcionar como um fator de proteção para João.

O fato de João apresentar uma boa condição financeira, bem como um alto grau de escolaridade, não o impediram de vivenciar as situações de ausência de direitos nas instituições em que foi internado. Entretanto, certamente, essas características aliadas a uma rede social e familiar estáveis, contribuíram para sua recuperação e retomada de seu lugar de sujeito em sua vida e sociedade.

Infelizmente, pessoas em sofrimento psíquico grave, que apresentam concomitante uma vulnerabilidade social acentuada, estão mais suscetíveis a situações de violência e exclusão, pois são duplamente marginalizadas socialmente. A busca pela autonomia, bem como a inserção social destes sujeitos, esbarra, muitas vezes, em necessidades básicas de sobrevivência, o que torna esse processo muito mais complexo. Ademais, muitas vezes a busca não é pela retomada de um lugar perdido, e sim, a conquista de um lugar de direito que nunca foi de fato assumido.

João demonstra ter recuperado a autonomia perdida durante as situações de internação e pós-internação. É bastante consciente de seu processo de crises, bem como de seus tratamentos e medicações. No entanto, no que diz respeito a sua relação com seus psiquiatras, um certo grau de passividade aparece em seu discurso, decorrente, talvez, do longo histórico a que esteve submetido ao saber médico. Como afirma Costa (2013), “a reprodução de subjetividades manicomiais” são favorecidas em decorrência de situações de internação e medicalização excessiva.

Por uma questão também cronológica, João não teve acesso aos serviços criados para substituir o hospital psiquiátrico. Na época de suas internações, a reforma psiquiátrica no Brasil ainda dava seus primeiros passos. Anos mais tarde, João teve contato com um CAPS, mas a experiência neste serviço não fez muito sentido para ele. Não é possível afirmar categoricamente, mas se esses serviços já existissem na época das experiências de João, e se ele tivesse tido a oportunidade de ter suas crises acolhidas em um serviço oferecido pelo CAPS III, por exemplo, haveria grande chance de sua história ser diferente.

Ferro (2009) afirma que uma das propostas mais marcantes do modelo manicomial diz respeito à retirada do sujeito atendido do seu meio social, visando a sua cura, para então ser devolvido à sociedade. Desta forma, o indivíduo é excluído do seu convívio em todas as esferas de sua vida, como ocorreu na história de João.

Ainda em relação à internação psiquiátrica, alguns setores da sociedade criticam a reforma psiquiátrica e a política nacional de saúde mental ao afirmar que os indivíduos que apresentam transtornos psíquicos graves e persistentes, bem como seus familiares, ficariam desassistidos com o fechamento dos manicômios. Muitas dessas críticas são falácias que visam, através da proliferação do mito de periculosidade associada à loucura, garantir um negócio rentável que se iniciou com a “Indústria da Loucura” e que parece continuar vigorando até os dias atuais.

É importante ressaltar que a internação não deixa de existir na atual política de saúde mental, no entanto, ela é ressignificada e deixa de ser considerada como o “tratamento em si”. De acordo com Tenório (2001), a internação psiquiátrica deve ser vista como um recurso clínico eventualmente necessário ao tratamento e não uma prática indiscriminada da psiquiatria, de forma que

Combater as internações, portanto, significa superar uma situação em que elas são o recurso prioritário, senão único, de tratamento, atendendo a interesses tanto de segregação social da diferença quanto de enriquecimento privado (p. 75).

Neste sentido, de acordo com o Artigo 4º da Lei 10.216, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Desta forma, ressalta-se a importância de serviços oferecidos nos CAPS III 24 horas e leitos no hospital geral, como forma de acolher a crise e suprir a demanda destas eventuais internações psiquiátricas, apresentando um caráter de brevidade e evitando que o processo de cronificação dos pacientes assistidos se estabeleça.

Pode-se perceber que as internações psiquiátricas de João, constituíram-se como o seu tratamento em si. Quando não estava em crise, João realizava tratamento com psicofármacos e acompanhamento com psiquiatras. No entanto, quando se iniciava o processo de crise, ele era logo submetido à internação.

Outro fato relevante da narrativa de João consiste em ele frequentar os Alcoólicos Anônimos há 23 anos e encontrar nesse grupo, um lugar onde pode compartilhar suas experiências e isso demonstra o fazer muito bem. Faz também psicoterapia e acredita que isso tem contribuído muito para sua recuperação.

Pode-se supor que pelo fato de vivenciar com frequência situações onde fala de suas experiências, João desenvolveu um considerável conhecimento de si e de sua história. Neste sentido, a entrevista narrativa foi um recurso metodológico muito positivo para este sujeito, como inclusive ele relatou: “*Eu quero dizer que eu sempre tive vontade de fazer isso (realizar uma narrativa de sua vida), há muito tempo que eu tô querendo fazer isso*”. João afirmou que futuramente gostaria de realizar outras narrativas e a autora deste trabalho se dispôs a ajudá-lo.

Vasconcelos (2003, 2005) afirma que o sujeito ter condições de realizar narrativas pessoais é uma das formas propostas de buscar empoderamento e assim lidar com o sofrimento decorrente das crises, sobretudo se estas foram marcadas por internações psiquiátricas. Ademais, as narrativas visam integrar as experiências do indivíduo, expressando sua vivência a partir de uma perspectiva pessoal, social e política. Neste sentido, a entrevista narrativa mostrou-se a melhor escolha metodológica para os fins deste trabalho.

Ao final de sua narrativa, João foi questionado sobre quais aprendizados ele tirou de suas vivências, e de forma simples, mas ao mesmo tempo, marcante, ele afirmou que chegou à conclusão de que “*a vida não é de brincadeira*”. E completou posteriormente: “*E eu quero que você na sua*



*profissão, que essas coisas que eu te falei aí te ajudem, por que você vai enfrentar isso no dia a dia...”*.

Pode-se afirmar que essa experiência foi muito engrandecedora para a autora deste trabalho, tanto quanto pessoa quanto futura profissional que acredita que formas de cuidado em saúde mental, pautadas no respeito à dignidade e autonomia dos sujeitos, sem a presença de práticas excludentes e violentas, são possíveis e urgentes, tendo em vista que a segregação e a violência institucional ainda são uma realidade para muitos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico grave.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar as consequências de ser submetido a recorrentes internações em instituições psiquiátricas, a partir de narrativas biográficas de um sujeito. As entrevistas narrativas foram analisadas em três fases: análise sociohistórica, análise formal e interpretação/reinterpretação (THOMPSON, 1995).

Este trabalho também visou analisar os impactos da violência institucional ao qual indivíduos submetidos a internações psiquiátricas foram historicamente expostos e discutir quais os caminhos podem ser utilizados para a retomada de sua autonomia. Neste sentido, foi realizada uma breve contextualização histórica da loucura, considerando a Idade Média, na Europa, com a criação do Hospital Geral, bem como a trajetória na qual esta passou a ser tratada como uma doença e quais as consequências desta mudança de paradigma (FOUCAULT, 2002). Discutiu-se ainda o cenário brasileiro no que tange à construção do primeiro manicômio no país e a criação de manicômios que marcaram, de forma trágica, a história brasileira, como o “Hospício Colônia”, em Barbacena/MG (ENGEL, 2001; ARBEX, 2013).

Foram analisadas também as características das instituições psiquiátricas que possibilitam denominá-las enquanto “instituições totais” e “instituições da violência”, e que, devido à forma como funcionam, com regras rígidas e inquestionáveis e uma clara divisão entre aqueles que detêm o poder e os que não o detêm, acabam por expor o indivíduo internado a um processo de total objetivação e mortificação do eu (GOFFMAN, 1999; BASAGLIA, 1985).

Em um segundo momento foi realizada uma breve contextualização da reforma psiquiátrica no Brasil, demarcando suas principais características, além de seus desdobramentos para o panorama da saúde mental no país. Ademais, discutiu-se a criação dos serviços substitutivos como dispositivos que objetivam a extinção do hospital psiquiátrico e quais os avanços advindos dessa nova forma de tratar e cuidar da loucura. Foram trabalhados também os conceitos de autonomia e empoderamento na visão de diferentes autores e como se dá o seu resgate através do modelo da atenção psicossocial.

Foi possível constatar que muito já se avançou no que diz respeito à extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, bem como no questionamento às formas de atuação pautadas em práticas manicomialistas. Entretanto, ainda é possível verificar que o modelo biomédico encontra-se enraizado em diversos campos de atuação na área de saúde mental, mesmo fora do manicômio. Diante disto, é necessário um esforço diário por parte de quem se propõe a trabalhar neste campo e que acredita que os usuários dos serviços são cidadãos que devem ser protagonistas de suas vidas e tratamentos, para que as práticas hospitalocêntricas não sejam mais naturalizadas e reproduzidas em nossa sociedade.

No dia 21 de maio de 2014, foi realizada a abertura do 1º Encontro Intersetorial em Saúde Mental do Distrito Federal, e nesta ocasião, Paulo Delgado, o formulador da Lei 10.216, que propõe a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, além da regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, afirmou: “às vezes, uma água com açúcar dada com afeto, pode ter mais resultado que o medicamento mais potente dado com indiferença”. Desta frase ilustrativa, pode-se concluir que as pessoas em sofrimento psíquico grave precisam de acolhimento, escuta, respeito e dignidade. Apenas calar os sintomas, muitas vezes através da administração abusiva de medicamentos, reduzindo o sujeito a um ser embotado, impregnado, que deixa de existir, é uma forma grave de violência, que deve ser combatida.

Neste mesmo Encontro, Roberto Tykanori, Coordenador Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, sabiamente pontuou: “saúde mental é afeto, poder e liberdade”. Partindo deste pressuposto, o indivíduo que se encontra internado, comumente encontra-se privado de afeto, de poder sobre sua própria vida e de liberdade de ir e vir. Desta forma, como se pode falar em saúde mental quando direitos básicos estão sendo retirados e negados?

A internação psiquiátrica aniquila o sujeito, retira seus direitos e sua identidade, e, por isso, a luta antimanicomial é tão importante para nossa sociedade. Não é possível continuar reproduzindo práticas historicamente excludentes e violentas, dentro ou fora do manicômio. Deste modo, para que a superação deste modelo asilar seja possível, é necessário um investimento significativo na criação de serviços substitutivos que realizem um acolhimento contínuo no manejo de crises, e que funcionem, de fato, como serviços que substituem o hospital psiquiátrico (LOBOSQUE, 2001; COSTA, 2013).

O que se percebe, entretanto, é que apesar de a política nacional ter como norte a desinstitucionalização, frequentemente a criação desses serviços não é prioridade em algumas Unidades da Federação no Brasil, como acontece no Distrito Federal, por exemplo, demonstrando a existência de uma discrepância entre a política nacional e a distrital no âmbito da saúde mental. Esse tipo de realidade dificulta a desmistificação de que o hospital psiquiátrico é a única forma de tratar a loucura, além de impossibilitar que uma rede de saúde mental efetivamente antimanicomial se estabeleça concretamente.

É necessário ainda que cada vez mais se invista em capacitação e treinamento dos profissionais de saúde, com o objetivo de se questionar e transformar “subjetividades manicomiais” que se apresentam cotidianamente nestes serviços. Neste sentido, um dos desafios dos profissionais que trabalham com a saúde mental é o de não naturalizar e disseminar práticas excludentes e violentas, voltadas apenas para a eliminação dos sintomas e anulação do sujeito. Ao contrário, essas

práticas devem considerar que o sofrimento psíquico ocorre na vida e nas relações dos indivíduos e é neste contexto que ele deve ser compreendido e trabalhado.

Ademais, de acordo com Lobosque (2003), é imprescindível que as disciplinas psi em geral, como a psicologia e a psiquiatria, desconstruam o sentido historicamente adotado de “incluir”, como sendo “sinônimo ou parente de adaptar, normatizar tornar igual, abolir a diferença” (p.181). Assim sendo, o trabalho em saúde mental deve “incluir” no sentido de “acolher, fazer caber, criar lugar”, ou seja, deve ter um caráter político e ser uma questão de cidadania, em todos os âmbitos de atuação.

Por fim, estudos e pesquisas que demonstrem a viabilidade e importância desta forma de tratar e compreender a loucura, tendo como norte os princípios da reforma psiquiátrica e da política nacional de saúde mental, são extremamente relevantes, tanto para a academia, quanto para a sociedade.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado de. **O alienista**. São Paulo: Ática, 1998.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. **Lei 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 06/03/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, Ministério da Saúde: 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Projeto Nacional de Avaliação e Monitoramento de Centros de Atenção Psicossocial - **Avaliar CAPS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/avaliaCaps2.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/avaliaCaps2.pdf). Acesso em: 15/04/2014,

BRAGA, Filipe Willadino. **A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave**. 2012. 168f. Dissertação (Mestrado), Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2012.

COSTA, Ileno Izidio. Delimitação e Gerenciamento da crise psíquica grave: em busca de parâmetros. In: COSTA, Ileno Izidio (org.). **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá Editora, 2013. Cap. 1, p. 33-71.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos**. Campinas: Papyrus, 2001.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: Médicos, Loucos e Hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FERRO, Luís Felipe. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos – Construindo no presente um futuro sem manicômios. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Paraná, v. 29, n. 4, p. 752 – 767, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a08.pdf>. Acesso em: 04/03/2014.

FOUCAULT, Michel. Ditos e escritos. **Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GRIGOLO, Tania Maris. “**O Caps me deu voz, me deu escuta**”. Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. 2010. Tese (Doutorado), Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília.

GUIMARÃES, Andrea Noeremberg, et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000):** Histórias narradas pro profissionais de enfermagem. Florianópolis, v.22, n. 2, p. 361-369. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>. Acesso em: 27/02/2014.

JOVCHELOVICH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Ed). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. Cap. 4, p. 90-113.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap. 3, p. 55-59.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papius, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma Clínica Antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Experiências da Loucura: da questão do sujeito à presença na cultura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

\_\_\_\_\_. **Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPO, 1999.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702005000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000300018). Acesso em: 06/03/2014.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento**. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

- PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- RESENDE, Tania Inessa Martins de. **A convivência como dispositivo clínico e político no contexto da assistência em saúde mental no Brasil**. Projeto de pesquisa. 2011. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília, 2011.
- ROTELLI, Franco. Superando o manicômio em Trieste. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994. Cap. 7, p. 149-169.
- SZASZ, Thomas. **Ideologia e doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- THOMPSON, Jonh B., **Ideologia e Cultura Moderna**: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment**, sua história, teoria e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão; et al (orgs.). **Reinventando a Vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: Hucitec, 2005.
- ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal**: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. 156f. 2010. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Política Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Narrativas de um sujeito sobre sua experiência em internações psiquiátricas”. O objetivo do projeto é analisar as consequências da experiência de ser submetido a recorrentes internações em instituições psiquiátricas, a partir de uma narrativa biográfica. O procedimento para a obtenção dos dados será a realização de entrevistas narrativas, que serão gravadas e, posteriormente, transcritas. Para que seja mantida a fidedignidade das informações obtidas pela pesquisa, poderão ser realizados registros escritos ao longo da aplicação dos procedimentos previstos.

É garantido o sigilo em relação a sua participação no estudo e as informações coletadas são estritamente confidenciais, de forma que apenas os pesquisadores terão acesso a esses dados. O resultado do estudo será divulgado em uma monografia de conclusão de curso e os nomes e dados de identificação serão preservados. O estudo não representa risco potencial, imediato ou futuro a sua pessoa e o (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa ou ônus para participar da pesquisa. Informamos que o (a) senhor (a) é livre para desistir do estudo, por iniciativa própria, a qualquer tempo do presente estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

Caso queira solicitar informações sobre esta pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável: Tania Inessa Martins Resende, telefone (61) 3966-1474, e-mail: taniainessa@gmail.com., ou através da pesquisadora auxiliar: Juliana de Carvalho Ribeiro Vilella, telefone (61) 8119-2080, e-mail: juliana.vilella13@gmail.com.

Se o senhor (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, solicitamos que assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este documento possui duas vias, sendo que uma cópia ficará com você e a outra sob posse do pesquisador responsável.

Nossos sinceros agradecimentos por sua participação.

---

Nome/Assinatura do (a) participante

---

Pesquisadora principal: Tania Inessa Martins Resende

---

Pesquisadora auxiliar: Juliana de Carvalho R. Vilella

Brasília – DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.