

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

TERRITÓRIOS DA LOUCURA

KAMILLA DE FALCO BATISTA MARTINS

SÃO PAULO

2013

KAMILLA DE FALCO BATISTA MARTINS

TERRITÓRIOS DA LOUCURA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Professor Dr. Peter Pál Pelbart.

SÃO PAULO

2013

Martins, Kamilla de Falco Batista.

Territórios da loucura/ Kamilla de Falco Batista Martins; orientador, Peter Pál Pelbart – 2013, 93 p.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

1.território. 2.loucura. 3.experiência. I. Pelbart, Peter Pál. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Psicologia Clínica. III. Título.

KAMILLA DE FALCO BATISTA MARTINS

TERRITÓRIOS DA LOUCURA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação do Professor Dr. Peter Pál Pelbart.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Peter Pál Pelbart (orientador) – PUC São Paulo

Prof^a Dr^a Denise Bernuzzi de Sant'Anna – PUC São Paulo

Prof^a Dr^a Clarissa de Carvalho Alcantara – IFG Belo Horizonte

PUC - Campus Perdizes

São Paulo, _____ de _____ de 2013.

Dedico a todos que superaram seus medos, apostaram em si e
resgataram sua dignidade.

Agradeço...

Aos queridos loucos que pude conhecer e daqueles que ainda encontrarei, nas ruas, nas salas, nos quintais, na vida;

Aos amigos de trabalho que se queixam, reclamam, fracassam, mas estão ali movidos por uma grande engrenagem de desejo;

Aos metrô, ônibus e rodoviárias que me acolheram nos momentos de maior desconforto;

Aos encontros nas rodas do Núcleo de Subjetividade, às figuras que estiveram me cutucando e despertando novidades;

Ao Peter com suas expressões sutis, quase imperceptíveis, que não deixou de me colocar onde deveria estar e aguardou, com cuidado, meu amadurecimento;

À Suely Rolnick, polêmica e sincera, apoiando na construção da nossa escrita;

À Clarissa Alcantara e à Denise Sant'anna que me ajudaram a encontrar formas de expressar os pensamentos, com consistência e vitalidade;

Ao amor que conheci e me transforma em uma pessoa melhor a cada dia;

Ao bebê Betina que chegou à família no meio das minhas viagens e que pude acompanhar semanalmente seus primeiros murmúros;

A CAPES pela bolsa de mestrado;

Aos morros, casas e gente de Uberaba, um lugar que necessita estar sendo sempre redescoberto;

RESUMO

A loucura desperta ao mesmo tempo medo e fascínio, um espelho pelo avesso que revela o homem na sua forma mais insólita. Esta pesquisa tem como campo de análise territórios onde se pode encontrar e conviver com a mesma, tendo como objetivo analisar as mudanças ali ocorridas durante os últimos anos. Está dividida em três partes que correspondem a três territórios: a rua, o hospital psiquiátrico e o centro de atenção psicossocial, todos situados na cidade de Uberaba, interior de Minas Gerais. Valendo-se do contexto histórico, da literatura e da análise institucional, tratou-se da construção de uma escrita experimental ou cartográfica. As análises partiram de observações, diálogos, entrevistas e experiências clínicas que favoreceram uma melhor compreensão das principais transformações ocorridas em cada território; essas mudanças atravessam diversas esferas, seja política, econômica, cultural, social e ética. Algumas geraram entraves que interferem até hoje diretamente na representação social, nas formas de tratamento, no funcionamento e organização desses territórios, nos modos de convivência e nas práticas daqueles que decidem tratar a loucura. A dissertação termina com um questionamento ético referente ao papel do profissional que atua hoje na saúde mental, revelando os desafios permanentes na construção de um território e uma prática clínica a mais horizontal possível.

Palavras-chave: território; loucura; experiência.

ABSTRACT

Madness raises both fear and fascination, like a mirror inside out that reveals man in his most unusual form. This research has as its field of analysis, territories in which it is possible to meet and associate with madness and has as its purpose the analysis of changes occurred there, during the last years. It is divided into three parts which correspond to three territories: the street, the psychiatrist hospital and the psychosocial centre of attention, all situated in the city of Uberaba, in the interior of the state of Minas Gerais. Based on the social context, on literature and the institutional analysis, an experimental text or cartography was begun. The analysis had as their starting point the observations, dialogues, interviews and clinical experiences which offered a better understanding of the main transformations occurred in each territory; these changes go through various spheres, whether they be political, economic, cultural, social and ethic. Some of them generated barriers that interfere until today in the social representation, in the forms of treatment, in the functioning and organization of these territories, in the manners of living together and in the practices of those that decide to treat madness. The dissertation ends with an ethical query concerning the role of the professional that works today in mental health, revealing the permanent challenges in the construction of a territory and a clinical practice as horizontal as possible.

Key Words: territory; madness; experience.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
PRIMEIRA PARTE: TERRITÓRIO PÚBLICO.....	8
Vias.....	10
Risos.....	16
Esquinas.....	20
SEGUNDA PARTE: TERRITÓRIO FECHADO.....	24
Encontro entre a Dona Modesto e o Dr. Ferreira.....	25
Entre arquivos.....	31
Em reforma.....	37
O casulo.....	41
Medida de proteção.....	50
TERCEIRA PARTE: TERRITÓRIO EM TRANSIÇÃO.....	61
O renascimento de Maria Boneca.....	62
A vida lá fora.....	69
Em obras.....	78
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90

INTRODUÇÃO

O espelho de nossa parte mais torta ou talvez mais sombria, a loucura que invade as ruas, que é mantida presa, que necessita recuperar sua existência. Assim a pesquisa inaugura um campo de análise de alguns territórios onde podemos encontrá-la. Tarefa difícil essa de compor uma sinfonia desarranjada, passando por memórias que vem e vão, e ainda por inúmeras lutas travadas no cotidiano de uma experiência.

Porém a ousadia sempre fez parte daqueles que se atrevem a compreendê-la, desde muito jovem dizia que a Psicologia poderia ser um caminho para aproximar dos loucos que via pelas ruas da cidade, não conseguia entender aquela forma de existência, eles não passavam despercebidos, ou será que só eu os via? Talvez uma curiosidade já me instigasse desde aquela época. Assim, passaram-se os anos e fui encontrando territórios onde podia finalmente dialogar e me vincular a ela.

Porém ao me aproximar já estava carregada por um papel: o papel de terapeuta; já não era mais uma criança curiosa, mas a responsável pelo tratamento de seus pacientes. Essa carga científica trouxe um novo olhar, aspectos que até então não os via, nem podia imaginá-los, estava no momento de classificar e diagnosticar as patologias mentais, mas também de mergulhar em uma clínica fascinante, com inúmeros desafios e sucessos quase imperceptíveis.

As pesquisas anteriores sempre estiveram atreladas ao tema da loucura, agora já não podia ser diferente. Porém, qual a melhor forma de escrever sobre ela? De uma forma científica, literária, impessoal ou falar de nós mesmos através de nossas partes desajustadas e dos nossos momentos de crise. Assim encontrei um lugar possível de interlocução entre o contexto histórico, a literatura e a análise institucional para a explanação do tema. Esses pilares norteiam a pesquisa que está diretamente focada em uma cidade, que digamos especial, não só pelo fato de ser a minha terra natal, mas pelo legado de uma história única na saúde mental, com agentes e usuários que fizeram parte da construção do saber e prática clínica que ainda ressoam em mim.

A metodologia apresentada refere-se a uma experimentação, a construção de uma escrita e pensamento que se multiplica através da ação cartográfica. Seria uma inversão do

método comum de pesquisa; a pesquisa tradicional está norteada por um caminho duro a ser seguido e respeitado, já na cartografia existe uma abertura para a experimentação como válvula vital, onde não se perde o rigor, mas esse é ressignificado. O objetivo aqui não é determinar o falso ou o verdadeiro, nem o empírico ou teórico, mas o ativo e o reativo, o vitalizante ou destrutivo (Rolnick, 2011, p.66). Sendo assim, um cartógrafo irá fazer sua viagem no campo entre forças, sendo que sua atitude será favorável ao desejo, através de uma análise ética e política que possibilite a produção de subjetividades em constante expansão. As análises a serem apresentadas partiram das observações, diálogos, entrevistas e experiências clínicas nos territórios escolhidos para a pesquisa, no caso a dissertação está dividida em três partes que correspondem a três territórios: a Rua, o Hospital Psiquiátrico e o Centro de Atenção Psicossocial, todos situados na cidade de Uberaba, triângulo mineiro.

A concepção de território será tratada no decorrer da pesquisa para além de um espaço físico, mas da ideia do uso que se faz dele a partir das relações sociais. Para o autor Milton Santos¹, o território é compreendido na sua dimensão política que muda no decorrer dos processos históricos e do desenvolvimento das técnicas. Existem em cada território relações que funcionam ora de forma vertical ora horizontal; a verticalidade caracteriza-se por uma relação de dominação e exclusão, por comandos que partem de fora ou de cima regulamentando as atividades humanas, já a horizontalidade aproxima os agentes, estabelecendo novas formas de associação através da negociação, das decisões coletivas e do senso de solidariedade.

Sendo assim, a loucura aqui será pensada para além de um objeto de investigação, mas de suas nuances mais intensivas, das relações que mantem em cada território, dos imaginários produzidos a partir das características e papéis sociais que representa em cada época, das suas necessidades mais implícitas e também as mais urgentes. O desafio é embarcar em sucessos e falhas nas práticas da saúde mental, percorrer a vida de profissionais, usuários e loucos de rua que inspiram o desejo de compartilhar esta escrita, que não é feita por mim, mas por muitos que me habitam nesse interior de Minas Gerais.

¹ Milton Santos era pensador e geógrafo, nasceu na Bahia em 1926 e faleceu em 2001, foi professor em diversos países, autor de cerca de 40 livros e membro da Comissão Justiça e Paz de São Paulo. Recebeu o prêmio Nobel de Geografia. O interesse em seus estudos direcionava para os aspectos políticos, econômicos e culturais em relação à organização dos espaços e formações de territórios. Disponível em <http://miltonsantos.com.br/site/biografia/>

PRIMEIRA PARTE

TERRITÓRIO PÚBLICO

Vias

Via-se antigamente no interior do estado de Minas Gerais alguns tipos populares curiosos, personagens de um cenário de lutas e festas vividas no cotidiano das pequenas cidades. Essas pessoas transitavam pelas estradas de terra, ruas e becos, frequentavam as casas de família, a rua do comércio ou apenas passavam o dia nas praças; alguns participavam da missa e comungavam com os cristãos na Igreja, outros permaneciam as voltas do cemitério. O que chama a atenção nessa época é que compunham com a paisagem da cidade, comunicavam seus delírios e eram visíveis. Os moradores do bairro contavam suas histórias dando gargalhadas, todos sabiam até mesmo as crianças, que nenhum deles “batia bem da cabeça”, às vezes sentiam pena e queriam saber a causa que fizeram com que eles perdessem o juízo.

Emergiam com características singulares, refletindo os trejeitos de um povo tipicamente ruralista daquela região. Excluído do ciclo do ouro, o Triângulo Mineiro recorreu à agricultura e à pecuária como forma de sobrevivência econômica devido à escassez de recursos minerais. Bem diferente dos mineiros de Ouro Preto, Mariana e Sabará, de cor de pele mais escura e cabelos encaracolados, resultado da miscigenação entre portugueses e negros; os mineiros de Desemboque, berço da comunidade triangulina, eram arredios e caipiras, na maioria descendente de índios com europeus, com a cor morena clara e os cabelos escorridos, tinham um olhar cabisbaixo e as costas encurvadas.

Uberaba é uma das cidades que compõe o Triângulo Mineiro. Seu nome vem do tupi-guarani que significa Água Cristalina, uma homenagem dos índios aos rios que circulam e corta a região, a terra banhada por águas claras é formada por sete colinas. Uma das suas principais características é o fato de ser geograficamente bem localizada sendo rota de comércio entre São Paulo, Belo Horizonte e os estados de Goiás e Mato Grosso, foi evoluindo nas proximidades da estrada de Anhanguera. Fundada em 07 de janeiro de 1837, teve seu

ápice econômico na pecuária com a criação do gado importado da Índia: o gado zebu. “É a terra do zebu!!” Brincam aqueles que chegam para morar aqui, fazendo chacotas da cultura sertaneja da cidade.

O uberabense tem o gosto pelo ambiente rural, traz suas origens na lida do tocador de gado e lavrador, é tradicional e conservador, parece um tipo meio desconfiado, demorando socializar-se, mas não resiste a uma boa prosa e ao som de uma viola. Com um vocabulário burlesco, expressa uma fala sem muitos critérios de um português correto, até mesmo os jovens mantem esse jeito acaipirado. As mulheres, na maioria, são doces e prendadas, sabem costurar, cozinhar e cuidar dos maridos e filhos; já os homens são sistemáticos e hospitaleiros, gostam de festas onde tocam a música sertaneja e dançam a catira².

Esse percurso pela vida uberabense é necessário para compreendermos melhor as características culturais dos desajuizados que fizeram parte da história dessa cidade. Meu interesse aqui é por eles, assim inicio minha pesquisa pelos territórios e imagens instigantes da loucura. Inicialmente penso no cenário da rua, quem são os loucos da rua? Como são? Quais seus hábitos? Porém já inicio com uma dificuldade, caminho pelos altos e baixos das colinas e os vejo diferente do que esperava alguns, deitados no chão, decadentes, marginalizados ou doentes pelo uso de álcool e drogas, uma comum miséria instalada no centro de uma grande cidade. Mas sei por lembranças da infância que nem sempre foi assim, já existiu um tipo de loucura que me parecia diferente.

Como voltar a encontrar esses loucos de rua? Proponho conversas com moradores mais antigos da cidade. Nas mesas das cozinhas, surgem falas que descrevem um pouco das memórias de uma época e do imaginário social sobre essas pessoas que causavam uma diversidade de reações na comunidade, como sentimentos de pena, medo, fascínio, curiosidade e receio. Também encontro arquivos históricos na biblioteca municipal que constam passagens e características preciosas sobre os loucos que viveram em Uberaba. Após fazer registros dessas passagens decido apresentar alguns dos personagens desse tempo, os relatos que seguem abaixo é uma narrativa com dados verídicos e fictícios que se complementam trazendo uma implicação afetiva da própria pesquisa. Ferraz (2000) afirma que o louco de rua pode ser melhor definido e compreendido, em sua relação com as outras pessoas, através da narrativa literária, sendo possível encontrar vários relatos sobre eles nas obras dos principais autores da literatura brasileira.

² A catira é uma típica dança da região, dança que é mantida tradicionalmente pelo seu valor cultural e que atinge todas as classes sociais. Jorge Nabut fala sobre a catira em seu livro: se na dança da catira o homem se mostra com o valor real da masculinidade (a catira além de ser uma dança bonita, ritimada, é também viril), na fala acaipirada ele se mostra fraco e covarde.

Conceição Papuda todos os dias passava na casa da família imigrante da roça para tomar um gole de café, pedia ao Seu Jorge que lhe guardasse todas as suas moedas para que no dia do final tivesse um funeral digno, nunca havia experimentado uma dignidade, caminhava nas ruas cheirando a cachorro molhado, empilhava suas insignificantes coisas embaixo de uma árvore na praça, comia o desperdício dos outros, mas mantinha firme sua tarefa de juntar um montante de dinheiro que pagasse um belo caixão, flores, biscoitos e café para sua despedida.

Ao mesmo tempo em que Maria olhava pela janela de casa entristecida, na espera da novidade, estava impedida de sair na rua por ser a chacota da cidade. Sua mãe guardava seu vestido bem escondido onde não pudesse encontrá-lo, era a forma de mantê-la em casa, mesmo assim desobedecia e fugia na camisola esburacada, juntava ao seu corpo suas bonecas de pano que eram aconchegadas no colo manso, ensinava a elas sobre os perigos da vida, sobre os bichos que mordiam e as comidas que faziam mal, mostrava as flores e folhas das praças, nanava, abraçava, amamentava, perambulava até tarde da noite pela pacata cidade, mas ao fundo de seus delírios maternos ouvia os berros das crianças: Maria Boneca! Maria Boneca! Maria Boneca!

Quando a “Procissão do Senhor Morto” na semana santa invadia as ruas com velas e melancolia, surgia Adão Soares com uma alegria contagiante, preto hilário, tocava violão com um pedaço de pau, cantando modinhas na mistura do Pai Nosso, Ave-Maria e Salve Rainha em latim estropiado, dizia ser padre e músico, tirava um som de todos os ruídos da noite e sempre terminava seus discursos com o chavão: “Fulano é um cidadão simpático e debochado; mas, enfim, é um bom rapaz!”³

Tinha também o Quinzote, esse andava protegido do sol com muitos chapéus, um em cima do outro, a meninada corria atrás gritando: dá um chapéu, Zé? Com sua torre de chapéus continuava caminhando não dando atenção para nada. Outro que nunca se irritava, era o Zé Besta, andava sempre no mundo da lua, falava alto e ria muito, parava em qualquer poste e já improvisava um telefone imaginário, passava horas em seus exageros e histórias dando gargalhadas; certa vez disse que tinha adquirido um automóvel que andava milhares de quilômetros por minuto, dizia que para chegar a Veríssimo, cidadezinha próxima à Uberaba, não dava tempo nem de fechar a porta que já tinha chegado⁴.

³ Extraído do livro *História de Uberaba* de José Mendonça, 2008, p. 208

⁴ Idem

Porém, nem todos eram tranquilos e alegres, tinha o Pedro Peru que era vermelho e irritado, nervoso sempre apelava nas brincadeiras da meninada, não aceitava provocações e quando bebia ficava perigoso, dizem que já tinha sido professor e pôs fogo no antigo prédio da Maçonaria na Rua Senador Pena. Outro irritado era Zé Cotia que tinha as unhas grandes, a voz estrondeante como um trovão, de descendência italiana xingava Deus e todo o mundo; certo dia entrou na casa de Conceição para comer um pedaço de bolo e tomar café, ao entrar viu o bebê mais novo da família Falco que mamava um leite puro e fresco; Zé Cotia com sede e suado, tomou a mamadeira da criança e se esbaldou. Depois desse episódio, a criança roubada nunca mais sorriu para Zé Cotia só chorava quando ele chegava. Os pais aconselhavam desde muito cedo: Doido rouba criança!

O doido tira o quê da criança? Lembro que quando criança, todos pulando corda no alpendre da avó de longe avistávamos com um pau e um saco nas costas, nada segurava, a criança largava a brincadeira e saía correndo, escondíamos embaixo da cama, quietos sem fazer nenhum barulho, de longe ouvíamos as risadas e sentíamos o cheiro do pito de Dadate. Era doido mesmo, doido com as crianças, amava pegá-las e beijá-las, queria se aproximar e corria atrás delas, quando alcançava babava aquela gosma branca que vinha de sua boca desdentada e negra que provocava repulsa e sorrisos em todos.

Lembro também de Dora, na saída da escola todos escondiam da mulher branca, suja e descabelada. Ela chorava com o álbum de casamento nas mãos, mostrava inúmeras vezes à foto vestida de noiva, com sua pele lisinha e o véu cobrindo o rosto, dizia que era muito rica, que tinha um armário enorme na sua casa com muitos sapatos, de várias cores e tipos, mas que seu marido foi embora e a deixou na miséria. As crianças debochavam: Dora Doida! Dora Doida! Dora Doida! Levantava a saia, mostrando as partes, pegava um galho nas mãos e corria enrubescida em direção aos meninos.

Dona Chica adorava o Carnaval, pena que a festa ficava muito restrita aos clubes de elite da cidade, o Carnaval de rua nunca ganhou prestígio e sempre foi um tanto precário na nossa Uberaba. Chica era a mais afetiva, o seio era grande e farto, uma mãe negra, que guardava o mundo no coração, cantarolava cantigas de reis, gostava de dar tapas na cabeça da criança, cuidava de dez cachorros e sabia o nome de cada um, dormia na porta da Igreja para pagar todos os pecados que já cometeu e os que ainda poderia vir a cometer. Contava que seu ex-marido Orlando morreu de tanto tomar chá de erva-cidreira por cima da *comida*.

Essas pessoas longe de qualquer intervenção clínica, medicamentosa ou institucional conviviam livremente na cidade. Os moradores relacionavam diretamente com suas expressões delirantes. Muitos ofereciam um “bico” para conseguir dinheiro, outros ajudavam com esmolas, ofereciam banho e alimentação, sentavam-se na sala e na cozinha das casas de família e sempre faziam rir. Era risível estar com um louco, divertido e curioso. Até mesmo as crianças que sabiam que eles poderiam ficar nervosos não deixavam de atazana-los, os pais passavam medo nelas, muitas vezes não por discriminação, mas sim como proteção evitando uma possível exposição aos impulsos e comportamentos desajuzados.

A maioria era raramente vítima de violência, isso não quer dizer que não sofriam discriminação, claro que não eram bem-vindos em todos os lugares, mas existia uma maior liberdade de contato e de comunicação. A cidade convivia com seus desajustes morais, com momentos de tranquilidade e outros de desespero, como no caso de Pedro Peru que atirou fogo na loja Maçônica. Alguns, durante esses momentos de agitação e crise aguda, sumiam por até meses, outros andavam para além das cidades próximas e se perdiam não conseguindo mais voltar. Era muito comum também o suicídio, conta-se que na zona rural encontravam corpos pendurados nas árvores e alguns se atiravam na linha do trem.

Os que tinham família geralmente eram internados em hospitais psiquiátricos da região, muitos encaminhados à Barbacena, antes da inauguração do Sanatório Espírita de Uberaba em 1934. Nas famílias mais ricas, eram mantidos presos em casa, evitando a exposição e vergonha social. A rua era o lar dos loucos pobres e órfãos, não só um lar, mas um palco para suas inúmeras cenas, uma pertença da cidade.

É curioso percebermos também os apelidos pejorativos que lhe eram dados, Maria Boneca foi apelidada por causa das bonecas que carregava nos braços ao caminhar pela cidade; Conceição Papuda tinha uma papada ou flacidez no pescoço que chamava a atenção; Zé Cotia era comparado ao animal selvagem do cerrado, um roedor que tinha pés grandes, Zé mastigava tudo que via pela frente; Pedro Peru era tão nervoso que qualquer coisa fazia com que sua face ficasse vermelha, feito à carne da ave; e Zé Besta que era comparado a um burro pelos seus atos insanos e imbecis.

Muitos não eram bem-vindo aos lugares devido o mau-cheiro que exalava de seus corpos por dormirem e amanhecerem na rua; contam que quando Dona Chica entrava em casa exalava aquele fedor que provocava repulsa pelo longo tempo sem banho e sem troca de roupa. Alguns eram expulsos de mercearias e lojas por roubarem ou terem comportamentos inadequados, como despir-se em público ou gritar em caso de contrariedade. Era intolerável um louco em algumas situações por afrontar a moral social, pelo tempo que passava ocioso, o

cheiro desagradável e a falta de pudores que eram sentidos como uma ameaça à sociedade burguesa.

Risos

O louco de rua muitas vezes se parece com um artista que se apresenta nos palcos públicos da cidade, a relação entre os espectadores e ele é de troca, onde se torna possível provocar reações diversas entre os mesmos, o observador o irrita ao ponto de provocar explosões de raiva, insiste que imite alguém, que cante ou dance. Assim, o louco é um entretenimento para a cidade, como os bufões na Idade Média, é a imagem do ridículo do próprio homem. Funciona como um espelho ou um estranho familiar⁵. O que mais fascina na loucura talvez seja a possibilidade de enxergarmos nós mesmos em um estado pueril, primitivo e inconsequente.

Foucault (2009, p. 512) afirma que ele desvenda a verdade elementar do homem, reduzindo a seus desejos primitivos, a seus mecanismos simples, seria uma espécie de infância cronológica, social, psicológica e orgânica. Existe algo na loucura que corresponde à parte mais obscura e encoberta do homem, algo que com a maturidade e aprimoramento da razão vai se tornando distante e impraticável na vida social.

A possibilidade de reconhecermos um modo de existência simples, com seus descontroles e intempéries provoca muitas reações como já havia dito, mas uma delas sempre me chamou a atenção, principalmente na rua, que é o riso. É comum as pessoas pararem diante de um louco simplesmente para observar e rir. Talvez seja essa a reação que mais aproxima espectadores e louco, aqueles conseguem deixar por alguns momentos seus medos e seriedade para viajar pelos gestos delirantes desse.

O ato de rir é por si só um fracasso do controle pela razão, o riso é livre e involuntário, independente da identidade ou da cultura, um ato possível de todo ser humano. Bergson (1983, p. 14) afirma que não há comicidade fora daquilo que é propriamente humano. Ou seja, só é possível rir de algum animal ou mesmo um objeto, se existir alguma semelhança conosco. Logo, rir de um louco é rir da própria loucura existente em nós.

⁵ Termo utilizado por Freud (1919/1981) que se assemelha aos sentimentos do homem em relação à loucura, já que resulta de um impacto estético causado no contato com aquilo que, à primeira vista, parece estranho, mas que é, simultânea e paradoxalmente familiar. (Ferraz, 2000).

A tendência do homem através de seus hábitos e cerimônias sociais é evitar ao máximo o riso, mas é justamente nesse momento de maior necessidade de controle que se torna inevitável uma gargalhada: se em um casamento a noiva tropeça no tapete e caí; ou se a roupa de um advogado rasga no momento de levantar da cadeira para a retórica final; ou se o vento levanta a saia de uma senhora já de idade na feira no domingo de manhã; assim surgem motivos banais para “morrer de rir”.

O homem necessita ter o controle pela razão em diversas situações, não pode fracassar, deve estar atento e sério. Na infância e na adolescência, é comum rir sem motivos, tudo se torna facilmente engraçado; porém com a idade adulta essa soltura vai perdendo a função, sendo necessário um maior enquadre para uma vida de responsabilidades e adequações.

O louco, então, seria o máximo do fracasso diante das condutas adequadas, das adaptações necessárias ao homem adulto. Suas roupas não se enquadram, seus gestos são bizarros, sua fala é desconexa, seu andar é desajeitado, seus costumes nada higiênicos, passando longe das boas maneiras e das formas tradicionais de comportamento. Ele é o próprio espelho do homem, mas um espelho que revela seu avesso; é o homem que não deu certo, o fracassado e inapto para a sociedade.

Ao depararmos com a cena em que o homem racional adaptado encontra com o homem enlouquecido inapto, podemos afirmar que o homem vê no louco a sua parte frágil e infantil, vê também a possibilidade em dizer e agir despreocupadamente, isso ao mesmo tempo, que fascina, também assusta. Ele compreende que pode também a qualquer momento fracassar na sua racionalidade e vir a ser um louco; são muitas histórias contadas de como as pessoas enlouqueceram, algumas não suportaram uma separação afetiva, outras perderam o emprego, o fato é que tinham suas capacidades mentais normais, mas de repente, não suportaram as pressões e traumas da vida, e perderam o juízo.

Sendo assim, não é sempre que o homem ri da loucura, existe uma sombra no riso, um desvio que escapa a razão e embarca na emoção. Ao deixar de observar os automatismos, os gestos repetitivos, os defeitos físicos e a fala desregrada; e tornarmos sensíveis, dotados de compaixão à miséria da loucura, não é possível rir. Segundo Bergson (1983), o riso não tem maior inimigo do que a emoção. Às vezes, somos tomados por um sentimento de pena e de cuidado ao dirigir a alguém que sofre de perturbações mentais, sentimos até mesmo raiva daqueles que os zombam, deixamos de observá-los para refletir sobre suas dificuldades, sua pobreza, abandono e descrédito social.

Rir é um ato mecânico e simples, que não exige reflexão, é um mecanismo que funciona automaticamente, é uma surpresa, uma mudança brusca de um percurso linear de uma ação. Assim, a imagem de um louco na rua já é um desvio, uma mudança no próprio ritmo da cidade, por isso, para um grupo de homens racionais, o riso torna-se um eco, uma sinfonia de gargalhadas sem emoção.

O louco não é capaz de rir de si. Quando um homem percebe que seu gesto foi desajeitado e que os outros riem, ele tende a corrigir-se imediatamente, evitando a comicidade em relação a sua pessoa. Entretanto, o louco desprovido da capacidade de adaptação social, ao perceber que os outros riem dele, automaticamente parte para a agressão, já que não consegue se corrigir. Por isso é muito comum à cena de um louco discutindo ou enfurecido pelos risos que ecoam a sua volta.

O louco é rígido, por isso, é engraçado. Pouco capaz de atingir uma flexibilidade e refletir diante de uma situação, quando tenta fazer o melhor, agir de forma adequada e disfarçar, pode se tornar ainda mais engraçado. Ao tentar caminhar de forma elegante e imponente, há sempre um exagero na ação, um pequeno gesto que sobra que altera o ritmo, uma curva a mais no nariz empinado, um calcanhar que levanta estranhamente do chão, isso já favorece a comicidade.

Comparo os loucos de rua aos clowns, ao Augusto⁶ especificamente. Talvez o louco seja o clown do próprio homem. A figura do clown nos palcos do teatro representa uma caricatura sensível do fracasso do homem sério e adulto. A pequena máscara vermelha no nariz, não serve para encobrir o rosto, mas para revelar. Ela revela o ridículo, a fragilidade, a esperteza e vivacidade dos homens. O estudo e pesquisa do clown para um ator é algo fascinante, já que ele poderá revelar e reconhecer seus maiores defeitos e qualidades, suas características mais sutis que são disfarçadas e desencorajadas pelo controle racional. Assim, aquele defeito físico que é escondido no cotidiano, no palco torna-se a maior qualidade estética, que deve ser colocada em evidência. As formas mais bizarras de si são expostas sem pudores, os gestos descompassados, as roupas em trapos ou com detalhes exagerados, o andar torto e as ações que nunca dão certo, fazem surgir cenas surpreendentes, logo, engraçadas.

Os loucos de rua e os clowns revelam o homem. O encontro entre nós e eles nos afeta desde crianças, provocando medo e curiosidade, emoções e gargalhadas. Seja em qualquer

⁶ Augusto, segundo Burnier (2001, p. 206) é um dos dois tipos clássicos de clown/palhaço, nascido na comédia grega e romana, suas apresentações se dão em uma combinação entre o cômico e o trágico, no caso o tipo Augusto seria o bobo, o eterno perdedor, o ingênuo de boa-fé, o emocional; ele está sempre sujeito ao domínio do clown Branco.

cidade que visitamos podemos encontrar esses transeuntes desajustados, alguns doces, outros inconvenientes e antipáticos, sempre nos surpreendemos com suas faces e facetas, acompanham nossas histórias, são partes de nós mesmos. Assim, o homem ao rir da loucura, ri também de si mesmo, de suas fragilidades, fúrias e fracassos.

Esquinas

Na esquina entre a Rua Artur Machado, antiga rua do comércio, e a Rua Padre José Zeferino, ouço um grito alto e desesperado: Mãe! Olho e vejo um tipo muito popular da cidade, Canavieira é seu apelido, agora já estamos em 2012, e ele continua: Você quer ser minha mãe? Respondo que sim. Ele corre entre os carros da rua movimentada, apanha uma flor da árvore, atravessa e me entrega no gesto de gratidão, caminha comigo até minha casa, provoca barulhos com sua voz alta e indignada, já que foi retirado da casa onde vive há anos. A casa antiga em frente à Praça da Concha Acústica chama muita atenção, ele próprio a decorou e a pintou, dois leões pintados de branco no alto e o casarão cor-de-rosa com duas janelas grandes para a rua, uma com a bandeira do Brasil e a outra com a bandeira do Flamengo. Sempre que passamos por ela ouvimos o som alto tocando Raul Seixas ou Roberto Carlos, avistamos as imagens de santos na janela. Excêntrico com sua barba e cabelos longos, veste-se bem, em traje social, com uma maleta preta nas mãos mantém viva a época em que advogava.

Andando pela Artur Machado aproximando do calçadão avistamos Bebel, ela dança e sorri ao som que sai das lojas de eletrodoméstico, traz um olhar de “coitadinha” quando quer pedir algo: Madrinha, tô com tanta vontade de tomar uma coca! Ninguém é capaz de negar-lhe uma moeda. Seguindo mais adiante pela Rua Manoel Borges na esquina com a Avenida Santos Dummont havia um artista que pintava o rosto e fazia malabares em troca de dinheiro, cada vez mais fascinado pela rua foi deixando esse novo território transformar-se definitivamente em sua moradia; mas a vida na rua foi dando-lhe uma surra: frio, vento e chuva; Pirulito entregou-se ao uso do crack, hoje permanece nas praças pegando galhos no chão, falando sozinho, trajando roupas escuras rasgadas, com luvas de retalhos e uma bota com a metade dos dedos de fora, mantém o estilo roqueiro decadente.

Na ilha no meio da Avenida Leopoldino de Oliveira, encontramos Taís “nome de guerra” para o moço que desfila no centro da cidade, rebolando com uma bolsinha preta na mão e saia curta, perambula pela cidade rindo alto e fazendo cenas, quando sente que está passado mal se atira no chão e revira os olhos, simulando um ataque cardíaco. Na estação

ferroviária da Mogiana, Pedro (nome fictício) senta-se no chão e conta pedras por horas, caminha de um lado para outro, movimentando a mão repetidamente para cima e para baixo, fala pouco, passa nas casas pedindo café, com o copo na mão não espera esfriar já sai caminhando tomando a bebida em um único gole.

Personagens enlouquecidos que deambulam por Uberaba, uma cidade que não é mais pacata, que expandiu para além de suas colinas, onde não possui mais as águas claras, sofre uma agitação com o trânsito engarrafado, aumento da população, construção de Shopping Center, universidades, imigrações e muitas usinas com lavouras de cana-de-açúcar. Os mineiros por aqui vão ficando mais sofisticados, tentando manter os pés no chão e a tranquilidade, porém com desafios permanentes já que a cidade exige novos ritmos e interesses inevitáveis.

Assim a cidade cresce e com ela os loucos na rua tentam sobreviver nesse novo espaço. Alguns possuem residência, outros quando não estão internados no hospital psiquiátrico permanecem nas ruas, já outros resistem à internação e à moradia fixa fazendo da rua seu único habitat. O fato é que os encontramos dividindo o território público com mendigos, andarilhos, adictos, artistas, trabalhadores e cidadãos.

O espaço público é alvo de inúmeros interesses, com o processo de urbanização a cidade torna-se um campo de conflitos e tensões⁷, são muitas atividades que acontecem ao mesmo tempo: campanhas políticas, intervenções artísticas, venda de produtos, garis fazendo a limpeza, mendicância, moradia, entre outras. É um bombardeio de informações que desperta a atenção para o paradoxo de vidas totalmente diferentes, que seguem rumos e intenções próprias, onde dividem, mesmo que de forma desconfortável, o mesmo território.

O louco de rua ao observarmos de fora se mistura à população miserável que vive nas ruas, possui em seu próprio sofrimento semelhanças com os pobres desempregados: sua cor, seu jeito descuidado, as roupas sujas, a fala inaudível, o jeito bizarro, seu tempo vagabundo, o pedido de esmola ou simplesmente a invisibilidade social torna-o “farinha do mesmo saco”. A rua possui seu próprio código de ética para um bom convívio entre seus moradores, com definição de espaços, locais específicos para o abrigo; além da alimentação, objetos e cachaça serem compartilhados. Ao observarmos de perto a população de rua percebemos que o louco na verdade não se mistura, caminha solitário, interage pouco com os outros, talvez devido às dificuldades em se enquadrar nas regras definidas pelo grupo.

⁷ Brito (2006) coloca que com a Revolução Urbana a cidade torna-se um lugar de enfrentamento e contradições que se produzem como resultado das continuidades e discontinuidades dos processos de urbanização.

Outro fato interessante é o acesso difícil aos loucos pela assistência social ou entidades filantrópicas que atendem aos moradores de rua. Geralmente eles são pouco acessíveis, de difícil vínculo, muitas vezes, devido à dificuldade de comunicação e confiança, é muito comum na psicose o aparecimento de delírios paranoicos que impossibilitam a aproximação de qualquer pessoa, assim existe uma dificuldade permanente em tentar apoiá-los e quando identificados, geralmente são encaminhados aos serviços de saúde, no caso, principalmente a uma internação em hospital psiquiátrico.

Sendo assim, o louco de rua hoje vive uma solidão, não se enquadra às regras da vida na rua e nem recebe ajuda para continuar transitando pela cidade, permanece deslocado, isolado em seus delírios, despertando ainda medos e curiosidade, digamos que mais medo do que curiosidade, já que convive com o preconceito sofrido por aqueles que compartilham a rua, suas alucinações são confundidas com intoxicação por uso de drogas ou de álcool, seus comportamentos negativos com vagabundagem e seu fedor com mais um problema social.

A marginalização torna-os suscetíveis aos vícios e às diversas formas de violência. Para os habitantes das ruas, a vida é vivida como um fracasso, ao conversar com eles nos traz a sensação de serem tratados como animais, frequentemente queixam-se de discriminação. Muitos trabalham como flanelinhas ou catadores, porém suas atividades são dificultadas, como por exemplo, Dim (nome fictício) vigiava os carros em frente um bar de elite, não estava embriagado nem sobre efeito de drogas, indignado disse que iria colocar um nariz de palhaço ao perceber que o bar havia contratado um segurança para vigiar os carros, evitando assim, seu contato com os clientes.

A situação de rua passa longe de ser uma escolha de vida, sendo vários motivos que levam uma pessoa a morar na rua, como os problemas mentais, rupturas familiares, violência doméstica, uso de drogas e pobreza⁸. Artur (nome fictício) relatou que vivia na casa de uma das irmãs dentre as dezessete, e que em um desentendimento entre eles, ela lhe jogou água fervendo enquanto dormia, saiu de casa e nunca mais voltou, fala sobre isso com marcas de ressentimento e os olhos lacrimejando.

A instabilidade e insegurança fazem parte da rotina nas ruas, são inúmeros relatos de agressões por parte da polícia, principalmente nas grandes metrópoles, devido uma “*política*

⁸ Dados extraídos do artigo: FERREIRA, F. População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1988-2005. Secretaria de Planejamento e gestão do estado de Minas Gerais. 17 p.

de limpeza”⁹ em lugares estratégicos. Ocorre também a violência por parte de jovens burgueses que espancam e queimam mendigos enquanto dormem ao relento. As agressões também acontecem entre eles principalmente quando estão sobre efeito de drogas, e também em confusões com traficantes. Inevitavelmente aquele que vive na rua por problemas mentais é exposto a essas situações.

“*A madrugada é dolorosa, um dia você é alguém, agora você não é nada*”. Para vencer o frio, a sujeira e a fome, o caminho quase sempre é o mesmo, a fuga na bebida. A cachaça por dois reais e cinquenta centavos, esquenta o peito e anestesia os pensamentos, a ingestão frequente de álcool traz uma série de problemas clínicos, como a neuropatia nas pernas e conseqüente quadro de demência mental, recorrem aos pronto-atendimentos quando começam as dificuldades, ou internam em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, essas internações funcionam como um tempo para a recuperação da saúde física, mas logo retornam às ruas já com a total dependência alcoólica.

Morar nas ruas traz conseqüências psicológicas e, por isso, aqueles que perambulam por elas já carregam as marcas da perda do contato com a realidade, da extrema marginalização e estigma da loucura. “*Às vezes, o crack me visita*”, na impossibilidade de lutar pela sobrevivência, a passividade no encontro com a droga já diz o quanto o homem é frágil diante das poucas condições e oportunidades dadas pela estrutura rígida de exclusão social.

Assim, caminhando pelas ruas, na Praça do Grupo Brasil reencontro Pirulito e lhe entrego algumas bolinhas de malabares, ele olha encantado com as cores, pega a bola azul e a lança para o alto, pega a rosa e atira contra um poste de luz, a vermelha chuta brincando de futebol, tenta dar cambalhotas, mas inútil, já não é o clown das esquinas, agora é a apenas mais um palhaço de rua, que revela a miséria do homem; entorpecido pelo passado e fracassado no futuro, desperta medo e pouca curiosidade, inspira compaixão e quase total ausência de riso, cada vez mais distante e solitário, enterra seus gestos e sua arte em sua própria loucura.

⁹ Termo utilizado pelo Padre Jùlio Lancellotti, segundo ele é uma política impulsionada pela Copa do mundo e pelas operações urbanas, a prefeitura usa mecanismos para limpar a cidade, limpar o que possa prejudicar a imagem.

Entrevista disponível em http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=20750

SEGUNDA PARTE

TERRITÓRIO FECHADO

Encontro entre a Dona Modesto e o Dr. Ferreira:

Uberaba possui uma característica curiosa, diferente da maioria das cidades mineiras, aqui existem mais centros espíritas que igrejas católicas. Caravanas de todo o país chegam à cidade atrás de conforto espiritual, geralmente pessoas que perderam familiares ou que passam por situações graves na vida material, a cidade foi escolhida por Francisco de Paula Cândido Xavier para viver e construir uma base espírita sólida através de seus trabalhos mediúnicos que resultaram em 412 livros psicografados. As primeiras psicografias de Chico Xavier foram transmitidas e assinadas pelos poetas Olavo Bilac e Augusto dos Anjos. Chico afirmava ter contato com diversos espíritos desde criança, um dos que mantinha contato era o Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, médico que viveu no Rio de Janeiro no século XIX. Através da incorporação, o médium prescrevia medicamentos fitoterápicos durante suas consultas espirituais.

Assim medicina e espiritismo sempre estiveram atrelados aos conhecimentos e práticas assistenciais às pessoas que buscavam ajuda nessa cidade. Chico Xavier mudou-se para Uberaba em 1959, mas antes de ser considerada a “capital mundial do espiritismo”¹⁰, a cidade já mantinha uma tradição forte em relação à doutrina. O Brasil é a nação com maior número de seguidores, que segundo eles, o espiritismo não é uma religião, mas uma ciência ou fé raciocinada. Surgiu na França em 1857 com a publicação do “*Livro dos Espíritos*” por Allan Kardec, foi disseminado e chegou ao Brasil pelas mãos dos imigrantes franceses, incorporou-se a membros da classe média, entre eles, intelectuais, médicos, jornalistas e comerciantes¹¹.

De acordo com Kardec (2010) o espiritismo é a nova ciência que vem revelar aos homens a existência e natureza de um mundo espiritual, ele traz a leitura das forças vivas e

¹⁰ Termo utilizado pelo jornalista Alexandre Salvador na reportagem sobre o espiritismo em Uberaba pela revista *Veja* edição 2170/23 de junho de 2010.

¹¹ Trecho extraído do artigo de ALMEIDA, A. Espiritismo e medicina: a trajetória do Sanatório Espírita de Uberaba (1933-1988). Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora.

ativas da natureza através do conhecimento transmitido pelos espíritos, que são as vozes do céu trazendo a iluminação dos homens, onde a prática cristã do amor ao próximo e a caridade são dadas como a única forma de evolução espiritual. A evolução é atingida através das sucessivas reencarnações e o planeta Terra é definido como um mundo de expiações onde passamos por diversas provações e aprendizados para uma maior lapidação de nossa moral.

Na história do espiritismo em Uberaba encontramos diversos personagens que construíram ações e territórios para a prática e difusão dos estudos espíritas. Em 1899 nasceu Maria Modesto Cravo, casou-se aos 17 anos com Nestor Cravo, tendo sete filhos, mudou-se para Belo Horizonte; porém, iniciou problemas mediúnicos causados pela obsessão, como nos afirma Baccelli (1987, p.184), trazendo uma série de problemas para a família, foi encaminhada aos cuidados de Eurípedes Barsanulfo na cidade de Sacramento, sendo diagnosticada como influenciação¹², oriunda de espíritos infelizes. Com o organismo fraco, iniciou tratamento físico e espiritual por fluidoterapia¹³, após retorno da saúde, foi orientada a se mudar definitivamente para Uberaba onde iniciou seu projeto de vida, sendo conhecida na cidade como a “Dama da Caridade”.

Em 1919 inicia seu trabalho no Ponto Bezerra de Menezes, ao lado de sua casa, passa a assistir aos pobres, sendo que através da comunicação mediúnica pela psicografia do espírito Ismael, mensagem devidamente autenticada pela Federação Espírita Brasileira, Maria Modesto junto aos demais médiuns são orientados a construir o Sanatório Espírita de Uberaba, o hospital estava designado a prestar cuidados psiquiátricos e espirituais às pessoas com sofrimento mental da região.

A planta arquitetônica do hospital, segundo Baccelli (1987, p. 182) foi toda recebida através da psicografia e orientação mediúnicas nas sessões espíritas do Centro Espírita Uberabense por Maria Modesto, em 31 de dezembro de 1934 o Sanatório foi inaugurado, situado na Rua José Clemente Pereira, ocupa um quarteirão de mais de 10.800 m². Construído em forma de âncora, sendo a porta constituída pela portaria, de um lado e do outro a secretaria e recepção, os braços formados por dois pavilhões de alojamento, a haste sendo uma passarela e os remates superiores, a cozinha e refeitório, inicialmente com disposição para 60 leitos. O Dr. Inácio Ferreira foi o primeiro a exercer a direção clínica do mesmo.

Inácio Ferreira nasceu em Uberaba em 1904, deixando a cidade apenas para estudar medicina no Rio de Janeiro, foi um dos precursores na medicina que inseriu em suas práticas

¹² Influenciação define-se por uma influência espiritual ou obsessão.

¹³ Fluidoterapia define-se por um tratamento através de passes energéticos dado por médiuns.

terapêuticas os princípios da doutrina espírita, não teve filhos e sempre se refere com amor à esposa em seus escritos, publicou dois livros importantes para a compreensão de suas ideias: “*Novos Rumos à Medicina*” e “*Psiquiatria em Face da Reencarnação*”. Dr. Inácio Ferreira era apaixonado por gatos e dizem que passava horas junto a seus pacientes no pátio do hospital, embaixo do jequitibá, raspando o fumo e enrolando os cigarros que compartilhava com o grupo. Segundo Ary Lex (2001), no prefácio de um dos seus livros, descreve que o médico não era um espírita fanático, diz que ouviu dele que mais da metade dos pacientes encaminhados ao Sanatório como casos de obsessão, na verdade eram portadores de doenças orgânicas ou funcionais no âmbito médico.

Maria Modesto era médium de incorporação e mantinha contato direto com espíritos extremamente cultos, como o do Dr. Adolfo Bezerra de Menezes e Pierre Janet (psicólogo francês). Receitava medicamentos fitoterápicos e trabalhava incansavelmente atendendo inúmeras pessoas. O encontro com Dr. Inácio trouxe as bases de uma parceria de anos de estudos e práticas espíritas, Dona Modesto gostava de fazer artesanatos com os pacientes do hospital e mantinha viva a caridade aos menos favorecidos, enquanto Dr. Inácio percorria muitas cidades do triângulo mineiro na ajuda aos doentes, tornando-se uma referência mundial¹⁴ no tratamento de quadros patológicos por obsessão¹⁵.

As práticas terapêuticas de Dr. Inácio Ferreira, da médium Maria Modesto e do enfermeiro-chefe Manoel Roberto no hospital estavam apoiadas principalmente nas obras do Dr. Bezerra de Menezes, nomeado como o Patrono do Sanatório Espírita. Faremos um percurso por essa obra para uma melhor compreensão das intervenções e relações entre médicos, médiuns e loucos. A loucura inseria neste território era compreendida e observada inicialmente sob a ótica do espiritismo.

Bezerra de Menezes em seu livro “*A loucura sob novo prisma*” ressalta que existem dois tipos de loucura: uma orgânica e outra psíquica ou espiritual. Para a medicina da época, a loucura era compreendida somente a partir de uma causa por lesão orgânica cerebral, as análises limitavam-se ao materialismo científico; porém, com o avanço dos estudos, chegou-se a conclusão que existia outro tipo de loucura, que não apresentava lesão orgânica, mas que se manifestava por alterações nos comportamentos do paciente. Seria então, uma doença psíquica para os médicos, mas para os espíritas, uma doença espiritual. Assim Bezerra de

¹⁴ São várias correspondências endereçadas para Dr. Inácio e visitas ao Sanatório, atraídos pelas suas obras médicas da Itália, Inglaterra, Estados Unidos, Grécia, Índia e outros, buscavam a compreensão do tratamento espiritual para as doenças mentais. (Baccelli, 1987, p. 200)

¹⁵ Trecho extraído do prefácio do livro: FERREIRA, I. *Psiquiatria em face da reencarnação*. Editora FEESP. 2001.

Menezes definiu o diagnóstico de demência para a loucura por lesão orgânica e de alienação mental para a loucura espiritual causada pela alteração no pensamento e nos comportamentos do paciente sem causa orgânica. Segundo ele os dois tipos sofriam influências do plano espiritual e eram consequências dadas por encarnações passadas.

Para o médico e espírita a forma de comprovação da existência do espírito se dá pelos fenômenos de hipnotismo e sonambulismo, ou de situações onde existe um desdobramento da alma provocado artificialmente, como por exemplo, os casos de indução anestésica em que o paciente ao retornar ao estado de consciência normal relata ter visitado lugares e visto pessoas, sendo que seu corpo físico manteve em estado de completa inércia. Em seu livro apresenta argumentos da comprovação da vida espiritual contrapondo aos valores materialistas impostos pelo conhecimento científico.

A alma é que produz o pensamento e não o cérebro, quando presa ao corpo tem a necessidade do funcionamento orgânico cerebral para transmitir informações e sentimentos, quando o aparelho cerebral estiver lesionado, ocorre uma dificuldade nessa transmissão gerando a loucura. Caso o espírito seja desgarrado do corpo, o louco no caso teria todas as suas funções mentais totalmente normais e lúcidas. E quando não houver nenhuma lesão cerebral? A ciência de Esquirol, segundo o autor, ainda não consegue fazer a distinção de métodos terapêuticos para diagnosticar, tratar e aliviar a dor da alienação mental, assim o tratamento espiritual seria a possível cura para os males desse tipo de loucura.

A ideia é que o espírito carrega todas as virtudes e defeitos morais ao longo de suas recorrentes encarnações, cada pessoa encarnada emana de si uma atmosfera moral que aproxima espíritos inferiores ou superiores de acordo com a vida que leva, como por exemplo, uma vida desregrada e fragilizada irá atrair espíritos atrasados ou malévolos. É o que ocorre na loucura psíquica, que para os espíritas é uma loucura por obsessão, por influências externas perturbadoras, o espírito torna-se cada vez mais frágil dominado pela ilusão e subjugação. Isso explicaria o fato de os doentes terem alucinações auditivas, por exemplo, as vozes podem comandar um suicídio ou uma agressão à outra pessoa, muito comum nos quadros de paranoia.

O homem bom, que caiu, tinha nos seios da alma uma paixão que subjugava, mas que, um dia, por circunstância imprevista, ergueu-se energicamente, e fê-lo esquecer do dever. Despertado, quando o mal já estava feito, em vez de vomitar o veneno, procurou encobrir a falta, e o gérmen da perdição fecundou-se em seu seio.

Eis o desfalecimento.

Com ele abriu a porta aos maus Espíritos, que o provocam a saciar aquela paixão, já uma vez superior à sua vontade, e um pouco por já ter a alma desvirginada, e, ainda, pela influência do inimigo senhor da praça, ei-lo impelido pelo plano inclinado.

Começa tremendo, como quem foi surpreendido; vai-se paulatinamente acostumando à falta, para a qual descobre escusas, e acaba desprezando o que sempre teve por sagrado e abraçando como sagrado o que sempre teve por desprezível. Isto é obra do arrastamento.

Assim, portanto, vivemos rodeados de Espíritos que nos inspiram para o bem, e de Espíritos que nos arrastam para o mal. (Menezes, 2012, p. 93)

A perturbação na loucura por obsessão é causada então, por uma dificuldade na transmissão do pensamento entre o agente (alma) e o instrumento (cérebro), essa dificuldade é dada pela intromissão de um espírito. No caso a alma pensa, mas o pensamento não ganha consistência devido esta barreira posta pelo obsessor. Já na doença orgânica a alma também pensa, mas é o cérebro que não corresponde à atividade mental, devido uma lesão neurológica.

Fazer o diagnóstico diferencial é o mais complicado para os médicos espíritas, os sintomas nos dois tipos de loucura são muito parecidos, a perturbação mental, a fisionomia apática ou a agitação, a fala incoerente, porém com causas diferentes. Assim, a loucura por obsessão é diagnosticada quando o paciente apresenta crises de perturbação, mas passando esse período ele retoma todas as faculdades normais de pensamento, memória e conduta. O tratamento nesse caso está baseado em três pilares: a administração de medicamentos ou instrumentos da medicina convencional, o apoio espiritual através dos passes energéticos e ingestão de água fluídica; e o tratamento moral do espírito obsessor através da doutrinação do mesmo.

Foi marcado o dia para a aconselhada evocação, a primeira a que assistimos. Veio o Espírito inimigo, que se dirigiu exclusivamente à nossa pessoa, de quem, principalmente, queria tirar vingança, por mal que lhe havíamos feito em passada existência.

– Não posso fazer-te o que, a ele faço, disse bramindo, porque és mais adiantado; mas castigo-te indiretamente na pessoa de teu filho amado, que também concorreu para meu mal.

Não foi possível acalmar-lhe a sanha, que refervia à medida que se lhe falava em paz, amor e perdão. Saímos abatidos e confusos por tudo o que vimos e ouvimos, principalmente porque o Espírito se referiu a um pensamento nosso, a ninguém revelado.

A este trabalho, sem nenhum resultado, seguiram-se outros, parecendo às vezes que o inimigo se abrandava, esperança que em breve se dissipava, vindo ele, noutra dia, mais cheio de ódio e sedento de vingança.

Neste ínterim, um amigo nosso, tão distinto por sua ilustração como pelo seu caráter, nos comunicou o nos esclareceu sobre aquele ódio intransigente: Orava ele, à hora de deitar-se, e à sua prece do costume ajuntou uma especial em favor do Espírito nosso perseguidor, para que tivesse a luz e reconhecesse o mal que a si próprio estava fazendo. Ouviu então uma voz que lhe disse: Vê; e olhando na direção da voz, viu aquele amigo uma masmorra imunda e tenebrosa, onde um homem, acorrentado e agrilhado, gemia suas misérias e as de sua mulher e filhinhos, privados de todo apoio.

– Queres que perdoe a quem me reduziu a este estado, e o pior reduziu os entes que mais amei na vida? Perguntou a voz que vinha do prisioneiro.

Travou-se entre os dois uma discussão, que não vem a propósito transcrever aqui. O que é essencial saber é que a justiça de Deus se cumpria no fato que tão dolorosamente nos fazia sangrar o coração.

O moço era vítima de seus abusos noutra existência, continuou a sofrer a perseguição, e por tanto tempo a sofreu, que seu cérebro se ressentiu, de forma que, quando o obsessor, afinal arrependido, o deixou, ele ficou calmo, sem mais ter acessos, porém não recuperou a vivacidade de sua inteligência. (Menezes, 2012, p. 102)

Os médicos e os médiuns aqui são responsáveis pela mediação e evocação do espírito do louco e do obsessor, assim eles podem se comunicar e reconciliar, para isso é necessário que o doente esteja aberto para perdoar, lapidando sua moral para a possível saída da alienação mental. Assim o processo de cura, segundo a doutrina espírita, é longo, pois mesmo com o abandono do perseguidor exige-se uma reconstituição de todo o organismo, as sequelas da loucura geralmente são a depressão cerebral e a indiferença afetiva.

Entre arquivos:

Entro por este território, uma escada grande me envia para uma história de rostos e receios, um hospital psiquiátrico com todo o seu peso e convivência com uma das mais terríveis formas humanas de sofrimento: a loucura. Acompanhando a história de pessoas que construíram a partir do amor e cuidado suas bases terapêuticas, a pesquisa caminha pela análise dos antigos registros fotográficos e prontuários dos primeiros anos de funcionamento do Sanatório Espírita de Uberaba. Esse material está arquivado na biblioteca de Dr. Inácio Ferreira, ali também encontro alguns de seus pertences cuidadosamente expostos aos visitantes, uma escrivaninha antiga com uma máquina de escrever, alguns móveis possivelmente de sua casa e placas de homenagem. É interessante observar que junto às suas coisas necessárias ao seu trabalho também encontramos atas, prontuários, aparelhos de eletroconvulsoterapia, amarras, camisas de força e álbuns de fotos do hospital. A vida do Dr. Inácio interliga-se à história do Sanatório Espírita, já que passou a maior parte dela dedicando-se ao trabalho no hospital.

A relação espírita com o louco nesta época é de respeito por alguém que por diversos motivos, principalmente devido conflitos em encarnações passadas, agora apresentam distúrbios, mágoas, tristezas, ressentimentos, revoltas e medos que vão além da compreensão da medicina tradicional, mas que envolve a necessidade de compaixão e acolhimento, um muro protetor e necessário contra os problemas familiares e sociais que podem potencializar seus sintomas.

Certo dia, enquanto residia em Uberaba, ainda solteira, fui visitar dona Maria Modesto, como a chamávamos, com meus pais.

Enquanto lá estávamos, ela foi chamada, porque estava chegando um rapaz para ser internado, considerado louco. A família já não aguentava mais.

Dona Maria Modesto começou a conversar com os familiares e logo em seguida pediu a eles que o desamarrassem.

O rapaz chegou de camisa-de-força.

- Mas, como? Arguiu o pai! Ele está fora de si. Está muito violento e poderá agredir qualquer um de nós e até vocês mesmos.

- Não, disse ela, ele não fará isso. Por minha conta, tirem a camisa-de-força dele.

- Oh! Dona, então é por conta sua, porque eu já não aguento mais. Pois bem, desamarraram o rapaz e ele começou a conversar com ela, naturalmente, respondendo o que lhe era perguntado, com todo respeito e tranquilidade. (Pontes, 2011)¹⁶

O Sanatório antes de ser um lugar temeroso e cruel, era considerado pela comunidade um lugar de amparo e visibilidade da loucura, a relação com os trabalhadores do hospital era de proximidade e diálogo. Baccelli (1987, p. 190) cita que enquanto muitos hospitais se confundiam com penitenciárias prendendo os sofrendores em porões, o Sanatório cuidava das vítimas do preconceito e ódio, fazendo calar os diplomados, afirmando assim, sua prática terapêutica espírita. Em carta ao Dr. Inácio Ferreira, Maria Modesto desabafa: “*Quantos ataques, meu Deus! Suportamos. Mas a pedra fundamental estava lançada sobre o chão seguro e não sobre o terreno movediço.*”

O processo conflituoso entre o meio acadêmico científico contra os espíritas esteve em evidência no Brasil, o interesse de ambos desde a segunda metade do século XX era a busca de legitimação no espaço cultural, científico e social perante a sociedade brasileira. Ambos ligados às classes urbanas intelectualizadas defendiam diferentes visões em relação ao estudo e práticas terapêuticas no que se refere à mente e a loucura. Os psiquiatras combatiam os espíritas através da divulgação e construção de teses e artigos que denunciavam que o espiritismo era a causa de várias doenças psíquicas, denominada por eles como “*loucura espírita*”, defendiam a necessidade do controle governamental sobre a divulgação, funcionamento de centros espíritas, combate ao charlatanismo supostamente praticado pelos médiuns, tratamento e internação dos médiuns considerados como doentes mentais graves.

Do outro lado os espíritas também publicavam livros sobre a ineficácia da medicina tradicional no tratamento e controle das doenças psíquicas, fundando centros e hospitais psiquiátricos com orientação espírita, divulgando a necessidade de um olhar mais amplo para a doença mental e uma nova proposta de tratamento para a mesma. Atualmente esse conflito deu lugar a uma visão mais complementar do que antagonica com o amadurecimento de ambas e o reconhecimento social, tornou-se possível integrá-las para o benefício dos pacientes¹⁷.

O Sanatório Espírita sempre manteve uma postura em relação às críticas científicas e às percepções céticas, Maria Modesto evidenciava a importância do “*silêncio e trabalho*” como chaves para a manutenção e conquista dos estudos e curas de seus pacientes. Assim, ao

¹⁶ PONTES, Yedda. A dona Modesta de Uberaba. Correio Fraternal. 2011. Disponível em http://www.correiofraternal.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=37

¹⁷ ALMEIDA, Angélica. Uma fábrica de loucos: psiquiatria X espiritismo no Brasil. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, instituto de filosofia e ciências humanas. Doutorado, 2007

invés de travar uma batalha contra o meio científico sempre mantiveram cuidadoso diálogo com o mesmo, não deixando de pontuar suas considerações espirituais acerca da loucura, fundamentando na filosofia e na ciência seus argumentos básicos.

Como já havia dito, Dr. Inácio permanecia em dedicação exaustiva ao trabalho no hospital, é interessante ouvir daqueles que conviveram com o médico que ele mantinha uma proximidade única com seus pacientes, seu interesse partia para além do estudo da loucura como um objeto, mas para a percepção dessas pessoas que de repente deixaram suas vidas e foram involuntariamente internadas. Através de seus prontuários é possível compreendermos melhor quem eram essas pessoas e a sensibilidade com que traduz a condição que se apresentava diante de seus olhos:

FICHA N 189

ENTRADA: 08/06/1938 SAÍDA: 27/10/1938 - retirado

NOME: D.B.C

FILIAÇÃO: J. F. – C.M.J

CASADO OU SOLTEIRO: casado com M.R.

IDADE: 55 anos

COR: Preta

NATURALIDADE: São Simão

ESTADO: São Paulo

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O homem ainda não se convenceu que a Terra representa apenas uma penitenciária onde as pobres criaturas vêm pagar o preço das suas iniquidades. Esse pobre negro, por exemplo, estampa em sua fisionomia os embates travados contra as dores e os desesperos e nas suas mãos grossas, calosas, estragadas, os maiores estigmas como provas palpáveis do trabalho árduo e pesado pelo pão de cada dia...hoje, já no fim da vida, como sossego e tranquilidade, apenas um quarto simples e pobre, numa casa de loucos! Casado há amor, teve, deste consórcio, 9 filhos que estão esparramados pelo mundo a procura do pão de cada dia. Bebia um pouco. Nenhuma doença grave. Há um mês, notaram que não estava perfeitamente equilibrado, pois deixou de trabalhar e ficou perambulando, revirando todo lixo que encontrava, ajuntando cousas velhas e imprestáveis, colocava tudo em um saco de linho e saía de casa em casa, oferecendo esses objetos, para comprarem ou trocarem por outra cousas. Nesses últimos dias, dizia estar sendo seguido por um gato preto que o acompanhava para todo lado. Outras vezes, dava verdadeiras palestras e discussões com entidades invisíveis. Nessas ocasiões, tornava-se ora alegre, rindo e brincando; ora, furioso, avançando em qualquer pessoa e precisa ser amansado a fim de evitar males maiores. Foge de casa e vai pelas roças onde faz verdadeira devastação.

SISTEMA NERVOSO

Em estado de agitação contínua, inquieto, assim permanece durante dias, a ponto de ter sido necessário a sua contenção, completamente amarrado, durante horas e assim inúmeras vezes. Quando mais calmo, mesmo assim é assaltado por inquietação, como confabulações de entes invisíveis, falando muito, num linguajar apressado e incompreensível. Em similar as frases com desorientação absoluta de tempo, espaço e lugar. Pouco dorme e quase nada se alimenta, o que se torna necessário dar-lhe entorpecentes e ministrar-lhe tudo a força, contra sua vontade...quase sempre sujo, sem noção de higiene e pudor. Quando mais agitado, rasga suas vestes e grita muito.

DIAGNÓSTICO

Psicose de decadência senil

Sofre também fortes irradiações espirituais

PROGNÓSTICO

Desfavorável

Em seus prontuários observamos uma escrita pouco formal e científica, não deixando de descrever os principais sintomas ali diagnosticados, mas trazendo considerações da vida social e a condição material que essas pessoas se encontravam, outra evidência em seus relatos é a atenção em descrever a fisionomia, vestimenta e características pessoais singulares a cada paciente.

Os loucos que chegavam ao Sanatório Espírita no início eram pessoas na maioria simples, trabalhadores, caipiras, que levavam uma vida difícil com poucos acessos e condições de sobrevivência. Outros vinham de cidades distantes devido à fama que se espalhava de que aqui através do trabalho espiritual associado ao psiquiátrico existiam muitos casos de cura completa, eram encaminhados por outros médicos que já não viam solução para o caso. Essas pessoas não permaneciam muito tempo internadas, ou eram retiradas pela família, ou recebiam alta, ou ainda, eram transferidas para outros hospitais e asilos.

Nas fotos antigas podemos observar condições desumanas, alguns pacientes nus no pátio, amarrados em camas sem colchão, trancafiados em celas-fortes, contidos por camisas de força, atados a correntes e grilhões de ferro. Algumas fisionomias tristes, desamparadas, depressivas; outras, alegres, descontraídas, mesmo em estado de contenção física. Difícil julgar um sistema de tratamento fechado nessa época, sabendo da precariedade de medicamentos, dos poucos recursos de contenção terapêutica, da dificuldade existente na lida

com os desajustes comportamentais, da conduta educacional e muitas vezes punitiva da psiquiatria.

O que predominava na época era a atuação da psiquiatria enquanto um tratamento moral¹⁸, o louco necessitava de um direcionamento corretivo contra seus desvios, assim algumas técnicas de contenção eram aplicadas não somente quando este paciente se encontrava em surto, exaltado ou agressivo, mas também quando não colaborava com o funcionamento padrão do hospital, ou seja, quando desobedecia. Porém o que se observa no Sanatório Espírita, com seus 60 leitos iniciais, é que existia ainda uma relação mais próxima entre terapeutas e loucos; um cuidado na necessidade de contenção, uma maior comunicação e escuta dos delírios, a compreensão das atitudes de rebeldia como sintomas sociais, familiares e espirituais.

Porém com o aumento da demanda de pacientes, tornou-se necessária sua ampliação e com isso, as práticas terapêuticas foram tomando novas formas e modelos, o aumento da população interna nesse território trouxe como consequência imediata à precariedade do modelo inicial. A caridade foi dando lugar às exigências médicas, o apoio espiritual ao controle de comportamentos e o diálogo ao distanciamento da loucura tornando-se cada vez mais um objeto neutro de investigação clínica.

Em 1983 o Sanatório já havia sofrido diversas alterações em seu espaço físico e no seu quadro de funcionários. De três pavilhões passaram a cinco e dos 60 leitos passaram a 150, com 41 funcionários ao total. Com a expansão foram construídas novas dependências como: consultórios de Psicologia, de Assistência Social e Odontologia, farmácia homeopática, almoxarifado, salas médicas, de administração, de contabilidade e de reuniões, necrotério e um terreno ao lado com quadra de esportes e jogos. Nesse momento Dona Modesto já havia falecido e Dr. Inácio persistia na sua tarefa como diretor clínico até sua morte em 1988.

Com a expansão do hospital a perda na comunicação e na atenção individualizada aos pacientes se torna frequente, as crises são pouco assistidas e começam os problemas de uma grande instituição psiquiátrica: pacientes jogados no pátio, abandono social, contenções e medicalizações desnecessárias, excessiva dependência institucional ocasionando a cronicidade, ou seja, a dificuldade em restaurar a saúde mental faz com que o tempo de permanência na internação seja prolongado ou que o paciente retorne frequentemente à instituição tornando-se adoecido pelos próprios limites desse território.

¹⁸ O tratamento moral divulgado por Pinel e Esquirol parte da ideia de que o alienado era uma pessoa irresponsável e necessitava de ser isolado, assim no manicômio seria possível a distração da loucura, ocupando o espírito e o corpo, atuando diretamente sobre o cérebro, fazendo com que o doente se sinta culpado pelos seus desvios de conduta, e consequentemente estabelecendo sua total cura. (Desviat, 1999, p. 17)

Esse processo de institucionalização e, conseqüente cronicidade acontece por diversos motivos, como à intolerância da família em aceitar o doente novamente em casa após a alta, a falta de recursos de saúde extra-hospital para dar seguimento ao tratamento, as poucas condições financeiras de sustentação devido às dificuldades em se inserir novamente no trabalho, entre outros. A permanência no ambiente hospitalar provoca uma série de problemas na vida dessa pessoa, como a aquisição de hábitos inadequados aprendidos no cotidiano institucional, como por exemplo, o uso excessivo de tabaco. Sendo assim, essa pessoa apresenta dificuldades em retornar a vida normal fora desse território protegido e assistido. O que antes poderia ter sido uma crise momentânea com a necessidade de internação como medida de proteção, torna-se um problema ainda mais amplo, onde alguns sintomas prevalecem e ainda são adquiridos novos pela própria institucionalização do paciente.

Em reforma:

Após o falecimento de Dr. Inácio, assume a direção clínica o Dr. Adroaldo Modesto Gil no final da década de 80, já no início de seu trabalho o hospital firma o convênio com o Sistema Único de Saúde, nesse momento já haviam sido iniciadas as discussões em torno do funcionamento do modelo de tratamento moral adotado pela psiquiatria. No Brasil em 1978, deu-se o início ao Movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM) que trouxe denúncias sobre as situações de violência, da mercantilização da loucura, da hegemonia da rede privada mantida pela previdência social, além do questionamento do saber psiquiátrico e do modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas em sofrimento mental.

Seguindo esse percurso acontece no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 onde se dá a luta pela priorização dos investimentos aos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais; no final desse mesmo ano acontece na cidade de Bauru, o II Congresso Nacional do MTSM no qual se concretiza o Movimento da Luta Antimanicomial com o lema “*por uma sociedade sem manicômios*”. No ano anterior já havia sido inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, a função do CAPS é de atendimento em regime aberto, onde a pessoa passa o dia na clínica e retorna para casa, esse modelo prioriza a reabilitação psicossocial, reintegrando o usuário à sociedade e traçando alternativas para a desinstitucionalização manicomial¹⁹.

Diante das mudanças ocorridas no sistema de saúde mental no Brasil, Dr. Adroaldo inicia um processo de reforma interna no Sanatório e sonha com a construção de um hospital-dia para a cidade. Médico e também espírita, diferente de Dr. Inácio, mantinha total cuidado em não misturar as discussões técnicas com a doutrina espírita, articulando de forma habilidosa as mudanças institucionais necessárias com a administração sob a responsabilidade dos membros do Centro Espírita Uberabense.

¹⁹ MESQUITA, J;NOVELLINO, M. & CAVALCANTI. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.

Foram contratados novos funcionários para integrar o processo de implantação da Comunidade Terapêutica no hospital. O modelo de Comunidade Terapêutica foi implantado pela primeira vez por Maxwuell Jones na Inglaterra que segundo Amarante (2007, p. 43) caracterizava pela luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais; assim as relações internas no hospital seriam de proximidade através da horizontalidade, com atitudes mais permissivas e democráticas entre profissionais e os internos.

O Sanatório Espírita encontrou na liderança de Dr. Adroaldo a possibilidade de ser identificado como uma Comunidade Terapêutica, nesse momento implantou-se grupos operativos em todas as unidades, onde se tornou possível à participação ativa dos internos sobre as regras e cotidiano do hospital, através dessas reuniões elegiam-se democraticamente comissões de trabalho, além do levantamento de sugestões que seriam discutidas posteriormente na Assembleia Geral. A Assembleia tornava-se o momento mais importante da semana e lugar de decisão majoritária, onde estavam presentes os funcionários, direção e pacientes no local. A equipe era integrada e supervisionada diretamente pelo diretor clínico, as atividades giravam e todos exerciam diversas funções no tratamento para além de sua especialidade profissional.

Contam-se alguns profissionais que participaram da Comunidade que foram muitas mudanças ocorridas na relação com os pacientes, à autonomia era a máxima garantida e os cuidados com o tratamento eram minuciosamente discutidos e trabalhados. Nesse momento foram destruídas as celas-fortes, retirados os equipamentos de eletrochoque e as camisas de força totalmente abolidas, em caso de necessidade de contenção, a mesma era assistida e acompanhada por pelo menos dois técnicos da equipe. Existia uma comissão de recepção onde o próprio paciente era responsável pelo acolhimento daqueles recém-internados, a comissão ficava posta na entrada e portava o direito de ter a chave do portão principal nas mãos, o que favorecia seu senso de responsabilidade e autonomia.

Nesse momento o hospital mantinha duas unidades particulares e as demais eram mantidas por convênio com o SUS, assim recebiam pacientes de várias classes sociais e com características diversas, passando a ser referência de aproximadamente 70 municípios da região. A internação de alcoolistas e dependentes químicos estava abolida, o tratamento priorizava a convivência com quadros graves de sofrimento mental. Uma das maiores dificuldades enfrentada eram os limites esbarrados na preparação de alta, já que a maioria dos municípios apresentava uma estrutura frágil de acolhimento e reabilitação na saúde mental, o primeiro CAPS de Uberaba foi inaugurado em 1991, que citarei mais adiante.

Segundo a psicóloga Denise Montandon, as famílias recebiam permissão de visitar todas as quintas-feiras e sábados após quinze dias de internação, fora isso o contato era estabelecido através de telefonemas de responsabilidade da Assistente Social. Os familiares eram orientados e atendidos em reuniões semanais, o trabalho com os mesmos sempre foi de suma importância para o processo de desinstitucionalização do paciente.

O tratamento espiritual continuava sendo aplicado, mas fora do horário de atendimento da equipe técnica, os pacientes passavam pela câmara de passe e pelas sessões de desobsessão, com total cuidado já que o respeito pela religiosidade e crenças de cada um deveria ser rigorosamente respeitado.

A ociosidade no cotidiano foi gradualmente diminuída através da implantação de inúmeras oficinas terapêuticas, geralmente coordenadas por psicólogos e terapeutas ocupacionais, assim eles poderiam expressar através da arte suas dores e medos, as inquietações das crises e as memórias que retornam incessantemente no lugar onde o tempo parece não passar. As caminhadas era um respiro fora, ver a rua, avistar crianças e conversar com as pessoas era uma maneira de retornar o contato com a vida, as inúmeras festas o ano todo inspiravam liberdade, música e dança. A festa junina, por exemplo, já foi feita na rua em frente ao hospital, onde foi possível integrar à comunidade em torno da instituição.

Aqui a loucura ganhava novamente visibilidade seja pela mídia que divulgava as ações da luta antimanicomial, seja pela escuta dos delírios que soavam através do microfone na Assembleia Geral entre os muros; é dada voz e é dado ouvidos para as necessidades e desejos dos desviados. Em tempos de liberação e democracia era preciso encorajar os loucos a participarem novamente da vida. Situações de violência e opressão eram insuportáveis após a Segunda Guerra, os manicômios lembravam centros de concentração nazista e o modelo de Comunidade Terapêutica era uma forma de superação da hegemonia social.

Com o desenvolvimento das medicações psicotrópicas e a adoção da psicanálise e saúde pública nas instituições, a reforma psiquiátrica avança com os limites e desafios permanentes, mudando sua forma e característica de acordo com cada território, com cada situação sociopolítica associada à dimensão da inclusão social dessas pessoas.

No meio do processo de reforma, morre subitamente o esteio clínico do Sanatório, Dr. Adroaldo percorreu todas as unidades do hospital, visitou cada paciente, conversou com toda a equipe, saiu à tarde indo para casa onde sofreu uma parada cardíaca em 1993. A equipe atordoada perdeu as pernas e nunca mais conseguiu se integrar, a morte do médico simbolizou a morte de um ideal, a morte de uma luta diária, assim com muitas dificuldades através das novas direções clínicas, o hospital tentou respirar, mas foi perdendo as forças gradativamente.

Os conflitos institucionais eram permanentes, no lugar da solidariedade a competição entre as categorias profissionais, a administração pouco dialogava com a equipe técnica, a situação financeira se agravava, a reforma passou a ser um inimigo, a luta antimanicomial um monstro, instaurou-se uma paranoia institucional interna e externamente. Interna porque se procurava o culpado de qualquer falha ou erro clínico, que ora deslocava para o psicólogo, ora para o médico, ora para o enfermeiro e assim sucessivamente, um sistema de julgamento constante começava a fazer parte da rotina da equipe; e externa, porque os profissionais temiam o fechamento do hospital, a comunidade terapêutica que até então caminhava em parceria com a reforma e o movimento da luta antimanicomial agora afirmava e sustentava a necessidade de isolamento para as crises, a manutenção do manicômio como forma de garantia de seus salários e empregos.

Assim inevitavelmente, os pacientes voltam a se tornar invisíveis, a equipe desencorajada pouco se movimenta pelos corredores e unidades, são sucessivos pedidos de demissão entre os profissionais, os desgastes pela doença institucional agravam e os terapeutas pouco agem já adoecidos e com poucas esperanças.

O Casulo

Em três de agosto de 2005 foi assinada minha carteira de trabalho e passo a trabalhar no Sanatório Espírita de Uberaba na categoria de psicóloga. Ao chegar, no primeiro dia de trabalho cruzei pela escadaria principal com os psicólogos da antiga equipe que acabara de ser demitida, a nova equipe que passei a integrar chegou a esse território em uma situação tensa que envolvia por um lado o fracasso dos antigos, e do outro, a esperança em cima dos recém-contratados.

Minhas funções dentro do hospital se resumiam em atendimento individual e suporte às crises psíquicas, apoio à família, acolhimento dos pacientes recém-internados, preparação para alta, coordenação de grupos operativos, da Assembleia Geral e de oficinas terapêuticas. Quando entro na instituição já carrego muitas ideias negativas sobre o hospital psiquiátrico, mas recém-formada com o desejo de construção recebo o trabalho com dedicação e respeito. Ao entrar na unidade Inácio Ferreira sinto que ali devo permanecer para realizar um trabalho voltado ao cuidado das mulheres, a unidade comporta mais ou menos 50 pacientes, no andar de baixo com mulheres em estado mais grave de psicose e já cronificadas, no andar de cima mulheres com doenças mais brandas no campo das neuroses e dependência química.

Para tentar traduzir a análise dos momentos vividos junto à loucura imanente a essas mulheres, irei recorrer mais uma vez à narrativa literária, talvez seja a forma mais fácil de compreender as relações existentes nesse território fechado ou enclausurado.

A realidade vem toda junta, é até difícil fazer memória daqueles momentos, tamanha a intensidade vivida, fala e pensamento trava-se, bloqueia tudo e o peito arrocha tanto que chega a doer, mas é necessário traçar caminhos para a voz aparecer novamente. Ela chega a desaparecer por até semanas, da última vez ficou muito tempo sumida e talvez até tivesse morrido, foi abandonada a própria sorte, cansada de lutar, com um peso da realidade e outros tantos nos ombros. De tanto sonho, de tanta imagem, de tanto ideal, de tanta verdade, ela descontrolou-se e calou-se de vez, a gente já não a ouvia mais, não sentia, não reconhecia,

ouviam-se somente sua respiração intermitente e frágil, já não se alimentava de mais nada, perdia peso, suave, tinha vontade de permanecer só e quieta, sem nenhum desejo, descabelada, indigente, em farrapos de pano dobrava-se, babava, gemia e mascarava sua dor. Uma voz enclausurada no medo de ser voz.

Era difícil até aproximar-se dela, fechada em seu casulo, morria cada dia mais um pouco; erguia-se e até se locomovia, mas inútil, andava em círculos, passando sempre pelos mesmos e conhecidos pontos, entediada, acendia um cigarro e tomava compulsivamente café, depois se deitava no chão, deitava não, despencava como alguém que já desistiu de tudo, com medo de sair lá fora, de ter que encarar tudo novamente, de imaginar como seria, qual seria a receptividade, será que iriam aceitá-la agora que já é tão diferente? A liberdade seria tamanha e assustadora, o que ela iria fazer com a liberdade? Talvez seja melhor ficar quieta mesmo, obediente às normas, horários e leis, amansada e domada, infeliz e ao mesmo tempo covarde.

Nela e, enquanto sozinha, todos os barulhos distanciam, só se olha o que não é capaz de enxergar, só se cheira o que de si sai, só se mete em si própria, sofre e se alegra de permanecer assim independente, sabe onde está cada fiapinho do seu corpo, cada dobrinha, cada curva, ri e chora de si mesma, pois sente que tem um prazer imenso de estar enclausurada, uma infinidade de sensações, se lambe, se afaga, se enrosca, se coça, se ama.

Reclama por contato, quer ser sentida, mas sofre de insegurança, de carência encontra os velhos amigos se apega a eles, estão por todas as partes, acumulam-se em memória, já não fazem nem mais sentido, mas estão todos recuperados e vivos, empilhados e mofados, cheirado a guardado e lixo de restos de pele. Eles criam vidas, delírios íntimos bizarros, entre o travesseiro sujo, a manga que acabou de cair do pé, o jambo vermelho, as cinzas de cigarro, a garrafinha de plástico com café frio e a calcinha ainda úmida, esconde-se todos eles. Então ela sorri feminina e histérica, divertida e tímida, inventa estórias, conversa, mas ainda muito preguiçosa de ser livre; apenas invadida pelo conforto de não estar tão solitária.

Às vezes sente medo, pois sabe que esses antigos amigos se afastam e dão lugar ao medo. Quando olha as paredes que cercam a enorme e fria crisálida, sente que existe um vazio imenso, uma sensação de desolação e pavor, um medo que invade não se sabe nem de quê, o coração palpita muito forte, a respiração acelera, as mãos ficam frias e suam, as pernas tremem, ela tenta enroscar nas cobertas e em seu próprio corpo, mas olhando para a porta sente que algo vai passar, algo vai vir assombrar, algo vai lhe pegar. Não se sabe o quê, mas tem certeza que está ali e a observa. As luzes caminham em pegadas de animal roedor, as mãos seguram fortes as ferramentas de massacre e a voz estremece da pontinha do cabelo à sola do pé. Nada é pior, todos os sons tornam-se vivos e ameaçadores, a paranoia se instala na

jaula fétida que foi depositada, jogada, retardada, cuspidada e escarrada. E lá fora eles estão lá, a missão que os dignifica é a proteção, dizem que são os melhores amigos dos homens, servem para vigiar e cuidar, tudo isso deveria confortá-la, mas não se sabe o porquê ela permanece em pânico, não confia, já ouviu dizer muita coisa, que já avançaram nesse melhor amigo, que já pegaram à força, morderam, torceram, imobilizaram até ele ficar completamente fraco, sem força nenhuma; talvez sejam psicopatas ou então sanguessugas, vai saber, melhor ficar quieta e ter medo mesmo, é melhor prevenir do que remediar.

Quando aproxima o inverno, tudo toma outros sentidos, ainda bem fechada, protegida, porém com muito frio, olha o vidro quebrado e observa que, ao mesmo tempo que, passa o vento gelado, também passa uma pequena e insignificante fresta de luz solar que irradia calor e afago, bochechas vermelhas e nariz gelado; novamente se dobra, se encolhe, se lambe, se pensa, se lembra, de quando criança onde através da gaveta da cômoda alcançava o auge de todo o seu aconchego, um par de meias. O inverno sempre traz lembranças, uma nostalgia, um cobertor, uma preguiça, assim passa dia e noite, esperando pelo sol e aguardando a noite que chega dolorosa e sem esperanças ao acordar e já não ver mais nada em sua volta do que era antes. Uma história inteira fragmentada, em cenas, flashes, instantes que em muitos momentos congelam-se, já que não se pode desviá-los, não há outro pensamento, apenas uma escravidão de si mesmo, uma má consciência, que circula em redemoinhos, que não é capaz de lançar, de atrever, de ousar; então, se lambe, se afaga, se enrosca, tudo outra vez. Mastiga e ruma incessantemente, como um boi, vomita e engole seco de novo, a mesma ideia, o desejo desprovido de liberdade, a tristeza do inverno que chegou, assim parece que se ainda existisse um pouco de alegria e vida, essas foram apagadas pela hibernação necessária.

Respira profundamente, relaxa, sente o ar passando pela garganta, relaxa, inspira soltando as cordas vocais, faringe, laringe, solta a língua, desengasga, relaxa; sente o ar fluindo pela sua garganta e projeta todos os seus desejos. Rurum... rurum... inspira e engole, projeta o pensamento, chiii...ainda muito presa, prensada, pesada, muito lenta para seus primeiros murmúrios. Respira e fecha os olhos, invade o prazer de simplesmente não ter que falar, que importa falar, o que vai lhe ouvir? Sempre tudo tão distante: sábios, advogados, policiais, enfermeiros, padres, mães, cidade, casa, homem-branco, homem de branco ou de nariz em pé? Olha para os trapos que lhe cobrem o corpo, olha para sua cor, misturada e amassada, e vê imediatamente as unhas dos pés, que parecem querer tocar o chão, enrolam em si e raspam tudo que lhes atravessam, as fissuras dos pés sangram pela poeira que lhe agarra cheia de terra, cheia de vida... vida, pensa: por quais terras-vidas-vivas ainda hei de perder? Coça a cabeça e sente que tem sempre companhia, as únicas companhias, que lhe sugam e

engolem, que passeiam em parque de diversão pelos poros da superfície suja, escorrem pelo pescoço e blusa desfiada, blusa bege clara que pouco protege contra o frio; e os parasitas? Devoram aos poucos a pouca beleza que lhe resta, parasitas em busca de alimento e sonho. Olha novamente as unhas, dessa vez as das mãos, observa, cheira, também sujas, dessa vez de fezes, sempre assim podres de esterco ainda úmido, um dia sentiu o gosto delas, sem nem saber o porquê de ter despertado o interesse, talvez animal que perdeu o olfato ou sente fome demais, fome que não sacia de comida nem água, fome que não parte de um espaço vazio, fome que se esvai de saudade, fome de necessidades.

Podre corpo pobre sem era nem beira, casulo que absorve o corpo que se torna incomunicável, sem trocas, sem respostas, sem prosas; é quando coloca um vestido florido, desabotoa para que os seios sejam apreciados, amarra o cabelo, pega um batom e bota sua cor nos lábios, é chegada à hora do possível encontro, sorri ao imaginar que naquele momento sua vida irá tomar outro rumo, entra na fila numerosa, quem chega é ele, o grande homem-branco, que carrega uma língua própria, que é bonito e cheiroso, que a visita de vez em quando, que quer vê-la, faz questão, que lhe sorri e diz que vai passar. Ela está ansiosa porque quer saber que dia ressuscitará, precisa de uma data, de uma hora, de uma esperança, mas ouve novamente: vai passar, deve ter paciência. O homem grande escreve sem parar e pede para ela sair, quando sai da sala e distancia-se do homem-branco, tem raiva dele, pois não a olha e deseja do jeito que queria, pois não a ouve, pois não lhe dá esperanças, apenas lhe entrega uma mão cheia de balas: brancas, azuis e laranjas; ela põe na boca e o olha sem conseguir compreendê-lo.

Volta para o aconchego, novamente permanece na gestação, digere e gesta, quanto tempo se passou? Tudo parado, nada acontece, sente que precisa de barulho, solta uivos de lobo silvestre, murmúrios de criança sem razão, balança a perna incessantemente, acende o cigarro e pega o batom vermelho, ajoelha e escreve na parede branca:

Nem sempre falo
 Amar...amar...
 Eu escondo o amor
 No ato de nada cantar.
 Por isso, vivo calada.
 Algo a relatar,
 Coça minha garganta
 E eu continuo calada
 É meu jeito de soluçar

Um dia, renovarei
 Esta minha vida,
 Meus pensamentos,
 Meus sonhos...

Derrotarei o medo
 E aí quando
 A garganta coçar,
 Encararei a luta,
 Sem medo de amar
 Direi o que sentir, gritar...(Hélia²⁰)

Olha o que acabara de escrever, letras se misturam em vermelho-sangue, sente gosto de sangue na boca, enjoo e inquietação, anda de um lado para o outro, percorre o longo corredor: porta, porta, porta, vento, vento, vento, parede branca, porta, porta, porta, vento, vento, vento, grade branca; nada escapa ao olfato, mistura de ranço de três cheiros: água sanitária, urina e baba. Num ímpeto escala a grade, olhado para o chão e percebendo que se distancia cada vez mais dele, vai cada vez mais alto, sente força de continuar, quer escapar, quer liberdade, a cabeça toca o teto, mexe de um lado para o outro e as mãos vão escapando aos poucos, os dedos amolecem, ela cai lentamente de costas e escorre sangue por todo o azulejo cinza que vai tomando cor. Patas de cavalo aproximam em gritos e uivos, apagão.

O que sonhou? Pesadelo estranho é como se decepasse sua cabeça e a carregasse pelos cabelos. Todos à volta estão distantes, não se comunicam, não se olham, não se tocam, assim não existindo possibilidade de comunicação e com a cabeça ainda dolorida, sua inquietação não cessa, o pensamento começa a acelerar, como se pudesse até prever o que lhe possa acontecer e antecipa tudo, as paisagens tornam-se brilhantes e rápidas, um movimento translúcido, o pensamento transborda e sai pelos olhos, boca, nariz, ouvidos e pele. Surge o homem-branco, preocupado, franze a testa e une as sobrancelhas, a olha, e ela cada vez mais distante, já nem quer vê-lo e recebê-lo, está despenteada e suja, rola pelo chão de terra, deixa o vermelho e o florido, veste-se de marrom. Ele, agora inquieto, pensa que ao invés dela melhorar está cada dia pior, não entende, fez tudo certo, praticou e copiou tudo que viu até agora, leu tanto sobre isso, fez viagens, estudou, dedicou a sua vida para ela, simplesmente não entende, pensa que ela sofre de delírios e alucinações, talvez uma esquizofrenia crônica, não sabe o que fazer, sente-se impotente. Ela, apenas sente que os pés já não tocam o chão e ao mesmo tempo enraíza na terra seca, mergulha como minhoca nos labirintos subterrâneos.

Assim, na forma-larva, arrasta-se, cria patas, a pele torna-se oleosa e baba, as antenas são radares de sensações, capta tudo, o cérebro derrete, e talvez entenda que o fato de terem decepado sua cabeça está ligado a experiência de ser uma larva, um corpo informe,

²⁰ Helia, usuária do CAPS Maria Boneca, com ar de glamour veste-se de cores fortes e hoje em tom de arrogância faz chacotas das pessoas a sua volta. In BICHUETTI, J. (org.). Poemas de vida. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari/Fundação Gregorio F. Baremlitt, 1999, p.63.

tenta sentá-la, com o prato de alumínio nas mãos: arroz, feijão, batata e frango, quer que engula a qualquer preço, de qualquer jeito, fala, fala, fala, ameaça de passar um cano pelo seu nariz, mas o que ela vê no prato é sangue escorrendo na carne, vermes que se arrastam entre os grãos de arroz, cheiro insuportável, sangue na língua, prende o máximo os lábios, segura forte; a mulher bate os pés no chão, fica nervosa, porque não come? Está perdendo peso. Volta ao sono pesado, peso, a mulher disse que havia perdido isso, o que seria o peso? Alguém de quem não se lembra mais, um objeto, um lugar; nem sente que perdeu isso, pois já não sabe o que é perder algo, já faz tempo que não tem nada para perder.

Loucura delírio
Ausência de memória...
Vida, cinzenta.
Alma abatida.
Coração exaltado.
Onde mora a vida? (Beth)²¹

Vida enrolada e escancarada, voz anulada, desatinada e imoral, vida e voz entram em conflito, começam a dialogar, não chegam há nenhum resultado, ou melhor, chega à insegurança, querer repelir uma a outra, mas não há como anular uma em favor da outra, é necessário conviverem juntas, terão que encontrar um traço alternativo, uma fuga. Zigue-zague, zigue-zague, correu, bateu, gemeu. Não há mais como correr.

Resolveu enfiar mesmo o cano no seu nariz, ela vê o líquido passando pelo canudo, meio bege claro, o que será que tem ali? Não sabe, porém não há como identificar, não é possível nem sentir o gosto, nem mastigar, nem mesmo ruminar o que adorava fazer. Aumenta sua irritação, as balas são cada vez mais fortes, por não conseguir engolir, elas também passam pelo cano; cano mágico, doloroso, impiedoso, técnicas do progresso? Liberdade. Imperceptivelmente a voz começa a juntar-se com a vida encontrando uma brecha, desloca-se, faz pontes, o corpo espreguiça depois de um período longo de desligamento, cabeça encaixa no pescoço, pescoço encaixa no corpo e finalmente pés encaixam no chão, tudo mantém interligado, vida pulsa em corpo, voz irradia vontade e potência. Levanta e anda com dificuldade, não consegue se equilibrar apalpa nas paredes, chega lentamente ao pátio, respira, sente os pés no chão, vê cores, fala com o verde, avista o céu azul, a vida surge diante dos olhos cheios de renascimento.

²¹ Beth era usuária do CAPS Maria Boneca. In BICHUETTI, J. (org.). Poemas de vida. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari/Fundação Gregorio F. Barenblitt, 1999, p. 67.

Hoje é dia de ver o homem-branco, entra novamente na fila, sente-se bem, quer lhe dizer tantas coisas, contar toda sua história, começa a recordar o que aconteceu, deseja voltar para casa, sente falta de Mariinha, como será que está? Quer saber quanto tempo se passou, está ansiosa. Entra na salinha, ele sorri e percebe o quanto está melhor, sente-se realizado e orgulhoso. Ela está ansiosa e começa a fazer mil perguntas, ele tenta acalmá-la, ao fim lembra-se apenas de suas últimas palavras: passa rápido, deve ter paciência! Abre a porta e sai cabisbaixa, olhos tristes, quer falar com ele novamente, talvez não tivesse observado o quanto está cheia de vida e voz. Chega ao corredor frio e pede ajuda para falar com Mariinha, quer vê-la, quer ligar para ela, a mulher-branca grande diz que vai ajudá-la, chamará por alguém e fecha a porta, torce a chave, trec, trec.

O Sol se foi, a Lua apareceu, vê pelo vidro que está grande e cheia, o céu estrelado, a imaginação voa, imagens criadas, sonhos possíveis, vida necessitando de liberdade, voz chamando por amor, olhos, luzes, corpo volúpias doces. Sente uma mão fina e macia lhe acariciar seus cabelos, está escuro, sente arrepios e cócegas, está um breu, lhe toca suas costas, lhe morde, lhe afaga, não vê nada, lhe lambe, lhe enrosca, tudo para fora: seios, peles, pêlos, gemidos, prazer intenso, tudo negro, corpo possuído diabolicamente pelo desejo, sem medo, sem anseio, preto, confiante, pactuado, dominado preto. Pernas amolecem, vibram e exaustas adormecem. Os primeiros raios de luz lhe tocam a face, vida clamando, lembra-se de tudo, sorri desavergonhada, mas logo se lembra de Mariinha sentindo o coração apertado, amargo doce na boca.

Falta? É a falta de você.
 Ausência de calor,
 Só sentir frio...
 Frio. As ilusões se foram
 E surgiram as realidades cruas
 Frio. Os sonhos se foram
 E só se enxergou a verdade:
 Ausência de você,
 Saudade de tudo.
 ...Por ora, só ser vazio
 E do vazio renascer. (Rosa Lourenço)²²

Permanece um longo tempo em frente à porta de ferro branca, esperando alguém de branco abri-la, olha ao seu redor e vê muitas mulheres, algumas pálidas outras avermelhadas, busca olhares, alguns distantes outros invasivos, estão enclausuradas em pânico, apáticas e

²² Rosa Lourenço era usuária do CAPS Maria Boneca. In BICHUETTI, J. (org.). Poemas de vida. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari/Fundação Gregorio F. Baremlitt, 1999, p. 71.

também eufóricas. Ansiedade e desespero: a borboleta enlouquece! Uma borboleta quando sai do casulo, inspira novidade, beleza, vida e cor; porém em alguns casos lhe cortam suas asas, ela então se torna um problema: inútil, insana e dependente. O que não se espera é que pode se tornar também rebelde, ou melhor, perigosa como afirmam os homens brancos. No desespero começa a esmurrar a porta de ferro que faz um barulho estrondoso, imediatamente abre a porta, a mulher-branca pede para acalmar, ela pede novamente notícias de Mariinha, a outra diz que ainda não conseguiu contato e deve ter paciência. Inconformada e sem forças começa a chorar, mulheres a abraçam, acariciam seus cabelos, lhe beijam as bochechas, lhe aconchegam colos e ninhos, casulos; mas ela já não vê sentido em enclausurar-se, grita, uma voz que sai em busca de liberdade, age! Respira forte, acumula forças e consegue se soltar das mulheres, corre até a porta e grita, grita, grita, grita, grita...

Quando a realidade mostra sua cara sem máscaras, fere e pode matar. Exausta e sem forças, avista de longe o homem-branco, corre e pede ajuda, ele lhe sorri, cheio de paz e vida, diz que é para ter mais paciência, PACIÊNCIA. Junta muita saliva na boca, como uma cadela com raiva, animal enjaulado, sente o estômago revirar, enjoo, dor e quando não consegue segurar tanto excremento acumulado na boca, cospe na sua cara branca, toda a baba, toda a sujeira, toda sua loucura; ele vira o rosto, limpa, tira as máscaras, olha firme para ela com ódio; não satisfeita em fúria feminina, gruda a boca e os dentes em seu pescoço, empurrão, gritos... correm, correm, DOUTOR!.... Desatam os corpos.

Corpo inerte, estrangulado. Quando abre os olhos vê uma grande luz no teto, uma luz branca, um teto branco, tenta espreguiçar apesar da dor, inútil, corpo agora contido. Entra alguém e lhe dá uma picada na bunda, sossegadinha, com muito sono, sem forças, desmancha novamente. Agora na forma-borboleta esmagada, ainda tenta levantar suas antenas e mexer as asas, porém agoniza lentamente, sua e volta a babar. O homem-branco a observa pela grade percebendo sua situação, mas não encontra forças para ajudá-la, está magoado, fez tudo por ela, cuidou tanto e agora é assim que se mostra, lhe cospe na cara, lhe morde, lhe desobedece. No fundo sabe que já não há mais nada por fazer, agora só vê uma mulher descontrolada, louca e *perigosa*.

Medida de proteção:

A medida cabível em situações de crise extrema onde a pessoa corre algum risco de vida ou age inconsequentemente colocando em risco a vida de outras pessoas, exige-se imediatamente, como medida de proteção, a internação psiquiátrica. Em abril de 2001, é sancionada a Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No artigo 4º dispõe que *“A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”*.

Porém é possível perceber que a internação passa por aspectos de uma dimensão muito mais complexa do que a própria legislação possa esclarecer-nos. Para a compreensão da sua necessidade, dessa parada do curso normal da vida e de isolamento, da proteção externa contra si mesmo; é preciso entender o conjunto de sensações e pensamentos que operam um estado de crise psicológica. Moffatt (1987, p. 13), esclarece que a crise se manifesta pela invasão de uma experiência de paralização, ocorre uma sensação de solidão e confusão, o futuro é imprevisível e vazio, com a conseqüente perda na capacidade de estabelecer projetos e ter iniciativas, o presente torna-se congelado.

O estado de crise é uma condição natural de todo ser humano, diferente dos animais que vivem no eterno agora, o homem inserido na cultura apresenta a noção de temporalidade: recorda o passado; observa o presente e o vive através da rotina; cria e imagina seu futuro. A crise surge, segundo Moffat (1987, p. 14), quando a história fica descontínua, a pessoa perde a noção de temporalidade por uma situação de mudança inesperada e apresenta dificuldade em se adaptar a nova situação.

Existem dois tipos de crise: as evolutivas e as traumáticas. As evolutivas estão presentes no parto, no desmame, no ingresso à escola, na puberdade, na crise da metade da vida, na jubilação, na decrepitude e na morte, são crises normais e transitórias; e as traumáticas, que não são previsíveis, ocorrem por um acidente inesperado. O estado vivido pelo corpo durante essas crises é de angústia extrema com perturbações cardiorrespiratórias,

opressão e sensação de nós no estômago e garganta, além de uma hipercontração muscular. O corpo fica tenso preparado para enfrentar uma situação de perigo, um estado de estresse e esgotamento, fazendo com que a pessoa se sinta desesperada, ou seja, sem esperanças, com a sensação de futuro vazio.

Alguns estados de crise levam ao adoecimento, onde não se consegue encontrar o caminho de volta para a reestruturação do tempo, a crise se intensifica, ficando uma sensação completa de confusão, despersonalização e desrealização. Essa desorganização psicológica leva a uma estruturação de algo que protege a pessoa contra a ansiedade extrema, opera-se através de mecanismos de defesa: o delírio nos casos da psicose, como no surto esquizofrênico; ou os pensamentos repetitivos, histéricos ou hipocondríacos, por exemplo, no caso da neurose.

Qualquer situação de mudança envolve perdas, essas transformações muitas vezes não são aceitas, a crise extrema na neurose grave e na psicose, acarreta um estado de difícil compreensão para nós, onde a noção de limite seja do corpo, do espaço ou da própria manutenção consciente da vida vai se tornando precário, sendo necessária uma contenção externa. No delírio, por exemplo, os fantasmas internos vêm à tona e a pessoa cria uma realidade distorcida segundo seus próprios códigos e projeções subjetivas, assim, sua linguagem, seu tempo e seu comportamento mostram-se totalmente diferentes do nosso, causando um estranhamento ou mesmo uma intolerância social.

A chegada ao hospital psiquiátrico é acompanhada pela família, com ela os esgotamentos de uma situação fora do controle, os olhos escancarados, os gestos escondidos, os cochichos com os profissionais longe do doente e a mentira são características comuns nesse momento delicado, à angústia familiar termina apenas quando seu parente é levado pelos enfermeiros e desaparece através da porta principal, o problema agora não está mais sob sua responsabilidade. Um alívio único, ao retornar para casa encontra o vazio deixado pela crise, objetos quebrados, arranhões, contas para pagar, roupas sujas, papéis espalhados, bagunça, desorganização. A crise expande além dos limites e preenche toda a casa e até a vizinhança, desorienta todos à volta, provoca choros, ressentimentos e culpa.

Até chegar ao hospital foram muitos percursos feitos, tentativas frustradas de atendimento, poucos recursos de serviços de urgência, ausência de CAPS 24 horas, falta de apoio entre os familiares. Pela Lei estadual de Minas Gerais 11. 802 de 18 de janeiro de 1995 fica decretado que:

Art. 3 Os poderes públicos estadual e municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, os quais garantam a manutenção

de pessoa portadora de sofrimento mental no tratamento e sua inserção na família, no trabalho e na comunidade, tais como:

I – ambulatórios;

II – serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência;

III – leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais;

IV – serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite;

V – centros de referência em saúde mental;

VI – centros de conveniência;

VII – lares e pensões protegidas.

Parágrafo único. Para os fins desta Lei, entende-se como centro de referência em saúde mental a unidade regional de funcionamento permanente de atendimento ao paciente em crise.

A atual realidade em Uberaba resume-se em atendimentos de urgência através das UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento) que estabelece um trabalho integrado com o SAMU (Serviço Móvel de Urgência). No caso de pacientes em crise psiquiátrica o mesmo deve ser acompanhado por um familiar e esse último serviço conta com o apoio da polícia. A presença da polícia é justificada pela periculosidade do doente mental, em qualquer caso, mesmo sem indícios de agitação e agressividade, a polícia é acionada; o problema dessa conduta está no fato de que em uma crise psicótica o nível de sintomas paranoides é alto e a presença da polícia acarreta medo e insegurança ainda maior no doente que tem como único recurso o uso da violência àqueles que tentarem contê-lo. São inúmeros relatos de pacientes e familiares contra abusos da polícia nos casos de internação, alguns chegam a ser espancados e algemados.

O único CAPS que funciona dia e noite é o CAPS – AD, ou seja, específico para usuários de álcool e drogas, que também possui alguns leitos de internação temporária para desintoxicação. Os pacientes psiquiátricos encontram como único recurso o atendimento durante o dia nos CAPS - Maria Boneca ou no CAPS – Inácio Ferreira, a família deve acompanhá-lo após o término das atividades do serviço, porém muitas não possuem recursos, informações necessárias ou mesmo pouca disposição de tempo para acompanhar as situações de crise e recorrem aos pronto-atendimentos que encaminham a maioria diretamente ao Sanatório Espírita, já que existem poucos leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Os maiores problemas encontrados nos serviços de urgência, transporte e internação em hospitais gerais é a falta de preparo da equipe profissional que frequentemente não sabe lidar com as situações de crise, e também do próprio espaço físico que não comporta a convivência entre os pacientes em estado grave clínico com aqueles em crise psiquiátrica.

Na triagem do Sanatório a primeira dificuldade apresentada é o fato de o paciente ter que se despir e colocar uma roupa do hospital, esse procedimento é justificado pelo maior controle da entrada de drogas. Com aumento da demanda de dependentes químicos associada

à diminuição da demanda de doentes mentais; sendo que essa diminuição está diretamente associada ao processo de reabilitação de muitos pacientes que até então eram totalmente dependentes da instituição; levou o hospital, não só pelo processo de demanda, mas também para manter sua base financeira, abrir suas portas para a internação de usuários de álcool e drogas²³. O convívio entre as pessoas em sofrimento mental com os usuários de drogas é difícil, já que são comuns os abusos e violências praticados pelos dependentes químicos em relação à ingenuidade dos psicóticos.

Voltando a triagem, quando não é possível fazer a troca de roupa devida uma situação de agitação ou agressividade, o mesmo é transferido rapidamente às dependências internas do hospital. Quase sempre são os mesmos rostos, todos já os conhecem pelo nome e dizem: “Você de novo, ah não!” No interior do hospital existe outra vida, aqui eles são conhecidos e reconhecidos, visíveis por todos, muitos dizem que estar internado é como poder descansar um pouco, o chuveiro quente, a alimentação regrada, a cama e o cobertor para alguns é como o paraíso, querem estar ali, ganham peso e passado alguns dias começam a ajudar nas comissões de trabalho, sentem-se valorizados.

A função do hospital psiquiátrico vai além dos cuidados específicos de sintomas médicos, mas é responsável pelo acolhimento de tudo aquilo que sobra, é a última instância da medicina, da justiça e da assistência; refletindo assim, a consequência dos sofrimentos relacionados às situações de miséria, pobreza e dos distúrbios sociais. É o pronto-socorro provisório dos problemas, onde através da exclusão dá-se o tempo necessário ao respiro social seja nas ruas seja nas demais instituições.

A internação pelas leis da reforma é específica para o cuidado de crise e com a diminuição do tempo de permanência para no máximo 45 dias, ao melhorar o paciente deve receber alta; porém estas altas são acompanhadas por uma insuficiência se recursos em saúde mental, principalmente nos municípios de pequeno porte da região, além também da falta de informação ou iniciativa dos familiares e dos próprios pacientes em dar seguimento ao tratamento. Assim, a internação passa a ser recorrente, sustentando a lógica hospitalocêntrica através do fenômeno de “*revolving door*”, que segundo Rottelli (2001, p. 21), caracteriza-se por uma porta giratória que dificulta o processo de desinstitucionalização, mantendo a dependência e cronicidade.

²³ Existe atualmente uma unidade específica para quadros de alcoolismo e os dependentes químicos que são internados devem ter algum transtorno mental associado ou estar em surto psicótico. O tratamento para esses casos limita-se ao trabalho de desintoxicação.

Estar internado é, para muitos, sinônimo de proteção. A sensação de estar fora do sistema, fora de uma sociedade onde são estigmatizados como loucos, incapazes, preguiçosos, viciados e perigosos, mantém uma zona de conforto contra as exigências sociais, a condição de pobreza, às responsabilidades diante da família e dos cuidados necessários para manter uma casa. São esses entre os vários motivos que encorajam a recorrente internação.

Os serviços extra-hospitalares convivem com o Sanatório, mas não o substituí, esse território se faz necessário nessa região. Nele é preciso sustentar uma rotina segundo os moldes de uma instituição fechada, através de regras de convivência, controle das crises e limites necessários. O senso de limite para a pessoa em estado de confusão mental é extremamente importante, o terapeuta funciona como um ego-auxiliar, dando-lhe suporte para aquilo que foi perdido durante a crise. O problema não está na conduta de limite comportamental, mas de como isso é feito. Para uma negociação em estado de crise, envolve tempo e disponibilidade clínica de escuta e respeito, sendo assim, a medicação e a contenção deve ser feita em último caso, antes disso a crise pode ser controlada através do limite estabelecido no vínculo e diálogo terapêutico.

O profissional que trabalha diariamente em uma instituição psiquiátrica sente-se impotente, primeiro pela própria situação que envolve o sofrimento do paciente e segundo pelas dificuldades existentes entre a equipe e o ambiente de trabalho. A equipe deve estar em constante supervisão, o que Dr. Adroaldo sempre priorizava, desde a equipe técnica até o apoio, como o pessoal da manutenção e serviços gerais. Marazina (1989, p. 72) em seu texto sobre os trabalhadores da saúde mental, coloca que alguns agem de forma implicativa no trabalho tornando-se verdadeiros “messias”, colam-se aos loucos sejam nas suas misérias sejam nas formas de exclusão social, produzem sintomas, sentem-se marginalizados e desrespeitados, sustentando uma paranoia que impossibilita o diálogo e cristaliza uma conduta. Outros, já não demonstram iniciativa tornando sua resposta profissional mecanizada e distanciada.

Ocorre também, no interior do serviço, uma dificuldade de comunicação entre as gerações, os mais novos exigem supervisão e procuram uma possibilidade de questionamento institucional ou da própria prática clínica, mas são taxados de “idealistas”, já os mais velhos que esperam pela aposentadoria, são vistos como acomodados e detentores do saber pela experiência acumulada. Os mais velhos desestimulam frequentemente os mais jovens com falas já instituídas: “Eu já cansei, lutei muito, mas nada vai mudar, sempre foi assim, daqui um tempo você irá perceber!”

A possibilidade de mudança gera crises que muitas vezes são evitadas, questionar o saber psiquiátrico, “confessar” que não sabe sobre tudo, demonstrar os medos diante do trabalho, seria como estar em crise, ou seja, assemelhar-se a própria loucura. O trabalhador de saúde mental exige estar dotado de saúde e nunca de incertezas, assim assume frequentemente uma postura rígida e sistematizada que distancia a loucura evitando assim frustrações e impotências, essa postura aproxima-se daquilo que consideramos como uma conduta manicomial, onde se evita o contato afetivo com a dor do paciente e sua condição existencial, estruturando seu saber sob os limites da psiquiatria pura.

Porém não são todos que agem dessa forma, trabalhar diretamente com a loucura nos remete as nossas próprias crises internas, quando o profissional não consegue se distanciar evitando à loucura e suas próprias crises, é comum à crença megalomaniaca de que é o responsável pela melhora ou piora do paciente, assim, o problema torna-se um assunto quase que pessoal, onde ele é afetado diretamente e adoce quando não encontra parcerias para sua ação quase que milagrosa. O fato é que não existem fórmulas para o trabalho, essa pesquisa também está em busca de caminhos para a melhor ação.

A melhora do paciente, ou seja, a saída da crise está relacionada ao tempo psicológico da própria crise, muitas vezes a medicação torna-se um anestésico dos sintomas e acaba mais abafando do que tratando a crise. O uso de psicofármacos é necessário na sua manutenção, quando uma pessoa necessita de ser internada é porque sua situação já está totalmente fora de controle, o que é inevitável o uso de alta dosagem de medicamentos. A medicação afeta o corpo e pode trazer uma série de efeitos colaterais, como a sonolência, boca seca, constipação intestinal, tremores, até mesmo estados de impregnação onde o paciente tem dificuldade até de deglutição, sendo assim, o trabalho psicoterapêutico no hospital é bastante limitado, seja pelo momento de crise extrema onde fica difícil acionar os fragmentos saudáveis e conectar-se, seja pelos efeitos colaterais da medicação que deixa a pessoa indisposta para o diálogo.

Assim, trabalhar de forma sistematizada segundo os aparatos da clínica psicoterapêutica tradicional torna-se impossível no interior de um hospital psiquiátrico, o setting terapêutico pode ser na hora do banho, no momento de medicação ou no ócio na grama do jardim, assim o terapeuta agrupa ferramentas para o possível diálogo que nem sempre é através da linguagem verbal, mas também pela imagem e comunicação do corpo. Através da conexão com os códigos presentes no delírio, acontece o encontro, onde o tempo não é mais o tempo real e cronológico, mas uma viagem ao tempo da própria crise, sendo assim, é preciso deixar de ouvir o relógio e calendário interno que insiste em percorrer a memória de conhecimentos acumulados e tornar-se somente presente, embarcar no delírio e na confusão,

encontrar recursos que estão espalhados e estilhaçados, abraçar os medos e incertezas, vasculhar a vida e viver a morte, talvez seja apenas estar ali junto sem intenção de nada.

O tempo de internação muitas vezes não corresponde ao tempo necessário à remissão total da crise e nem ao trabalho produtivo junto à família e ao próprio paciente de orientação e preparação de alta. Mesmo se o tempo fosse talvez maior, o fato é que o paciente melhorando sua crise não suporta permanecer na instituição, quer rever a família, retornar às atividades e ao contato social, aqueles que não se incomodam com o hospital são os que já demonstram uma dependência institucional ou já estão em estado de cronicidade.

Sendo assim, o tempo cronológico institucional não está associado ao tempo da crise. Algumas famílias, mesmo já recebendo alta, não procuram retirar o parente, às vezes, a própria equipe tem que conduzi-lo até sua casa; já outras famílias fazem visitas diariamente e cobram dos profissionais a melhora do quadro, é preciso intervir constantemente junto aos familiares seja pelo abandono seja pela excessiva pressa em retirá-lo da internação. Mais uma vez o tempo da crise não está associado ao tempo necessário também à família de se reestruturar ou assimilar a internação.

O tempo do profissional ao atendê-los também se apresenta incoerente, a necessidade de fala, de serem ouvidos, mesmo em seus delírios são importantes, mas o profissional tem horário a cumprir, a pressa nas consultas, diante do número considerável de pacientes, e nos procedimentos técnicos, como na administração de medicação sem um diálogo *a priori*; aumenta a ansiedade de alguns, que se sentem inseguros e pouco respeitados. A decisão de alta ou permanência frequentemente é decidida pelo médico responsável, ficando sobre si as projeções negativas e um excesso de responsabilidade diante das angústias dos familiares e dos pacientes.

Para aqueles que não estão ansiosos pela alta, consideramos como institucionalizados, ainda são muitos e a equipe faz negociações constantes com as famílias para que passem o máximo de tempo fora da internação, mas geralmente esses familiares também estão adoecidos, com poucas condições de ampará-los ou encaminhá-los aos serviços alternativos. Um obstáculo comum diante dessas situações é o fato de a pessoa ter adquirido uma série de hábitos pelo próprio ambiente hospitalar, esses hábitos dificultam a adaptação nos serviços abertos e em casa, à maioria é extremamente impulsivo, não aceitando limites, com a prevalência de sintomas histriônicos associados à psicose, apresentam ganhos secundários ao assumir o papel de doente.

Para a melhor compreensão citarei dois exemplos: Márcia (nome fictício) iniciou sua doença quando ainda adolescente, desde as primeiras crises foi internada no Sanatório,

recebeu o diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica, caracterizando um discurso e um comportamento desorganizado, é comum assistirmos ela despir-se naturalmente no pátio, não possui iniciativa para os cuidados pessoais, os delírios e alucinações são frequentes, relata ver sangue escorrendo pelo braço e que vai morrer, usa adereços estranhos, com o afeto instável, ora sente amor e imediatamente muda para ódio em relação a alguém que aproxima, às vezes, mostra-se muito agressiva. A mãe já idosa e também adoecida não consegue lidar com a filha, diz que a mesma não lhe obedece. Foram feitas inúmeras tentativas de adaptação em CAPS, porém todas desastrosas, sempre muito agressiva e impulsiva causando um verdadeiro transtorno no serviço, alguns pacientes chegaram a extremos da rejeição: “Se ela vier tratar aqui, eu vou embora!”

O outro exemplo é Rodrigo (nome fictício), que também permanece longos períodos internado, foi diagnosticado com esquizofrenia, apresenta conduta impulsiva e desorganizada, também associada a delírios e alucinações, porém sua agressividade é voltada contra si, já foram inúmeras tentativas de suicídio e automutilação. As tentativas no CAPS também foram frustradas, a mãe relata não conseguir ficar com ele já que não permanece em casa, quando fora do hospital deambula pelas ruas dia e noite. Tem inúmeros comportamentos histéricos, faz cenas para chamar a atenção, finge estar desmaiando, ter um ataque ou morrendo, nas tentativas no CAPS afirma que vai ficar bonzinho, que vai se comportar, promete melhorar, quando passa o dia bem ao final pede reforços positivo da equipe, como uma criança desobediente; mas acaba atuando indo para o viaduto, colocando fogo na casa ou ameaçando se enforcar, reforçando o pedido de internação.

A imagem que temos dessas pessoas no hospital é de um corpo estereotipado. Chamo de estereotipia os gestos e hábitos repetitivos que são mantidos como estratégia de sobrevivência da doença para a permanência, quase asilar, nesse território fechado. Moffatt (1991, p. 23) afirma que as atitudes e deformações corporais constituem toda uma representação mímica de seu tema de delírio ou da somatização no caso das neuroses, diz ainda que esse conjunto de gestos pode ser chamado de “teatral”. Um sistema de códigos corporais que incluem os olhares cabisbaixos e ombros caídos do depressivo, o olhar desconfiado e comportamento arredio do paranoico, ou ainda, o olhar imperial e andar destemido do megalomaniaco; reflete assim, a comunicação não verbalizada, um limite imposto entre a realidade e seu próprio corpo enlouquecido, é também sua medida de proteção, seu mecanismo de defesa.

A linguagem, os gestos e os hábitos vão dando corpo a esse modelo a ser seguido. Em qualquer circunstância da vida exercemos papéis sociais, a pessoa ao ser internada perde os

papéis de pai, mãe, filho, profissional, irmão, vizinho, consumidor, para viver um único papel, que pode ser definitivo para o resto de sua vida caso não seja devidamente cuidado, que é próprio papel de louco. O papel de louco caracteriza-se por uma série de trejeitos e desajustes comportamentais, o que se espera de um paciente psiquiátrico é esse conjunto de sintomas e para isso ele será encorajado pela própria forma tratamento, como por exemplo, tirar sua responsabilidade sobre determinadas atitudes, infantilizá-lo ou poupá-lo de limites evitando uma possível agressividade são condutas que reforçam ainda mais sua estereotipia.

Para o cuidado de crise, Moffat (1987, p. 127) nos esclarece sobre quatro etapas de tratamento: a contenção, a exploração, o projeto e a atividade. Na contenção é preciso que o terapeuta funcione como um ego-auxiliar, uma função quase maternal de sustentação; é necessário que ele use da própria transferência para conquistar o vínculo necessário ao primeiro contato, Pichon Rivière afirma que é preciso que *“alguém lhe segure seu medo”* para assim envolver-se nas angústias, identificar-se e conseguirem saírem juntos desse ciclo de desespero. Uma técnica possível neste momento é o enquadramento, através de um horário ou consultório para atendimento, porém no ambiente hospitalar como já havia dito anteriormente a construção desse espaço, muitas vezes não é possível, diante das situações emergenciais e interesse do próprio paciente. A contenção corporal em caso de agitação psicomotora ou agressividade vai desde a contenção química até um relaxamento induzido para diminuir a contração muscular, seja qual for à forma de manipulação do corpo, exige-se um contato direto e se deve ter em mente que seja feito da forma menos invasiva possível. Em La Borde na França utiliza-se um casulo que envolve todo o corpo da pessoa lembrando um útero que contém a insegurança e medo. O corpo em crise perde a percepção e consciência de limite do seu entorno, assim a contenção funciona no concreto trazendo a possibilidade da sensação e percepção de seu próprio corpo que vai se reestruturando através desse cuidado. Essa contenção corporal não tem a ver com equipamentos de aprisionamento, como camisas de força, amarrações ou coisas desse tipo, mas o uso do próprio corpo do terapeuta ou materiais que possibilitem o apoio confortável do corpo em crise.

A segunda etapa seria a exploração, para a exploração é necessário outro espaço e outro tempo, o autor nos dá o exemplo da construção de *“máquinas do tempo”* que vão compondo a própria história do paciente. Para se construir máquinas no cuidado da crise é necessário percorrer o passado, encontrar os fantasmas do imaginário; dirigir um sonho de futuro ou dramatizar sua cena temida; silenciar o presente, fórmulas para ajudar no percurso do tempo. Citarei um exemplo de intervenção na crise para compreendermos melhor essa etapa: quando abri a porta da unidade feminina ouvi um choro alto e desesperado que

ressoava do último quarto do corredor, apressei o passo e a encontrei, Márcia (nome fictício) estava ajoelhada no chão com o corpo debruçado sobre a cama apertando um cobertor enrolado, dizia que era sua mãe morta. A mãe é sua única cuidadora e já está idosa e adoecida, a cena temida era a morte da genitora e seu conseqüente abandono. Aproximei e embarquei com ela no delírio, carreguei o corpo-cobertor da mãe morta até a área externa da unidade, era um dia de Sol e assim podíamos conversar à luz e respirar, conversamos sobre sua mãe, fizemos orações e encenamos seu velório, abraçamos e nos apoiamos. Estava ali com ela, essa era sua única garantia, falamos sobre seus medos e de repente começamos a rir, brincamos com o cobertor que já não era mais o corpo da mãe morta, mas um pano que foi tornando-se um pássaro, a cena terminou quando voávamos juntas pelo pátio com o cobertor em asas como duas crianças. A criança saudável destemida e o adulto angustiado ligam-se na construção dramática da máquina do tempo, para um melhor enfrentamento dos medos e fragilidades.

Na exploração entra-se em contato com tudo àquilo que compõe a história cronológica que foi sendo rompido com a crise, é preciso identificar cada pedaço desse imenso quebra-cabeça para assim conseguir caminhar para a terceira etapa, que Moffat nomeia como o projeto; aqui temos a montagem do quebra-cabeça. O paciente só consegue sair da crise quando ele sabe quem é, que sentido tem sua vida, qual é a sua história. A função do terapeuta é de nomear através da fala as possibilidades de articulação das partes, para assim ele eleger alguma das alternativas como síntese das contradições no seu diálogo interno. O terapeuta atua como uma testemunha esclarecedora a partir do espaço da cultura. A escolha do futuro que seja possível realizar exige um longo trabalho psicoterapêutico, por isso, é importante que a pessoa dê continuidade ao tratamento após a internação.

A quarta, sendo a última etapa, é realizada quando a pessoa já se encontra de alta e fora do ambiente hospitalar, é o momento de execução onde é possível a ação diante do levantamento de desejos e da imaginação criativa que foi planejada na etapa anterior, caso não consiga encontrar espaços para a atividade corre-se o risco de uma recaída ou do retorno ao ciclo neurótico, permanecendo de forma defensiva no papel de doente, produzindo sintomas que impossibilite o enfrentamento da vida real. A cura é a possibilidade de mudança, isso traz angústias, o tempo para todo esse processo é singular, não sendo o tempo do terapeuta, nem o tempo de internação, nem o tempo da família, mas o tempo da própria estrutura psíquica de cada um, forçar um avanço ou subestimar a iniciativa pode influenciar negativamente na melhora da pessoa.

Entre os muros do Sanatório pude encontrar pessoas, ao lado dos profissionais correndo de um lado para outro, percorrendo as unidades e os corredores, socorrendo incêndios e mantendo negociações permanentes. Ao lado dos internos, diálogos, aconchego e trocas, possibilidades que jamais poderia encontrar fora dos muros, nenhum dia era como o outro, sempre uma surpresa, sempre um novo desafio. Ao lado das famílias encorajando e também se irritando seja com suas negligências, seja pelos excessos de proteção, dividindo um pouco das responsabilidades e planejando junto à melhor forma de acompanhamento. Ao lado da memória de Dr. Inácio, Dona Modesto, Manuel Roberto e Dr. Adroaldo o respeito pelos anos dedicados a luta pela melhora e cura de seus pacientes, compreendendo melhor cada momento vivido ali, com as características próprias de cada época e com a inspiração para continuar procurando novos caminhos.

Que o hospital psiquiátrico é o lugar de exclusão máxima, de segregação e manutenção da lógica manicomial, isso todos já sabemos, mas o que fazer quando estamos dentro dele? Se esse território ainda se faz necessário é preciso voltar a pensá-lo, mesmo diante das inúmeras críticas em relação aos modelos de reforma implantados que apesar de terem sido revolucionários, sabemos hoje, que a maioria se rendeu à mercantilização da loucura e domínio do modelo biomédico. Como, então, superar esses limites? Como tornar o território fechado um ambiente de mais proteção do que de exclusão? Percebo a necessidade de questionamento constante das práticas terapêuticas em seu interior, derrubar os muros internos existentes em cada profissional é talvez o maior desafio. Quando o hospital permanece distante das discussões que envolvem o movimento da luta antimanicomial e dos serviços em saúde mental, perde-se na possibilidade de construção de redes que possam integrar e se apoiar mutuamente. São inúmeros desafios, mas com inúmeras saídas possíveis para trazer vida necessária ao casulo, que engole, que repete, que contorce, que às vezes, não quer mudar, quer permanecer quieto e acomodado; mas que gera também vida, gera atividade e desejos, criar condições de saída seja da crise psíquica, seja da crise institucional é o mais desesperador, mas também o mais libertador.

TERCEIRA PARTE

TERRITÓRIO EM TRANSIÇÃO

O renascimento de Maria Boneca

As lembranças da figura de Maria Boneca nas ruas de Uberaba inspirava o questionamento de um grupo de alunos do curso de psicologia ao tentarem compreender o porquê a loucura estava enclausurada em hospícios, onde foi que se construiu a crença de que ela deveria sempre ser excluída e tratada exclusivamente em um território fechado. O curso de psicologia na década de 80 caracterizava-se por um enfoque sistemático na abordagem psicanalítica, falava-se muito pouco sobre o tratamento da psicose, enfocando o estudo e prática de estágios no tratamento apenas das neuroses.

Assim esse mesmo grupo de estudantes formou um Núcleo de Defesa da Saúde Mental (NUDESAM) que se caracterizava pelo estudo e acompanhamento dos processos de reforma psiquiátrica. Sentiam-se amplamente afetados pela experiência italiana da Psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia, onde influenciado pelos estudos de Michel Foucault e Erving Goffman, dirigia seu combate à psiquiatria que deveria ser negada para só assim formular uma prática e um pensamento voltados para as idéias de superação manicomial. Segundo Amarante (2007, p. 56) o termo manicomial era entendido não somente como um espaço físico, mas por toda uma lógica que envolvia saberes e práticas que fundamentavam a necessidade de isolamento, segregação e patologização da loucura, entendida aqui como uma experiência humana.

Na reforma italiana de Trieste, foram criados dispositivos e serviços que realmente funcionassem na substituição completa dos hospitais psiquiátricos; com o fechamento gradual dos leitos hospitalares, os pacientes eram encaminhados e cuidados pelos Centros de Saúde Mental. Existia um conceito amplo que formava a base da prática substitutiva que era a “*tomada de responsabilidade*”. Essa responsabilidade passava pelas mãos de todos, desde os profissionais até a família e a própria comunidade circunscrita naquele território específico, à inclusão deveria ser realizada por completo desde a criação de cooperativas de trabalho até residências para os ex-internos que passavam a habitar a cidade.

Assim, influenciados por essas experiências e estudos, o NUDESAM atuou com o apoio da professora Eliane Cordeiro, na comunidade rural do “Capão da Onça”, atual Rulfinópolis. Segundo Maria de Fátima lá existia um hospital psiquiátrico com estrutura pequena, mas que comportava um número grande de internos, o grupo aproximou daquela comunidade para estudar qual seria o imaginário que a mesma tinha em relação à loucura. Havia, na época, uma população considerável de espíritas e também leigos que compreendiam que a loucura seria uma doença dos nervos ou fenômeno de possessão espiritual, a crença arcaica por um lado limitava o entendimento, mas por outro favorecia a convivência com os mesmos por não estigmatiza-la e não defini-la como doença mental.

Já formado esse grupo de psicólogos decidiram abrir um Centro Comunitário de Psicologia em 1980, inspirados no desejo de outro modelo de tratamento para os doentes mentais; participaram do projeto Maria de Fátima Oliveira, Elza Maria Carleto, Maria Tereza Rodrigues da Cunha, Irene Ferreira do Amaral Oliveira, Antônio Luiz Speridião Alves, Odila Maria Fernandes Braga e Conceição Aparecida Rezende. O trabalho estava focado na autogestão, utilizando das ferramentas de Assembleia e Grupos que integravam todos os clientes e terapeutas, possibilitando uma negociação constante na forma mais horizontal possível; para a manutenção de seu funcionamento foi decidido que cada usuário iria contribuir com 10% da renda familiar, o salário de cada terapeuta era baseado na média de produção de cada mês. Porém a cultura na cidade na época, segundo Elza Carleto, estava ainda voltada ao modelo hospitalocêntrico, eram poucos encaminhamentos para a clínica, alguns psicanalistas encaminhavam os casos de psicose, mas seria necessário todo um processo de sensibilização social e política para a adoção de medidas de inclusão, com a falta de apoio em diversas instâncias o projeto perdeu suas forças e foi temporariamente abandonado, em 1986.

A maioria dos profissionais foi convidada a integrar o serviço de saúde mental da prefeitura, trabalhavam em creches, asilos e cadeia, Elza Carleto relata que atendia psicóticos graves com pouca estrutura, já que não existiam consultórios de psicologia nos espaços de atendimento de saúde, chegou a atender até mesmo na cozinha, eram acolhidos na tentativa de não serem transferidos para outras cidades, já que o Sanatório muitas vezes não comportava a demanda. Porém foram demitidos subitamente, talvez pela ousadia ou por falta de compreensão dos responsáveis políticos da época. Maria de Fátima e Odila Braga foram trabalhar para o Estado e Elza Carleto mudou-se para Roraima. Maria de Fátima relata que esse momento foi importante na aquisição de experiências em diversos municípios onde foi possível atuar diretamente nos encontros e implantação da reforma psiquiátrica.

Aproximadamente em 1985, Maria de Fátima teve seu primeiro encontro com o professor Gregorio F. Baremlitt, antes já havia lido alguns de seus textos, decidindo que gostaria de fazer sua análise pessoal com o mesmo, nesse momento também aproximou mais intensamente da filosofia de Gilles Deleuze e Félix Guattari. Em 1990 o antigo grupo se reencontrou e decidiram, após conhecerem algumas experiências no Brasil de serviços substitutivos, que iriam retomar o projeto, já que naquele momento já havia políticas de financiamento para os modelos alternativos na saúde mental. No governo de Fernando Collor, Elza Carleto veio transferida por determinação federal para Uberaba passando a trabalhar pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. Assim, em 1991 abriram novamente uma clínica na Rua João Caetano e desta vez com dinheiro próprio, cada um doou uma quantia para a abertura da casa, o médico psiquiatra Dr. Jorge Bichueti integrou à equipe contribuindo também. Os primeiros usuários foram chegando, eram moradores de rua e oriundos do Sanatório Espírita; através da parceria com o diretor clínico Dr. Adroaldo que compartilhava com o modelo de reabilitação psicossocial, o hospital passou a encaminhar seus pacientes.

Elza Carleto afirma que foi o melhor momento do projeto, onde existia um trabalho real de militância política, era também o momento de pesquisa e aprendizagem, onde se priorizava um bom acolhimento e a possibilidade de convivência com a loucura da forma mais livre possível. Relata que nos momentos de crise aguda dos usuários, eram amparados na casa dos próprios terapeutas, já que alguns não tinham família. As práticas clínicas baseavam-se em experimentações e na associação de diversas abordagens não só da psicologia, mas da arte, das terapias corporais, entre outras; além da dedicação intensa nas negociações com as famílias e sociedade no processo de inserção social dos seus usuários.

Dr. Jorge Bichueti relata que o projeto inicial da clínica estava ligado ao Movimento Instituinte²⁴, priorizando a auto-análise e autogestão em suas diversas práticas coletivas, a Assembleia era o momento de participação de todos com decisão majoritária para as soluções do dia-a-dia na casa. Mais que um lugar de tratamento era um lar, com inspiração nos modelos de Santos e do Instituto A Casa de São Paulo, a clínica instaurava um clima de transversalidade e cuidado múltiplo aos psicóticos graves.

²⁴ Entende-se por Movimento Instituinte um leque de tendências que propõe a auto-análise e autogestão nas comunidades. Ou seja, que as próprias comunidades enquanto grupo seja protagonista de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, que possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber e trabalhar acerca da sua vida. (Baremlitt, 2002, p. 17).

Com o apoio de diversos parceiros a casa definiu seu estatuto passando a ser chamada em 17 de julho de 1991, de Fundação Gregorio F. Baremlitt, em homenagem ao seu supervisor institucional, foi referida também com o nome de “Krisis”. A proposta inicial de uma Fundação estava ligada a possibilidade de integrar propostas de projetos dos profissionais ali inseridos e atingir uma capitação de recursos independente do poder público. O atendimento às pessoas em sofrimento mental era realizado até às 15 horas e a partir das 16 horas o espaço era utilizado para os consultórios particulares, através dessa renda e dos trabalhos extras era possível cotizar o aluguel e as contas básicas da clínica, os primeiros anos de funcionamento contou com a colaboração solidária de muitas pessoas que trabalharam arduamente, sem muito ou nenhum retorno financeiro.

Manifesto KRISIS (17 de julho de 1991)

Inauguração da Fundação Gregorio F. Baremlitt

KRISIS é uma tentativa de se inspirar na ótica da positividade e se inscrever numa rede significativamente mais ampla, que afeta o pensamento atual. Isto implica num novo reenquadramento de valores éticos, em que segundos vem dar um novo tom aos primeiros, gerando uma profunda mudança no olhar e no fazer.

Essa postura tem seu norte na diversidade; é o fruto de uma complexidade teórico-prática. Nesse sentido, entendemos como uma necessidade abrir-nos a produção cultural contemporânea, não nos limitando aos discursos específicos, o que significa que outros saberes podem e devem concorrer para gestar nossa singularidade. Interessa-nos conviver e oxigenar-nos, por exemplo, com uma corrente de produção filosófica, hoje resgatada – Epicúrio, Heráclito, Nietzsche, Deleuze e Guattari; o Movimento Institucionalista, cuja maior contribuição advém de diversas práticas terapêuticas e pedagógicas: contribuições literárias, com muitas outras.

É dentro dessa ótica que queremos pensar esse acontecimento a que chamamos “crise”. O termo crise, no seu sentido mais amplo, significa ruptura, conflito, luta. Em suas raízes gregas, KRISIS exprime “uma desconformidade estrutural entre um processo e o seu primeiro regulador, podendo tratar-se desde um fenômeno físico até implicações das relações éticas” (cf. prof. Hélio Jaguaribe). Chamaremos também de crise os estados de desarraigamento provenientes da desterritorialização, seja nos meridianos espaciais, sejam nos sócio-emocionais.

“Toda crise será a maneira de viver o período de trânsito entre um território já impossível e outro ainda inviável de ser habitado. Como a vida do sujeito continua transcorrendo em algum lugar, chamaremos “terra de ninguém” a essa residência fora do tempo e espaço consensual, residência na qual a existência do sujeito já não se enquadra no lugar em que coincida e ainda não, coincide com o lugar em que está” (Nietzsche).

À medida que nos descentramos, em que transitamos por esta “terra de ninguém”, numa tentativa de nada exclui, portanto, de nos deixarmos afetar por tudo o que é

problemático e estranho na existência, assim transmutamos nosso fazer. Assim nos pensamos, provisoriamente....

Em 1994, firmou-se um convênio com o INAMPS (Instituto Nacional de assistência médica e previdência social), o financiamento vinha pelo Estado e era dividido com a APAE (Associação de pais e amigos dos excepcionais) que cuidava de deficientes mentais. Quando o governo passa a financiar a clínica, traz com ele uma série de comandos que acabam burocratizando o serviço, assim, segundo Elza Carleto, o trabalho passou a ser infectado por aquilo que chamamos de “serviço público”, caindo um pouco à qualidade do atendimento que era realizado anteriormente. Esse fato estava associado à existência de uma tabela básica do número de atendimentos e profissionais necessários, o financiamento cobria apenas a parcela de 22 usuários, porém a clínica sempre trabalhou excedendo esse número, trazendo uma consequente dívida permanente para a casa, mesmo associada à doação de dinheiro concomitante dos próprios profissionais.

Com o crescimento constante da demanda, foi necessário alugar uma casa maior, na Avenida Odilon Fernandes, a vigilância sanitária também já estabelecia regras na composição do espaço que a antiga casa não comportava; com o convênio foi necessário também assinar as carteiras de trabalho dos profissionais, uma série de mudanças ocorreram, independente da proposta inicial, que a instituição teve que acatar devido o financiamento governamental. O projeto de tratamento e reabilitação psicossocial recebe a definição de NAPS - Maria Boneca (Núcleo de Atenção Psicossocial). Na época a casa era construída por um médico psiquiatra, um enfermeiro, cinco psicólogos e uma pedagoga.

Com a regulamentação da portaria MS 336 de 2002, o NAPS passa a ser definido como CAPS I, por estar em área física específica e ser independente de qualquer estrutura física hospitalar. Funcionando os cinco dias úteis, em dois turnos, com os regimes de intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. A estrutura de atendimentos está baseada em procedimentos e uma maior burocratização, assim, torna-se um espaço cada vez mais estriado e menos liso, com maior número de consultas seja médicas ou psicoterapêuticas, o profissional acaba saindo do espaço de convivência e permanecendo um tempo maior em consultórios. Dr. Jorge Bichuetti coloca que a especialidade é um dos maiores atravessamentos na saúde mental, ela segrega e traz riscos de incomunicabilidade e invenções coletivas.

O projeto Maria Boneca construiu seus pilares a partir de algumas características básicas: diversas oficinas terapêuticas que ocorrem mutuamente sejam manuais, corporais e cognitivas, onde se possa estimular o contato, o raciocínio e a expressão de sentimentos; e a convivência, onde um ou mais terapeutas permanecem circulando e agenciando modos de cuidado, esse espaço cria um clima de atenção e continência nas crises ou emergências clínicas. Para Jorge Bichueti (2000, p. 71) a clínica da reabilitação é uma clínica intensiva, onde a terapia possa romper o enclausuramento, a repetição cristalizada e a própria morte social, assim a equipe terapêutica necessita da capacidade de animar, cuidar, impor limites, revitalizando sempre o próprio espaço e dele fazendo um espaço de convivência marcado por um máximo de transversalidade.

Essa portaria é mantida atualmente com a seguinte atribuição: os usuários em regime intensivo frequentam diariamente a clínica para o tratamento, reabilitação e proteção em situações de crise, geralmente são pessoas com vários anos de internação psiquiátrica em estado de cronicidade, ou em estado atual de crise aguda, à medida que ocorre a melhora dos mesmos eles passam para o semi-intensivo frequentando a clínica três vezes na semana. Os usuários que estão classificados como não-intensivo são àqueles já melhorados em condições de iniciar o processo de preparação de alta e reinserção social, desligando-se da clínica; mas para que o funcionamento desse sistema ocorra é necessário que exista uma rede integrada de saúde mental fora do território do CAPS, essa rede deve garantir o direito amplo à cidadania, reinserção se for possível ao trabalho, acompanhamento médico, psicológico e de assistência social em ambulatorios, entre outros.

Com a reforma psiquiátrica o repasse financeiro é reestruturado. O dinheiro que era utilizado na manutenção dos hospitais psiquiátricos, que foram diminuindo seus leitos ou fechados, teria pela forma da legislação, que ser repassado aos serviços substitutivos. Através dessa nova verba pública a prefeitura de Uberaba decide abrir um novo CAPS na cidade levando o nome do Dr. Inácio Ferreira. Assim, mais uma vez o CAPS-Maria Boneca absorve constantemente seus antigos usuários que não encontram apoio na rede, trabalha com o excedente e acumula dívidas. Atualmente a instituição chega a atender o dobro da demanda regulamentada, com aproximadamente 400 usuários e a necessidade constante de aumento da mão-de-obra, alimentação e medicações, assim a instituição luta constantemente pela sobrevivência, com ajuda de alguns parceiros.

O CAPS Maria Boneca tornou-se uma referência não só em Uberaba, mas também internacionalmente, junto aos projetos e eventos produzidos pela Fundação Gregorio F. Barembliitt. Ele traz em sua raiz os fundamentos da Análise Institucional e dos primeiros

movimentos da reforma psiquiátrica, sendo um espaço de aprendizagem, onde é possível encontrar muitos estagiários e profissionais. Gregorio Baremlitt em sua fala na comemoração dos 15 anos da instituição coloca que a relação da Fundação com a comunidade de Uberaba é um analisador interessantíssimo do imenso valor que a organização tem para a população local. O Bloco Maria Boneca abre por oito anos oficialmente o Carnaval da cidade, além de outros eventos que acontecem todos os anos na casa, como a famosa feijoada comemorativa e beneficente no inverno do cerrado.

A vida lá fora

O primeiro contato que tive com a Fundação foi em 1999, quando ainda no colegial fazíamos um trabalho para a FECON (Feira de ciências), o trabalho foi intitulado como “*A dialética da loucura*” e assim fomos conhecer o trabalho do CAPS Maria Boneca. Ao chegar naquele lugar, fiquei fascinada, era uma casa com diversos quadros nas paredes feitos pelos usuários, salas aconchegantes com poltronas, cozinha com livre acesso e pessoas bem interessantes. Dr. Jorge Bichuetti foi quem nos recebeu e desde então não consegui desligar mais da curiosidade em relação à loucura. Em pleno momento de decisão difícil por uma profissão, fiz a opção pela Psicologia, persistindo no interesse pela compreensão da loucura.

Foram vários encontros e desencontros com a Fundação, praticamente toda a minha formação foi lá dentro, onde pude aproximar de um saber sobre a loucura na forma dos direitos humanos, da perspectiva da inclusão social e da possibilidade de convivência afetiva com a mesma. Fazia um pouco de tudo lá dentro e sempre voluntária, nunca estagiei lá, sempre estive com eles por escolha e desejo, ao final do curso de graduação desenvolvi um grupo de psicodrama e apresentei como trabalho de conclusão. Nessa época chamava a atenção como aquele território era permissivo e livre, com mais ou menos 150 usuários, o contato entre a equipe e eles era próximo, inventivo e entusiasta.

Lembro muito bem do cheiro daquela casa, era cheiro de madeira tratada, devido os móveis de madeira e as grandes portas das salas, era extremamente agradável poder estar ali. Porém sofremos um desencontro, quando fui contratada por 40 horas para trabalhar no Sanatório Espírita de Uberaba, já não podia conciliar o trabalho voluntário na Fundação, mas sempre que tinha uma brecha de tempo, voltava a casa e podia novamente sentir seu movimento que me encorajava.

Com a diminuição do horário do hospital, fui então contratada pela Fundação em agosto de 2007. Permanecia meio período no CAPS e à tarde entrava no Sanatório. Assim pude vivenciar junto aos usuários as transições entre esses dois territórios, quando o usuário saía de alta do hospital já o recebia na Fundação. A referência de um profissional no serviço aberto para eles proporcionava uma maior segurança e vínculo institucional; para mim a

possibilidade de enfrentamento junto às crises e do caminhar na reabilitação, conhecendo melhor a realidade fora do ambiente protegido da internação.

Foi um período rico de experiências e práticas, conhecia muitos usuários da região, articulava os cuidados e inventava maneiras de desinstitucionalização com o apoio do CAPS. Porém a difícil tarefa de enfrentamento nos inúmeros entraves no hospital, fez com que o sentimento de impotência fosse mais forte do que a coragem de construção, assim a Fundação observando meu corpo cansado fez a proposta de contrato por 40 horas e conseqüentemente pedi a demissão do Sanatório em janeiro de 2008. Foi um momento de transição difícil, sempre que podia ia ao hospital rever alguns usuários, até que fui desligando e mantendo a atenção focada ao trabalho no serviço aberto.

Sobre essa transição e a experiência acumulada nesses anos no CAPS Maria Boneca, farei um percurso implicativo, utilizarei como apoio a narrativa literária, ilustrando as facetas de uma prática instável no acompanhamento da loucura, a partir de um lugar entre o fechado e o aberto; entre a crise e a reabilitação; entre a dependência e a autonomia; entre a institucionalização, a transinstitucionalização e a desinstitucionalização, que acredito serem movimentos independentes de territórios espaciais e de constante enfrentamento no cuidado na saúde mental, que irei discutir mais adiante.

A saída do casulo traz imediatamente um sentimento de insegurança, um medo de enfrentamento da vida lá fora. O que irão pensar agora que já é um louco? Não qualquer desviante que, às vezes, deixava escapar um impulso, xingamento ou esquisitice, mas um louco de pedra, que esteve até internado em Sanatório. Por que louco de Sanatório é diferente: é aquele que dá medo, que já não tem mais jeito, que já perdeu as estribeiras, que padece e não serve para mais nada, que é impossível de convivência, que dá dó, que a família sofre e que dá muito trabalho; a pessoa que se tornou um fardo e que a sociedade agora tem obrigação de carregar. Nada melhor que um lugar aqui fora que possa ampará-lo, tem gente que gosta de cuidar de doido, talvez possa ficar com ele o maior tempo possível e assim deixar a família respirar.

É com esse peso que ela desce as escadarias do hospital, de braços cruzados com o cunhado bêbado, já que sua irmã não pôde vir busca-la, estava cuidando das crianças, inclusive da sua que deixou desamparada por causa da súbita loucura, paralisou a vida aqui fora e dentro de si, já não sabe nem quanto tempo se passou e se ainda terá um quarto ou cama para dormir. Ao chegar à casa que já não é a sua, pois o aluguel vencido forçou o despejo,

encontra suas coisas entulhadas no fundo cobertas por uma lona preta, a filha Mariinha dormindo no colchão jogado ao chão, divide espaço com os três primos que esparramaram roupas e brinquedos por todos os lados. Acorda a menina e tenta abraça-la, mas as mãos trêmulas e o corpo duro pela impregnação medicamentosa a impede, apenas surge um sorriso sem graça no canto da boca que baba em cima dos cabelos encaracolados da menina, a filha pareceu crescida e mais madura.

A irmã diz que já marcou o médico, não pergunta muito sobre sua internação, mas parece preocupada, mana de fibra e poucas palavras, cuidou do pai até a morte, sempre foi o esteio da família, sente-se aliviada de estar sob seus cuidados. Porém o alívio logo passa, ao perceber a situação miserável em que a família se encontra, percebe que se tornou um fardo, sem dinheiro, inicia um período longo de dependência da irmã que trabalha como faxineira, o marido faz bicos de pintor quando aparece, intercalando o trabalho com a cachaça, abusa da bebida fugindo da pobreza e traumas passados, atrasando os serviços e perdendo o apoio de amigos que tentam ajudá-lo. Vê a irmã sempre nervosa e agressiva com os filhos, o mais velho trabalha como ajudante de obra, o do meio resiste em ir para a escola e fica o dia todo na rua aprendendo o que não se deve, o mais novo vai à escola com sua filha que tem mais ou menos a mesma idade. Assim vão levando a vida, mas agora com mais um problema, uma pessoa doente que depende de remédios e não tem condições de trabalhar.

Angustuada chega ao CAPS, na sua primeira consulta, já na primeira oportunidade de conversa com a psicóloga, pergunta sobre os benefícios de auxílio doença, a terapeuta chega a se irritar, está mais preocupada com seu estado mental, quer investigar sua doença, mas a paciente insiste em falar sobre sua situação financeira. A terapeuta tenta acalmá-la e orienta sobre o plano terapêutico. O assistente social lhe chama para conhecer a casa, apresenta aos profissionais e aos cômodos, vê tudo como um filme, sente que está levitando, sem chão, sem território. Aproxima-se do posto de enfermagem e vê uma cor azul, é a camiseta do enfermeiro, ele não veste branco, ninguém veste branco, lembra-se de algumas imagens do hospital, sente o coração acelerar, palpita, quer sair pela boca, respira ofegante, desgruda da mão do moço e sai correndo rumo ao portão da frente, desta vez ninguém a segura, apenas alguns usuários vão até o portão e conversam com ela, dizem que no início tudo parece estranho e sem sentido, mas que a vida vai voltar a ter sua cor, que a página branca será inscrita e uma nova história irá iniciar.

De manhã bem cedo, antes das seis da matina, sua irmã a sacode, ela sente o corpo dolorido e está muito sonolenta, sem motivação quer permanecer deitada, mas a irmã insiste dizendo que deve ir para a clínica, ouve uma buzina de carro; é a Van que transporta os

usuários até o CAPS; não dá tempo de comer, nem tomar banho, nem escovar os dentes, sai vestindo a roupa e cambaleando, entra no carro. Os rostos na maioria são apáticos, alguns cochilam e o motorista, bem-humorado, faz gracinhas durante o trajeto, tem uma usuária que vai à frente dando as coordenadas: O fulano hoje não vai, não é dia dele! Depois de percorrerem muitos bairros, chegam à clínica e vão direto tomar o café.

Ela ainda se sente deslocada, sem apetite, a cozinheira insiste que alimente, lhe dá um copo de leite com café, não consegue deglutir direito, saliva muito e treme ao sustentar o copo, recebe ajuda de uma pessoa que não sabe se é funcionário ou paciente, aliás, fica muito confusa quanto a isso, todos se misturam. Não tem força para sustentar o próprio corpo, quer deitar, o enfermeiro diz que ela vai participar das oficinas, mas ela não quer, deita num canto atrás da casa, onde ninguém pode incomodar, onde pode ficar sozinha com seus pensamentos, volta a remoer antigas coisas, volta a se enclausurar.

Rapidamente é surpreendida por uma mulher que senta ao seu lado, acende um cigarro e lhe questiona se tem depressão, ela abre os olhos devagar e fecha novamente fingindo dormir, a mulher continua falando, conta que tem depressão e faz tratamento na clínica há dezoito anos, que já esteve internada no Sanatório treze vezes, ela abre os olhos e senta rapidamente, assusta-se e lhe pergunta: Dezoito anos? E ainda não está boa? A usuária ri e lhe diz que o problema de todos ali não tem cura e que ela deve aceitar que irá tomar remédios para o resto de sua vida. De repente uma súbita ansiedade toma conta de seu corpo, respira ofegante e sai correndo, quer sair dali, dessa vez uma psicóloga a aborda, abraça seu corpo, contendo sua dor e chama para entrar em uma sala.

As duas se olham, ela sente raiva do sorriso que vê na psicóloga cheirosa e bem vestida, a mulher lhe pergunta o que está acontecendo, ela abaixa a cabeça e começa a chorar, não quer falar, nem a conhece, diz que quer ver o médico, que precisa conversar com ele e saber quando terá alta e poderá voltar a trabalhar. A terapeuta começa uma longa fala de justificações, que o médico irá vê-la o mais rápido possível, mas que não está na hora dela pensar em alta e sim em fazer o tratamento, que ela não tem condições, no momento, de trabalhar. Nervosa pergunta se o seu problema tem cura, a psicóloga tenta acalmá-la, dizendo que não se pode saber agora, que ainda é cedo, mas que talvez ela possa ter uma boa melhora se tudo correr bem e aceitar a ajuda da clínica.

Alguém bate à porta, interrompendo a conversa, o enfermeiro diz que o médico quer vê-la, é transferida de uma sala para outra, tem dificuldades de se locomover, sente tonturas e a boca seca, queixa-se, rapidamente surge um copo com água fresca, trazido pela cozinheira que levanta seu rosto, enxugando suas lágrimas, dizendo que vai ficar boa. No consultório do

médico conversa, conta como foi sua internação e que precisa de dinheiro, que precisa voltar a trabalhar, ele explica sobre o tratamento, diz que é longo e irá ajuda-la a conseguir um benefício, chama o assistente social explicando o caso, ela respira aliviada.

Saindo do consultório um pouco melhor caminha até a varanda, todos estão dançando, mexendo o corpo, sente-se endurecida, imóvel, sem tônus e trêmula, uma pessoa lhe puxa pelo braço para dançar, ela nega, abaixa a cabeça e acende um cigarro. A psicóloga volta a aproximar, diz que será a responsável por ela na clínica, que tudo que precisar é só chama-la, sente-se protegida. Arrasta uma cadeira e se senta na roda com os usuários que não gostam da oficina, uma cortina de fumaça, fumam compulsivamente, um deles faz perguntas estranhas, parece um menino curioso, levanta, salta e bate palmas, ela se pega sorrindo depois de um longo tempo, comenta que ele é engraçado.

Chegada a hora do almoço, pesadelo, não sente fome, lembra-se do cano que passaram pelo seu esôfago, sabe que deve se alimentar, mas não consegue. A psicóloga aproxima com um prato de comida nas mãos e diz que irá ajuda-la, a cozinheira fez uma sopa para ficar mais fácil engolir, anima se alimentar, senta-se à mesa e a mulher lhe dá as colheres na boca, começa a pensar em Mariinha, lembra-se de quando fazia o aviãozinho convencendo a filha a comer, pensa: será que tem almoço em casa? Será que ela comeu hoje? Empurra a colher e nega se alimentar, a terapeuta a respeita, retirando o prato e ela começa a chorar.

Assim passam as horas, permanecendo inerte sentada próxima ao portão, ao lado de fora da grade pessoas caminham rapidamente, compromissos, trabalho e novidades, vidas que vê apenas como telespectadora, aguarda pelo próximo fio de esperança que lhe será dado, ali no CAPS é dada toda atenção, sua dor vira motivo de compaixão, mas lá fora ninguém se interessa, são cobranças, expectativas e poucos aplausos, chicotadas cotidianas de realidade.

A psicóloga a chama para pintar, as cores se embaralham, não tem iniciativa nem segurança para escolher, fazer pequenas escolhas, seja por qual pincel ou cor começar o desenho, tornou-se um grande problema; a insegurança persiste, olha a sua volta, estão rindo, riem, riem, estão rindo dela porque já não consegue fazer nada, perdeu suas capacidades, riem, riem, riem, todos estão olhando para ela, observam seu cabelo com fios brancos, suas unhas sem fazer, as pernas cabeludas e o jeito trêmulo de segurar o papel. As risadas vão se tornando mais altas e os olhos aproximando, grandes olhos que querem comê-la, rostos monstruosos querendo devorá-la. Subitamente levanta, voa no pescoço de um deles, enforca com toda a força que ainda lhe resta, gritos, chega um homem e uma mulher segura firme seu braço, a impede, ela cai no chão, chegam mais pessoas e a levantam do chão levando seu corpo imóvel para um dos cômodos da casa.

Na sala são muitos corpos que a contem, ela morde, enforca, unha, puxa os cabelos, mas não desistem, até que perde as forças e seu corpo amolece, eles a soltam, saem da sala, permanecendo apenas sua psicóloga e o enfermeiro. Ela já conhece essa história, vão agora picá-la de todas as formas, amarrá-la e isolá-la; mas dessa vez algo foi diferente, viu que estava sentada na poltrona com duas pessoas conversando e tentando acalmá-la, começou a contar sobre o medo e que todos estavam a perseguindo, eles pareciam entendê-la, escutavam seus delírios sem pressa, sem ansiedade.

O corpo já não tinha forças, mas a mente era bombardeava por ritornelos de paranóia, não conseguia reagir, entregava ao medo sentindo-se acuada, alucinações, comandos de ataque. Tampa os ouvidos, mas não adianta, as vozes perturbam alto com palavras amargas, morte, mate ou morra, continua agitada, começa a retomar suas forças, caminha de um lado para o outro, tenta fugir pela porta. Percebendo sua agitação, não há escolhas, é preciso medicá-la; a psicóloga pede ajuda e novamente mãos, mãos, mãos por todos os lados, seguram e sente uma picada de serpente nas nádegas. Não há com quem lutar já conseguiram mata-la, sente o corpo desfalecendo, chora e ri aliviada.

O alívio da loucura se dá por uma boa sonolência, assim a mente fica abobada, impossibilitada de pensar, a língua descansa e o corpo abandona qualquer força que resta. Acorda mais calma, o corpo está dolorido, esteve em uma guerra contra si mesma? Lembra-se de tudo, levanta e caminha olhando à volta envergonhada; pede desculpas para o homem que agrediu, diz que não é louca, mas que sofre de perturbações, ele a olha com receio, mas pergunta se melhorou, pega no seu braço e a puxa em direção ao portão da frente, a Van já havia chegado, entra no carro, respira, foi um dia longo, adormece no trajeto para casa.

Chegando a casa, Mariinha corre para abraça-la, quer que ela ajude a fazer os deveres da escola, mas não consegue falar com a filha que tanto tinha saudades, entra e desmonta no sofá. A irmã chega à tarde faz barulho ao entrar, quando a vê deitada irrita-se, no banheiro o lixo transborda de papel higiênico, na cozinha a pia junta até bicho exalando um cheiro insuportável, na sala tem de tudo um pouco espalhado, respira fundo, cansada e a sacode destemperada. Ela acorda gemendo, a irmã exige que levante, dizendo que precisa da ajuda, que está cansada. Senta-se e ouve as palavras prontas que saem da boca daquela mulher sofrida; um dia eram apenas crianças que corriam entre as árvores no quintal, lembra-se do pai severo que batia com borracha de pneu quando faziam alguma arte, a irmã era a mais esperta, fugia à noite para namorar, já ela era muito boba, tímida e sem graça, não fugia, nem tinha namorado, trabalhava muito em casa e sonhava em ser professora, gostava de estudar,

apesar de não ter conseguido completar o primeiro grau. Você está me ouvindo? Seus pensamentos são interrompidos.

A irmã não para de falar, juntando as coisas das crianças: a prima dela também tinha esses problemas aí de depressão, sabe o que curou ela? Começou a frequentar a Igreja e aí Deus fez um milagre na vida dela, você precisa deixar esses remédios e voltar a trabalhar, procurar uma religião, você nunca teve nada, sempre foi sadia, isso é da sua cabeça, aquela clínica que você está indo vai só piorar sua situação, você vai ficar igual àqueles doidos de lá...o som das palavras vão sumindo, distanciando cada vez mais, ela só vê a boca mexendo da irmã que espuma de raiva do marido que ainda não chegou do bar, sabe que ele vai chegar trazido pelos amigos, talvez até esteja machucado se envolveu em alguma briga, percebe que a irmã mudou muito, já não é àquela mulher de fibra, está em cacos assim como ela.

Sensibilizada com a irmã, levanta e tenta ajuda-la, vai até a cozinha e começa a lavar a louça, o que a irmã faria em dez minutos ela gasta uma hora, sem paciência a irmã lhe toma a bucha e o detergente, a empurra, dizendo que pode deixar se não ela vai acabar só amanhã. Decepcionada com si própria deita novamente sentindo-se impotente e inútil mais uma vez. O mais difícil é quando o desejo de mudança exige que se produza, mas o corpo não obedece, a vontade é imensa, mas o desânimo impede, procura forças em si, não sabendo como despertá-las, tudo fica pequeno e sem ar, pensa que talvez fosse melhor voltar para o hospital, assim não incomoda e pode permanecer em seu mundo solitário, vivendo vegetando a vida, sem grandes perspectivas.

Na manhã seguinte, a rotina lhe preenche a vida, sente que continua presa, seu casulo assume agora outra forma. A irmã a sacode e salta da cama cambaleando, não dormiu direito, o cunhado bêbado chegou tarde e fez muito barulho; a Van buzina, o motorista buzina só uma vez, não espera, corre para alcançar a visão de alguém dentro do carro, mas só vê a última roda que acabara de virar a esquina. A irmã atrasada para o trabalho, tendo que levar as crianças menores para escola, respira profundo, não tem dinheiro para o ônibus, nem para o mototaxi. Hoje não vai à clínica, logo ficará sem a medicação, passa o dia atormentada por pensamentos negativos; o sobrinho chega com uma turma de amigos e vão jogar videogame, não suporta o barulho da TV, caminha até o quarto, na entrada do cômodo vê no chão um enorme buraco, não pode passar, não pode atravessar, volta desesperada e conta aos meninos, todos riem dizendo que está louca, que não existe buraco, ansiosa escapa para a rua, grita apavorada já perturbada, os vizinhos saem reconhecendo sua loucura e lembrando-se da sua internação, as vozes não tem compaixão, entorpecem de medo.

Caminha rápido pela rua próxima a rodovia, as vozes determinam seu destino, nada poderá contê-la, chegando à beira de sua morte, passando rápidos os caminhões pesados, ao primeiro e último passo para a liberdade de si, seu sobrinho agarra seu braço, chegam muitas mãos e a impedem de se livrar definitivamente do medo de existir. Sirenes de polícia e SAMU carregam seu desatino para um ambiente limpo, protegido e branco, tudo branco, não tem forças, mais uma vez, medicação, sono e inércia.

Desperta só no outro dia lembra-se que tem uma filha, desespera, pensa em Mariinha, precisa continuar a tocar vida, levanta, entra na Van e chega ao CAPS, pede ajuda à psicóloga, deseja melhorar. Começa a participar de uma oficina terapêutica, movimenta seu corpo, alonga, respira e integra com os outros corpos, volta a sentir cheiros, toques e temperos, deixa a música preencher sua mente, que lhe dá uma trégua de alguns minutos, entrega-se e permite sair um pouco de seu mundo.

Começa a enxergar aquelas pessoas que estão ali, percebe que são únicas cada qual com seu jeito, com sua história, vê a sinceridade surgindo espontaneamente sem bloqueios, recebe ajuda e cuida, não sabe como, mas desperta em si o desejo de querer estar ali de verdade. A tortura de estar em tratamento deixa de ter um peso e começa a se tornar leve, até mesmo divertido, identifica-se com todos ali, compartilha e cria uma realidade possível nesse território.

A sensação de pertença e segurança possibilita novamente a construção de projetos de vida, assim começa a enxergar possibilidades que até então não se dava conta, aproxima-se da terapeuta ocupacional pedindo para participar de uma das oficinas de geração de renda, não é muito habilidosa com trabalhos manuais, mas existe uma que pode encaixar: a oficina de sabão artesanal. É recebida pelos outros integrantes que a colocam a par do funcionamento da mesma, ao final de cada mês sabe que terá um ganho de dinheiro, mesmo que seja pouco, mas através dele pode comprar o cigarro e produtos de higiene pessoal, isso já é um alívio na dependência familiar.

Resgatando um pouco de autonomia e dignidade, sai às ruas para vender o sabão, sente vergonha no início de estar se identificando como usuária do CAPS, mas as longas conversas nas oficinas de cidadania a educam para que possa enfrentar os preconceitos sociais e assim, vestir a camisa de loucos sim, mas *“loucos pela vida”*. Passa a compreender melhor sua história, constrói outra imagem de si, volta a interagir e abraçar a filha, certo dia até ajudou a penteá-la para ir à escola, as pequenas coisas, que são insignificantes para a maioria, para ela é superação e vitória, estar viva já é muito para quem um dia esteve à beira da morte.

Estar à margem é ver tudo de fora, ver coisas que para quem está dentro é normal e aceitável, mas preso à borda sente que tudo é falso, no início um complexo extremo de rejeição toma conta de sua mente, mas que depois vai deixando de sentir vergonha de si, assumindo sua vida como é e sempre foi; depois disso ela apenas ri das águas turbulentas e hostis da humanidade, vê que não pertence mesmo àquilo, que é diferente e pode finalmente se orgulhar *dessa*.

Em obras

Existe atualmente uma crise na grande maioria dos centros de atenção psicossocial; essa crise está ligada diretamente às práticas, às novas demandas, os poucos recursos financeiros e também a rede de atenção pouco estruturada ou em funcionamento precário. Estar em crise nos leva à compreensão de que algumas mudanças devem ocorrer, mas que estão sendo proteladas por diversos motivos, sejam eles de ordem interna que desfavorece os novos agenciamentos institucionais, sejam eles externos que atravessam e interrompem as mudanças necessárias.

Os anos 80 e 90 foram marcados por lutas e aberturas políticas para a invenção de ações que possibilitassem a melhora e inserção social das pessoas em sofrimento mental. Naquele momento havia uma demanda caracterizada por usuários em estado de cronicidade, com memórias gravadas dos anos de violência e isolamento nos hospícios. Para esses usuários, o trabalho no CAPS está focado no cuidado permanente, necessitam de um tratamento intensivo que gere movimentos em sua vida e que possa reabilitá-lo para estar em sociedade. Trejeitos, maneirismos, delírios bizarros, persistência de alucinações; uma série composta de estereotípias que caracterizavam a loucura sem deixar uma vírgula de dúvida em relação à patologia. Alguns extremamente carentes de afeto, regredidos e infantilizados, outros arredios e paranóicos; mas ambos necessitando de maternagem até para as atividades mais simples, como comer, vestir e se comportar em determinadas situações que exigem uma resposta social. O terapeuta sabe qual é o seu lugar, seu modo de operar, é necessário estar junto, caminhar lado a lado, acompanhar, ensiná-los novamente a viver aqui fora, conduzir e orientar, ajudar a família a recebê-lo novamente em casa, sensibilizar a sociedade, sair às ruas, protestar e militar por uma causa.

Todos, no início da luta antimanicomial, estavam engajados para um determinado fim, diminuir gradativamente os leitos em hospitais psiquiátricos até sua extinção completa, e conseqüentemente criar novos serviços que garantissem o cuidado a essas pessoas. Em 2004 foi aprovado pelo Ministério da Saúde um Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, assim o enfoque estratégico está na redução do peso assistencial dos

hospitais de maior porte, ou seja, aqueles que funcionam como verdadeiras cidades, chegando ao número de 600 leitos. Foi estabelecido, então, que a cada ano define-se uma porcentagem de redução de leitos para cada cidade ou região. Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (idealmente, até 160 leitos). Ao mesmo tempo, garantir que as reduções de leitos sejam planejadas, de modo a não provocar desassistência. Este processo, com ritmo pactuado entre os gestores do município e do estado, hospitais e controle social, deve incluir o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa²⁵.

Em maio de 2012 o secretário de atenção à saúde, Helvécio Magalhães, avalia que existem atualmente 1771 CAPS de diferentes modalidades e ainda restam cerca de 200 manicômios no país. O hospital garantiu a sobrevivência de inúmeros doentes, que foram depositados e assistidos na forma mais integral possível: recebiam teto, alimentação, vestimenta e banho, em situações na maioria precárias, mas concretas. Existia uma vida em seu interior, uma rotina, a saída desse território de forma brusca necessitava de um apoio também integral aqui de fora e para isso criou-se os CAPS.

Os primeiros profissionais que integraram o projeto do CAPS Maria Boneca eram militantes, trabalhavam em prol dessas pessoas em estado crítico de abandono, não existiam limites para a dedicação, eram agentes de uma construção importante a ser feita, vidas dependiam daquele lugar, teria de ser um lugar especial, onde a loucura seria abraçada e aceita nas suas diversas formas, estavam preparados e o mais importante: desejavam estar ali. Não importava a jornada de tempo do trabalho, ela se estendia para a própria vida dos primeiros combatentes da reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial era mais que uma luta política era sua luta pessoal.

É com esse coração grande e também, com seus terapeutas espíritas em sua maioria, que o Maria Boneca iniciou seu trabalho, assim, passaram inúmeros usuários aos seus cuidados, alguns já falecidos, mas lembrados em cada ação diária, nos exemplos dados nas

²⁵ Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

supervisões clínicas, nas atitudes diretivas diante da família, nos extremos contra a reinternação. As oficinas terapêuticas eram banhadas de músicas e poesias, nas oficinas de notícia e cidadania dada as informações em relação aos direitos humanos, nas passeatas microfone e debate, nos eventos culturais sintonia e colaboração de todos.

Os usuários representavam uma loucura simples, cotidiana, sem muitas surpresas, falas acaipiradas, histórias de vida na roça e no interior; abraços, ternura e sorrisos, uma ingenuidade nos encontros, um prazer nas pequenas e significantes conquistas. Ali se transformava em um espaço aberto ao lúdico, onde era possível encontrar com uma loucura miserável e de difícil acesso, mas ao mesmo tempo harmônica, onde se podia viajar em suas fantasias, descobrindo sua magia, onde era possível sonhá-la como uma inspiração para redescobrir a vida. As pessoas que trabalhavam ali estavam inteiramente conectadas às suas crises, medos e mudanças, situavam em um território de transição entre a razão e a loucura.

Ali parecia que Maria Boneca havia encontrado novamente a fuga de casa, era o lugar que espelhava a rua, que se podia novamente delirar, ninar e conquistar a liberdade. Podia ser ouvida e vista; ouvida nas terapias, oficinas e assembléias; visível na possibilidade de entrar e sair, permitindo-se fluir novamente, sentindo-se amparada para suas viagens, confiante que poderia ir, mas que teria onde voltar quando quisesse. Não estava presa em território fechado, nem solta em território público, mas vinculada a um território habitável e múltiplo.

O que ocorre é que, diante das possibilidades de reinserção na vida cotidiana, essas pessoas encontram inúmeros obstáculos. Os anos de isolamento trouxeram uma série de comportamentos inadequados e doenças da própria institucionalização. Sair da dependência é o maior desafio, conseguir novamente cuidar de si, arrumar sua cama, lavar a roupa, fazer um café, tarefas simples que há muitos anos não faziam, torna-se praticamente impossível. A confusão mental não desperta condições de organização externa, assim se faz necessário organizar a mente, para organizar o espaço, para só depois executar tarefas. Alguns conquistam sucesso já outros, por diversos motivos, persistem na relação de dependência.

O cuidado do CAPS favorece imensamente a reabilitação, mas por outro lado pode significar também seu maior veneno. Integrado ao CAPS, o projeto das Casas-lares para àqueles que perderam totalmente o vínculo familiar, também gera desafios. A conquista de autonomia necessita de tempo, persistência e muito trabalho; tendo das mães sociais ou cuidadoras o colo e cuidado em todos os aspectos, podemos trazer um processo ainda maior de acomodação. Superar a institucionalização é um desafio constante tanto dos equipamentos de moradia como dos CAPS. Rotteli (2001, p. 21) coloca que muitas vezes a desinstitucionalização é praticada como desospitalização, produzindo um processo de

abandono ou de transinstitucionalização, sendo assim, a saída do hospital não garante nada, quando o usuário coloca o pé na rua ou é transferido para um lar protegido, é que começa todo o processo de desinstitucionalização podendo ser longo ou talvez nunca conquistado.

Um fato importante interno a ser colocado é a própria dependência do terapeuta ao não conseguir se desvincular do usuário. O excesso de cuidado e afetividade traz um processo de sedução mútua, fazendo com que o doente não consiga recuperar-se. Ele não acredita que possa permanecer em casa, conviver com a solidão, que possa caminhar ou exercer atividades comuns e independentes da instituição, não se sente seguro, já que muitas vezes é alvo da própria ambivalência terapêutica, que produz um discurso de ação e reabilitação, mas que age de modo assistencialista.

É muito comum esse tipo de conduta principalmente em relação aos usuários mais antigos, permanecer em regime intensivo, fazendo com que a família não recupere os cuidados com o mesmo, faz com que a equipe sintam-se segura de que é especial e extremamente importante na vida dessas pessoas. Assim recupera-se o antigo sistema manicomial onde os profissionais não ajudam no encaminhamento extra-hospitalar e não se faz um preparo adequado para a alta, com o receio de que o hospital seja desnecessário, ocorrendo seu fechamento e conseqüente perda do trabalho. No CAPS esse sistema funciona de forma mais sutil, onde se cria a concepção de que sem a terapia, ou a medicação dada na boca, esse usuário poderá entrar em crise, ter uma recaída e voltar a internar, ou seja, todo o trabalho será perdido; isso pode demonstrar uma insuficiência do serviço e do próprio profissional que terá que lidar com o sentimento de impotência ou fracasso. Logo, para evitar a sensação de fracasso, conserva-se a dependência institucional.

A família também exerce uma pressão constante na equipe para não se responsabilizar pelo parente, quanto maior o tempo na instituição melhor para a ela, já que fica isenta de construir espaços de convivência com o mesmo. A família também pode boicotar o tratamento, quando fica responsável pela medicação nos finais de semana, inconscientemente ou até mesmo consciente não cumpre seu papel, fazendo com que o usuário chegue à clínica na segunda-feira desequilibrado e ainda mais dependente dos cuidados institucionais. Assim a equipe coloca que não se pode contar com a família sustentando o usuário próximo a ela. Nesse caso faz-se necessário um trabalho intenso com a família e com a própria equipe para desconstruir esse funcionamento que retroalimenta a institucionalização.

Percebemos essa situação quando ao se chegar aos CAPS, mesmo acontecendo muitas oficinas terapêuticas, percebemos que alguns usuários não participam, os chamamos “crônicos”, recusam estar em convivência social, permanecem deitados e isolados

reproduzindo comportamentos típicos de um doente institucionalizado, apresenta conduta de mendicância e ausência de iniciativa para a maior parte das atividades. Nos hospitais psiquiátricos é comum que o rádio esteja ligado todo o tempo, assim em alguns momentos encontramos internos que dançam no pátio; a música é uma forma de acionar esses usuários, se existem oficinas com dança e música percebemos que as chances de participarem aumentam, mas nas oficinas que requer habilidades manuais ou raciocínio eles recusam.

Para esses usuários foi criada, no Maria Boneca, a oficina de sabão artesanal pela terapeuta ocupacional, onde foi possível envolvê-los em uma tarefa simples, mas que gera uma série de atividades complementares, como embalar e até sair para vender os produtos, isso favorece o resgate na comunicação, discernimento, raciocínio e integração grupal. Outra forma que funciona muito é a possibilidade do acompanhamento terapêutico, onde é possível trabalhar individualmente sobre os comportamentos e direcionar novas habilidades.

Deixar os vícios do hospício é um desafio não só para os usuários, mas também para a equipe, a desmotivação em relação aos crônicos é nítida, com o tempo longo no CAPS, não ocorrendo grandes melhoras, os terapeutas vão desistindo e se voltando para os usuários recém-chegados que apresentam crises ou quadros de neurose que acabam necessitando de cuidados permanentes, demanda-se atendimento seja em relação à família seja em relação a seus próprios sofrimentos. Assim as condutas manicomiais de abandono e exclusão voltam a fazer parte da vida dessas pessoas.

Quanto maior for o número de usuários no CAPS, maior o risco de abandono dos crônicos, isso aumenta a imagem e reprodução do sistema manicomial e de institucionalização, assim o fato de estar em espaço aberto não garante a autonomia e reabilitação. A desinstitucionalização é algo extremamente complexo que requer uma construção constante de projetos, dependendo do desejo produtivo existente em cada usuário, familiar e também terapeuta.

Com o aumento das ofertas de psicoterapia e consultas médicas, o CAPS vai deixando de ser um território de convivência, já que os terapeutas estão envolvidos nos procedimentos específicos de cada área, permanecendo menos tempo junto aos usuários seja nas oficinas, alimentação ou rotina diária. Isso se dá pelo excesso de isolamento nas especialidades e pelo aumento da população interna, onde antes havia um terapeuta convivente para 30 usuários, hoje temos um terapeuta para 80 usuários, ficando praticamente impossível realizar um cuidado no coletivo e criar um clima de cooperação e interação entre todos. Assim o CAPS vai cada vez mais se tornando um ambulatório ao invés de ser um lugar de produção de vida.

O fator que agrava ainda mais é a rede externa ao CAPS ser desfavorável. Para diminuir o tempo de permanência institucional e acúmulo de pessoas, é necessária a integração em atividades na comunidade, elas variam desde um curso até uma atividade física, estar em convívio é importante para que os sintomas das doenças mentais diminuam. Em Uberaba hoje não existem Centros de Convivência, específico para a saúde mental, sendo assim no CAPS funcionam todas as atividades integradas de tratamento, cuidado de crise e reabilitação. Há programas nas Unidades Básicas de Saúde que poderiam recebê-los, mas ainda percebemos uma resistência dos profissionais que não tem vínculo nem interesse em se informar melhor sobre os cuidados com pessoas em sofrimento mental. Lucia (nome fictício), por exemplo, frequentava a clínica diariamente, participava de diversas oficinas terapêuticas e estando em melhores condições sugeri que ela diminuísse os dias para iniciar uma atividade no seu bairro, ela contou que existia um grupo de pessoas que faziam uma caminhada matinal e que tinha interesse em participar, procurou então a psicóloga da UBS que pediu um relatório nosso para libera-la, ela encaminhou o relatório, mas a psicóloga nunca a chamou.

O CAPS por ser um território de transição, é melhor que seja um lugar apenas de passagem, contar com os equipamentos na rede é difícil e traz muitos limites, assim faz-se necessário um projeto individual de preparo para estar em sociedade, infantilizar e superproteger não ajuda nesse processo. O funcionamento da instituição é um espelho do que acontece na sociedade, é preciso saber conviver com as diferenças, com as hierarquias e regras, colocar-se, ter segurança pessoal e determinação são características importantes para a socialização, assim o papel terapêutico está na apresentação de dados de realidade que utilizarão no cotidiano e os ajudarão a se restabelecer como cidadãos.

Estamos nos deparando constantemente até onde vai à verticalidade e a horizontalidade nas práticas de saúde mental. Qual o momento de aconchegar e o de impor limite. No início do projeto Maria Boneca acolhia-se tanto usuários com transtornos mentais como com dependências químicas, logo se percebeu que não era possível trabalhar com as duas demandas em um mesmo território, já que as condutas terapêuticas diferem em diversos aspectos. Para os dependentes químicos é necessária uma terapia comportamental diretiva e de limites, para assim lidar melhor com as manipulações e seduções persistentes. Bem diferente dos demais, que se deve acompanhar com mais cuidado, o terapeuta pode e deve expressar seus afetos para que ocorra uma maior sintonia com a psicose.

Criou-se assim, os CAPS-AD e os CAPS para separar essas demandas e facilitar o trabalho. Porém o que ocorre atualmente é um novo obstáculo, as doenças atuais são bem diferentes das esquizofrenias clássicas que era possível encontrarmos tanto nos hospitais

psiquiátricos como no início dos CAPS; hoje nos deparamos com estados patológicos que vão desde um transtorno de personalidade, como a histeria, o borderline ou as psicopatias, até as comorbidades entre psicoses, transtornos de humor e epilepsias. A equipe que até então estava focada na recuperação dos usuários crônicos tem que dividir atenção com demandas desconhecidas e de difícil manejo clínico.

A energia desperdiçada com atuações e excesso de demandas situacionais gera um desgaste grande na equipe: os atendimentos sem agenda são constantes, famílias apavoradas, pedidos de afastamento do trabalho, tentativas de suicídio, manipulações, conflitos entre usuários e terapeutas, situações de agressividade entre os usuários. O despreparo para lidar com situações tão diversas mostra que o CAPS não é nada mais que um reflexo da sociedade adoecida em que encontramos e que não encontra formas de lidar com esses estados limítrofes.

Assim, onde não se encontra apoio social, seja na convivência no ambiente de trabalho seja na relação familiar, gera-se demanda para os serviços de saúde mental. A oferta psiquiátrica é a grande beneficiadora de inúmeros estados de doenças mentais, o que poderia ser tratado como um momento de estresse, uma crise situacional ou um problema até mesmo social, sendo necessárias mudanças de hábitos, valores, psicoterapia ou assistência, remete-se rapidamente ao uso de psicofármacos que criam a ilusão de uma estabilidade na vida, sem sofrimentos.

Geralmente quando o usuário chega ao CAPS ele vem encaminhado de algum médico psiquiatra particular, algum serviço de unidade básica ou hospital psiquiátrico. Essa pessoa chega ao serviço, já medicada e com a crença repassada de que obterá sua melhora somente se for em CAPS. Porém o que ocorre é que ao se aproximar dos outros usuários e do espaço institucional, sente medo e insegurança, pois percebe que existem ali quadros mais graves e estados de cronicidade, cria-se, então, a ideia de que seu problema não tem solução, que está doente e dependerá do tratamento para sempre.

Cada vez mais o CAPS vai tornando na vida dessas pessoas uma fuga da realidade, o que deveria proporcionar a construção de uma reabilitação social, vai se tornando um lugar de acomodação e aquisição de benefícios ou ganhos secundários com a própria doença. Inicia-se com um sentimento de culpa por não estar trabalhando ou não conseguir exercer as atividades diárias normais, mas com o tempo esse sentimento vai desaparecendo e a pessoa aceita sua condição de doente. A negação e depois a aceitação são mecanismos próprios e presentes em qualquer situação de adoecimento, mas a etapa seguinte é que poderá ser crucial no prognóstico.

Ao aceitar a doença o usuário poderá gerar dois movimentos: um de luta pela vida e outro de desistência. A cronicidade não está intrínseca à doença, mas a singularidade de cada um; existem pessoas que são diagnosticadas com um transtorno de humor, fazem uso de medicação, frequentam o serviço de saúde, mas que não são consideradas crônicas, já que permanecem vivendo nas formas mais saudáveis possível, com qualidade de vida e inseridas na sociedade, algumas permanecem no trabalho ou exercem as atividades cotidianas normalmente, sem o sentimento de rejeição ou auto depreciação.

A cronicidade está ligada a persistência de sintomas secundários à doença. Esses sintomas caracterizam-se pela excessiva dependência, baixa autoestima, necessidade de obter ganhos ou atenção, desmotivação, falta de iniciativa, regressão, insegurança, resistência às mudanças e repetição de hábitos ou trejeitos desnecessários que podem se tornar, por exemplo, uma forma de estereotipia. Com esses usuários fica mais difícil trabalhar no sentido da desinstitucionalização.

A entrega ao adoecimento traz a possibilidade de não se responsabilizar pelas tarefas adultas cotidianas, sejam elas as mais simples. Estar doente traz uma série de bajulações que quando se está bem não temos; no caso das doenças mentais a situação não é passageira, a pessoa terá que aprender a lidar com seus principais sintomas, recaídas e necessidade de cuidados terapêuticos. O doente que desiste de lutar pela vida, continua recebendo essas atenções e isso o gratifica, esses cuidados externos podem vir da família e/ou da própria equipe de saúde. Assim pode ocorrer o boicote do tratamento, muitas vezes na carência de cuidados, ele deixa de fazer o uso adequado da medicação ou ingere bebidas alcoólicas, provocando uma recaída, passando assim, mais tempo sob proteção. Essas atitudes podem levar a pessoa a extremos como tentativas de autoextermínio, que após uma análise mais criteriosa percebemos que a intenção não era se matar, mas sim exigir cuidados especiais.

Esses sintomas secundários tornam-se verdadeiras doenças que se não tratadas no início podem levar a cronicidade e vícios insuperáveis. O trabalho com a família é fundamental nesses casos, a família tanto poderá ajudar quanto agravar o problema. Existe uma psicodinâmica familiar onde o doente poderá representar diferentes papéis: o de “bode expiatório”, ou seja, a família boicota o tratamento, evitando sua melhora, assim deixa de perceber suas limitações, colocando todos os problemas em cima do doente e o responsabilizando por todos os sofrimentos. É comum na prática clínica observarmos que quando o usuário inicia o processo de melhora outro membro da família é quem adoece; assim a família fará o possível para a doença permanecer localizada apenas nele.

O de “herói” que poderá atravessar tudo, recuperar e ainda voltar a sustentar toda a família como se nada tivesse acontecido, nesses casos a família fica inerte aguardando a melhora do doente, que se sente pressionado e agredido por não conseguir responder às expectativas. É comum a família também negligenciar o tratamento, negando a doença e retirando o mesmo dos cuidados terapêuticos. A família nesses casos demonstra um egoísmo, não se coloca no lugar da pessoa e é extremamente exigente com a mesma.

O de “coitadinho” que não consegue fazer nada e precisa de atenção constante. A família demonstra uma superproteção que provoca um adoecimento ainda maior. É comum que essa família permaneça muito presente no serviço de saúde, interfere constantemente nas decisões da equipe, prejudicando o vínculo terapêutico e o senso de limites; existe também o desejo inconsciente de permanência da doença para assim exercer o maior controle e domínio sobre o mesmo.

O de “abandonado” que a família simplesmente excluiu do convívio, é aquele que não é chamado para nenhuma festa ou evento familiar, que é lembrado apenas no início do mês em que o parente recebe seu dinheiro. Essa família não participa nem se interessa pelo tratamento, mas se algo está errado, ela culpa a equipe de saúde. Não aceita o doente e o esconde da comunidade.

Assim as reuniões familiares ajudam na reconstrução de uma psicodinâmica mais saudável para lidar com a pessoa adoecida. A família atravessa uma série de etapas desde o início do tratamento, foi culpada por anos nas entrelinhas dos discursos da saúde mental, mas também esteve apoiando as lutas e marchas pelos direitos humanos. Sofre também do mesmo abandono, de condições de vida difícil, de falta de preparo emocional e insuficiência de informações, responsabiliza-la talvez não seja o melhor caminho, pois sabemos que faz parte de um sistema social amplo em que vivemos, possui suas necessidades e também habilidades para compor a rede de apoio na saúde mental.

Assim como a família, a equipe de saúde também funciona como um grupo que opera estabelecendo diferentes papéis, o usuário também poderá incorporar os papéis citados anteriormente dentro da própria dinâmica institucional. Sendo assim a necessidade de supervisão clínica é constante, já que estamos lidando com conteúdos transferenciais que borbulham no cotidiano de uma clínica intensiva e difícil. Para isso, é necessário que cada um dos profissionais construa uma maturidade na inter-relação profissional, possibilitando diálogos abertos, favorecendo assim, novas construções na solução dos problemas.

Estar em grupo é desafiador, mas também uma forma potente de reabilitação. No sentido contrário do isolamento, segregação e especialidade; a clínica do CAPS funciona

totalmente na grupalidade. São inúmeros grupos que acontecem diariamente: oficinas terapêuticas, psicoterapias, consultas médicas; tudo funcionando coletivamente, assim se pode espelhar a sociedade, seus principais conflitos, medos e alegrias. Estar em grupo é estar vivo, desenvolver a colaboração solidária, o sentido de pertencimento, a identidade cultural, uma língua própria e participar das confraternizações diárias.

Um CAPS vivo é aquele que faz festa para tudo, que gera novidade, que atravessa as crises, que sabe de suas falhas, que renasce, que tropeça, escala altas montanhas, entorpece pela loucura, deixa-se levar, deprime, teme e recomeça. Não existe nada pronto nem definido, não se iludir com as leis estabelecidas e lutas já conquistadas, pois sem dúvida somos um coletivo em obras. Um território em constante construção, com agentes que mudam através dos tempos, com novas situações, desafios e surpresas, com permanente angústia de nada sabermos e uma busca ininterrupta de cuidar.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não é possível compreendermos um território sem deixar de considerar os processos históricos que permeiam sua organização e funcionamento, a loucura passou por várias representações sociais, desde uma figura cômica que faz a todos sorrir até o doente quase perverso que manipula para receber benefícios. A cada época e a cada território as relações determinam sua forma e característica de funcionamento social, a loucura emerge de um grupo e demonstra características de acordo com os próprios limites e adocimentos inerentes a sociedade.

Enquanto temos em Uberaba, uma cidade pacata, com uma população ainda pequena, é possível observar um tempo maior de convivência com a loucura, cada louco de rua recebe seu apelido, torna-se visível e reconhecido, a maioria sabe como lidar com seus delírios, possui uma rotina, frequenta lugares conhecidos e visita os amigos. A caridade é movida pelo desejo de cuidar e acolher a loucura, é quando se dá também a abertura do Sanatório Espírita e com ele a dedicação individualizada aos seus poucos pacientes, a crença do tratamento espiritual para a cura das doenças favorecia a aproximação entre os médicos, médiuns e loucos; existia um contato, autonomia e sensibilidade maior nos primeiros estudos e tratamentos relacionados ao sofrimento mental.

Os primeiros anos da Fundação também podem ser comparados a este tempo. Havia no início uma busca experimental para a construção da clínica da psicose, os ex-internos do hospital e moradores de rua eram acolhidos integralmente através da habilidade de quem cuida de um amigo querido. A dedicação mútua e ajuda entre os membros da equipe traziam uma convivência natural com os sofrimentos existentes seja da própria equipe seja dos usuários. Havia uma solidariedade e autonomia nas condutas terapêuticas que possibilitava a ousadia de inventar e produzir pensamentos, a loucura era reconhecida como figura inspiradora do fazer clínico.

Porém esses territórios sofreram transformações em diversas esferas, seja econômica, política, cultural, ética e social. O aumento da população, por exemplo, é um fator importante

na condição ambiental e de convivência, na rua dividindo o mesmo território, a loucura é marginalizada e exposta à violência; no hospital mesmo com a política de redução de leitos, observa-se o isolamento e ociosidade pela falta de ofertas ou insuficiência de oficinas, terapias coletivas e projetos de reinserção social; nos CAPS também ocorre o abandono e exclusão dos usuários em estado de maior cronicidade pela sobrecarga de demandas situacionais. As dificuldades econômicas também geram a precariedade dos serviços de saúde, o repasse financeiro não corresponde à necessidade atual, a demanda psiquiátrica aumenta, sobretudo nos serviços extra-hospitalares. A falta de incentivo político nas ações antimanicomiais também geram entraves que impossibilitam a formação de redes de apoio para o enfrentamento dos processos de institucionalização.

Diante dos inúmeros atravessamentos, a recuperação da cidadania torna-se cada vez mais uma luta de poucos, talvez até de um só, da própria pessoa em sofrimento. Com a redução nesses territórios da comunicação com as diferenças, dos agenciamentos coletivos e da construção solidária, os abismos nos encontros determinam uma falta de confiança grupal. Profissionais cada vez mais distanciados em suas especialidades, competitivos, sem objetivos claros e inseguros, demonstram uma dificuldade no trabalho em equipe, falta de disponibilidade na negociação com as famílias e usuários, além do pouco interesse em fazer uma auto-análise, o que torna hoje o trabalho no campo da saúde mental um problema ético.

Ético entendido para além do certo ou errado, do bonzinho ou carrasco, do capaz ou incapaz nas suas ações profissionais, mas de uma ética da própria vida. Não se trata de abraçar uma ideologia grupal ou estar amparado por princípios da caridade, tão comum nessa região; mas de abrir mão do que já está definido, de enxergar para além do que lhe é apresentado, de saber desistir, fracassar e se mostrar inútil, saber associar na forma mais horizontal possível, simplesmente estar junto quando não consegue mais estar sozinho. Talvez seja apenas inventar pequenas coisas e abandonar as grandes. Os grandes feitos já foram feitos agora o que resta é saudade, manutenção e trabalho, muito trabalho. Trabalho sem garantias, sem reconhecimento ou prestígios, um fazer que esteja na linha contrária de tudo que gera expectativas, ação diária, quase insignificante, aprender com a própria loucura que é possível viver de outro jeito através de outro tempo, dando outros gestos e com novos temperos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia básica:

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 117 p.
- BACCELLI, C. **O espiritismo em Uberaba**. Secretaria Municipal de educação e cultura e Prefeitura Municipal de Uberaba, 1987, 356 p.
- BAREMBLITT, G. (org.) **Grupos: teoria e técnica**. 4 edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986, 219 p.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª edição. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002, 212 p.
- BERGSON, H. *O Riso: ensaio sobre a significação do cômico*. Trad.: Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar editores S.A. 2ª edição, 1983. 101 p.
- BICHUETTI, J. (org.). **Poemas de vida**. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari/Fundação Gregorio F. Barembritt, 1999, 77 p.
- BICHUETTI, J. **Crisevida: outras lembranças**. Belo Horizonte: biblioteca do Instituto Félix Guattari, 2000, 176 p.
- BICHUETTI, J. **Lembranças da loucura**. Belo Horizonte: biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1999, 128 p.
- BILHARINHO, G. **Uberaba: dois séculos de história**. Uberaba: arquivo público de Uberaba, 2007, volume I e II.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999, 167 p.
- FERREIRA, I. **Psiquiatria em face da reencarnação**. São Paulo: Editora FEESP. 2001. 128 p.

- KARDEC, A. **Evangélico segundo o espiritismo**. Araras: Instituto de difusão espírita. 365ª edição, 2010, 275 p.
- MARAZINA, I. **Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura**. In: LANCETTI et al. Saúde e loucura. n.1. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MENDONÇA, J. **História de Uberaba**. Uberaba: Academia de letras do triângulo mineiro, bolsa de publicações do município de Uberaba, 2008, 275 p.
- MENEZES, B. (pseudônimo Max). **A loucura sob novo prisma: estudo psico-fisiológico**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, publicação original de 1920, 2012, 108 p.
- MOFFATT, A. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. Tradução: Paulo Esmanhoto. São Paulo: Cortez, 1991, 246 p.
- MOFFATT, A. **Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo**. Tradução: Beatriz Romano Tragtenberg. 3 edição. São Paulo: Cortez, 1987, 152 p.
- NABUT, J. **Coisas que me contaram, crônicas que escrevi**. Uberaba: Editora Vitória, 2009, 238 p.
- NICÁCIO, F. (org.). ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ª edição. São Paulo: editora Hucitec, 2001, 112 p.
- ROLNICK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina Editora da UFRGS, 2011, 246 p.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2003, 471 p.

Bibliografia complementar:

- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 2 e 3. Coordenação de tradução: Ana Lúcia de Oliveira. Rio de Janeiro: editora 34, 1996.
- _____ . **O que é filosofia?** Tradução: Bento Prado Jr. E Alberto Alonso Munoz. Rio de Janeiro: editora 34, 1992, 272 p.
- _____ & PARNET, C. **Diálogos**. Tradução: José Gabriel Cunha. Lisboa: Relógio D'água editores, 2004, 185 p.

- FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975, 99 p.
- _____. **História da loucura na idade clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 8ª edição, 2009, 543 p.
- _____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1987, 288 p.
- NIETZSCHE, F. **A genealogia da Moral**. Trad. Antônio Carlos Braga. São Paulo: editora Escala, 2007, 154 p.
- PELBART, P. **Da clausura do fora e ao fora da clausura: loucura e desrazão**. São Paulo: Iluminuras, 2ª edição, 2009, 240 p.
- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te corá Editora, 1999, 176 p.

Artigos:

- FERREIRA, Frederico. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998 – 2005**. Secretaria de Planejamento e gestão do estado de minas gerais. 17 p.
- KASPER, Christian. **Habitar a Rua**. Programa de doutorado em Ciências Sociais do instituto de filosofia e ciências humanas da Universidade de Campinas. Orientador: Prof. Dr. Laymert Garcia dos Santos, Campinas, 2006.
- FERRAZ, Flávio Carvalho. **O louco de rua visto através da literatura**. *Psicol. USP*, 2000, vol.11, no.2, p.117-152.
- BRITO, Maria Mercedes Merry. **A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico**. *Psicol. cienc. prof.* v.26 n.2 Brasília jun. 2006.
- ALMEIDA, Angélica & ALMEIDA, Alexander. **Espiritismo e Medicina: a trajetória do Sanatório Espírita de Uberaba (1933-1988)** Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora –NUPES/UFJF
- LOPES, J.L. **A psiquiatria na época de Freud**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001;23(1):28-33.

Internet

- MIZOGUCHI, A; COSTA, L; MADEIRA, M. **Sujeitos no sumidouro: a experiência de criação e resistência do Jornal Boca de Rua**. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822007000100006&lang=pt
- BAPTISTA, M. **A dinâmica da população de rua na área central do Rio de Janeiro**. Disponível em http://br.monografias.com/trabalhos/dinamica-populacao-rua-rio-janeiro/dinamica-populacao-rua-rio-janeiro.shtml#_Toc137190671
- COSTA, J. **Território e qualidade de vida: complexidades sócioespacial do morador de rua em Porto Alegre, RS, Brasil**. Disponível em http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/468/hologramatica07_v1pp23_47.pdf