

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Curso de Pós Graduação em Psicologia

***"UNIVERSO EM DESENCANTO": CONCEITOS, IMAGENS
E FANTASIAS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SOBRE
LOUCURA E/OU DOENÇA MENTAL***
VOLUME I

MARIA CHRISTINA LOUSADA MACHADO

TESE APRESENTADA AO INSTITUTO DE
PSICOLOGIA, UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO, COMO PARTE DOS REQUISITOS
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR
EM PSICOLOGIA.
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA
CLÍNICA
ORIENTADORA: DRA. TÂNIA M.J.A.
VAISBERG

SÃO PAULO
1995

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Curso de Pós Graduação em Psicologia

***"UNIVERSO EM DESENCANTO": CONCEITOS, IMAGENS
E FANTASIAS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SOBRE
LOUCURA E/OU DOENÇA MENTAL***
VOLUME I

MARIA CHRISTINA LOUSADA MACHADO

SÃO PAULO
1995

A Tivagus e Camilla,
lembrando Vinícius de Moraes:

*"Filhos? Filhos
Melhor não tê-los
Noites de insônia
cãs prematuras
prantos convulsos
Meu Deus, salvai-o
Filhos são o demo
Melhor não tê-los...
Mas se não os temos
Como sabê-lo?
Como saber
Que maciez
Nos seus cabelos
Que cheiro morno
Na sua carne
Que gosto doce
Na sua boca!
Chupam gilete
Ateiam fogo
No quarteirão.
Porém, que coisa
Que coisa louca
Que coisa linda
Que os filhos são!"*

Meus sinceros agradecimentos :

à Dra. Tânia M.J.A. Vaisberg, pela orientação amiga, cuidadosa e lúcida desta tese e pelo constante incentivo às atividades que desenvolvo junto à "Psicopatologia" e ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social do IPUSP

ao Dr. Renato Mezan, por ter me acompanhado com interesse e afeto durante o transcurso deste trabalho e pela ajuda efetiva que tem me prestado;

à Dra. Marília Ancona Lopes, pela leitura dos originais e pelos importantes comentários que muito me auxiliaram na elaboração do texto definitivo;

à chefe do Departamento de Psicologia Clínica, Dra. Therezinha Moreira Leite pelo apoio recebido;

aos colegas e funcionários do Departamento de Psicologia Clínica, em especial a Aída, Cícera e Cláudia, pelo suporte material e moral;

aos funcionários da Biblioteca do IPUSP, em particular a Aparecida Angélica Zoqui Paulovic que providenciou com presteza e dedicação o acesso aos Bancos de Dados disponíveis

aos meus pais, Pérsio e Marina, e à minha irmã Adelaide pela compreensão e pelo estímulo;

aos *pacientes especiais*, Damião, Isabel, Murilo e Simone, nomes fictícios de pessoas reais que, embora tão sofridos, generosamente dispuseram-se a narrar suas vidas e a expor suas idéias fazendo-me, desta forma, porta-voz de suas angústias, de seus anseios e de suas reivindicações;

à diretoria do HPSUS, instituição psiquiátrica onde se realizou a pesquisa que, malgrado as imensas divergências teóricas e práticas em relação à abordagem e tratamento da loucura, gentilmente abriu suas portas;

e, finalmente, a todos aqueles que, embora permaneçam anônimos, indiretamente colaboraram com a realização desta tese.

MACHADO, Maria Christina Lousada. "Universo em desencanto": Conceitos, Imagens e Fantasias de Pacientes Psiquiátricos sobre Loucura e/ou Doença Mental. São Paulo, 1995. Vol. I e II - 277 p.; Vol. III - 161 p. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

RESUMO

Ouvimos, neste trabalho, a narrativa de pacientes psiquiátricos a respeito de sua história pessoal, incluídas suas experiências com o atendimento psiquiátrico, com o objetivo de verificar até que ponto o discurso competente sobre a loucura, instituído e legitimado pela ideologia dominante, é absorvido por estes sujeitos e em que medida sua fala tem possibilidades de se constituir como um antidiscurso.

Foram entrevistados individualmente quatro *pacientes especiais*, cujas narrativas foram gravadas com a anuência prévia dos sujeitos e posteriormente transcritas.

A análise clínica do material procurou explicitar aspectos latentes contidos na fala dos sujeitos, buscando inicialmente o sentido do drama vivido por cada um. A partir daí, destacamos seus conceitos, imagens e fantasias a respeito da loucura e/ou doença mental, considerando que tais representações são fruto, indiscutivelmente, da relação dialética que se estabelece entre a singularidade do drama pessoal e a generalidade do contexto social do qual emergem.

Com esta metodologia pudemos captar sistemas de pensamento organizados em verdadeiras teorias psicopatológicas, as quais se articulam ao redor de concepções da loucura provenientes tanto de posicionamentos alinhados com o discurso competente, isto é, que consideram a loucura como um processo natural de adoecimento interno, como dele divergentes, ou seja, que atribuem a loucura a agentes psicossociais ou místicos.

Embora ao formular suas teorias, os pacientes especiais sejam até certo ponto capturados pela ideologia dominante, suas vivências concretas desmascaram na prática muitas das contradições que o discurso competente procura camuflar. Neste sentido, a expressão "Universo em desencanto", usada por uma paciente psiquiátrica, traduz e condensa com surpreendente precisão o drama daqueles que passaram pela experiência da loucura e foram submetidos ao tratamento psiquiátrico.

MACHADO, Maria Christina Lousada. "An Disenchanted Universe": Concepts, Images and Fantasies of Psychiatric Patients about Madness and/or Mental Illness. São Paulo, 1995. Vol I and II 277p.; Vol III - 161p. PhD Dissertation presented to the Institute of Psychology of the University of São Paulo, Brazil.

SUMMARY

In this work, we heard the narratives of psychiatric patients about their personal history, including their experiences with psychiatric treatment. Our aim was to verify to what extent the currently accepted "expert" view concerning madness, legitimated by dominant ideology, is absorbed by those patients, and in what measure their speech is capable of constituting an "anti-speech".

Four "*special patients*" were interviewed individually. Their narratives were recorded with their prior consent and later transcribed.

The clinical analysis of the material attempts to explain latent aspects contained in the subjects' speech, searching initially the meaning of the drama lived by each one of these patients. From there, we identify their concepts, images and fantasies about madness and/or mental illness, considering that such representations are undoubtedly a result of the dialectic relationship established between the singularity of the personal drama and the generality of the social context from which they emerge.

With this methodology we were able to reach the systems of thought organized in actual psychopathological theories, which are built around the idea of madness originating as much from the currently accepted "expert" view, i.e., the view which considers madness as a natural process of internal sickness, as from conflicting views, i.e., those which attribute madness to psychological or mystical agents.

Although those "*special patients*", whilst formulating their theories about madness, are to a certain extent influenced by the dominant ideology, their concrete grasp of their life experiences unmasks, in practice, many of the contradictions that the currently accepted "expert" view tries to camouflage. In this sense, the expression "An Disenchanted Universe", used by one psychiatric patient, translates and summarizes with remarkable precision the drama of those who have been through the experience of madness and were subjected to psychiatric treatment.

MACHADO, Maria Christina Lousada. "L'Univers en désenchantement": Concepts, Images et Fantômes de Patients en Psychiatrie sur la Folie et/ou la Maladie Mentale. São Paulo, 1995. Vol I et II, 277p.; Vol III, 161p. Thèse de Doctorat présentée au Institut de Psychologie de Université de São Paulo, Brésil.

RÉSUMÉ

Ce travail est basé sur la narration par des patients en psychiatrie, de leurs histoires personnelles incluant leur expérience en milieu psychiatrique. Le but de l'étude est de vérifier jusqu'à quel point le "discours de l'expertise" sur la folie, mis en place et légitimé par l'idéologie dominante, est absorbé par ces sujets, et dans quelle mesure leurs propos peuvent se constituer en un anti-discours.

Quatre "*patients spéciaux*" ont été écoutés individuellement. Leurs narrations ont été enregistrées après accord préalable et transcrites ultérieurement.

L'analyse clinique du matériel s'est basée sur une explicitation des aspects latents contenus dans les narrations, recherchant d'abord le sens du drame vécu par chaque patient. Ensuite, on a mis en évidence les concepts, les images et les fantômes relatifs à la folie et/ou maladie mentale, compte tenu du fait que ces représentations sont vraisemblablement le fruit de la relation dialectique entre la singularité du drame personnel et la généralité du contexte social duquel elles émergent.

Grâce à cette méthode, nous avons pu capter des systèmes de pensée organisés en véritables théories psychopathologiques, articulées autour de conceptions de la folie issues aussi bien d'opinions calquées sur le "discours de l'expertise", c'est-à-dire qui considèrent la folie comme un processus naturel d'évolution pathologique interne, que d'opinions opposées, c'est-à-dire, qui attribuent la folie à des facteurs psychosociaux ou mystiques.

Lorsqu'ils formulent leur théories, les "*patients spéciaux*" sont plus ou moins récupérés par l'idéologie dominante; cependant leur vécu concret démasque une grande part des contradictions que le "discours de l'expertise" cherche à dissimuler. C'est dans ce sens que l'expression "Univers en désenchantement", utilisée par une des patientes en psychiatrie, traduit et condense avec une précision surprenante le drame de ceux qui ont vécu l'expérience de la folie et qui ont été soumis au traitement psychiatrique.

ÍNDICE

VOLUME I

	Página
APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO I - O discurso dos (in)competentes.....	11
CAPÍTULO II - Conceitos, imagens e fantasias à luz da psicologia social e à sombra da psicanálise	26
1 - A Teoria das Representações sociais	28
2 - A Perspectiva Freudiana	
2.1 - Os dois princípios do funcionamento mental	31
2.2 - Representações conscientes e inconscientes.....	34
2.3 - A formação dos sonhos	39
2.4 - O fenômeno onírico e as representações sociais	41
3 - O resgate do vivido na Teoria Psicanalítica.....	43
4 - Considerações Finais	46
CAPÍTULO III - Atitudes, crenças e representações a respeito da doença mental: levantamento bibliográfico.....	48
1 - Estudos internacionais	49
1.1 - Pesquisas sobre atitudes em relação à doença mental:.....	51
1.2. - Pesquisas sobre crenças e teorias (acadêmicas e leigas) a respeito da doença mental	57
1.3 - Pesquisas acerca das Representações Sociais a respeito da loucura e/ou doença mental	62
2 - Publicações nacionais.....	67
2.1 - Estudos sobre atitudes e percepções em relação à doença mental	67
2.2 - Pesquisas sobre representações da doença mental.....	74
2.3 - Investigações do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (LSMPS - IPUSP)	76
CAPÍTULO IV - Representações de autores "loucos" sobre a "loucura".....	86

CAPÍTULO V -

O Método Clínico na condução e na interpretação das entrevistas

1 - Alguns pressupostos:	97
2 - Procedimento:	
2.1 - Sujeitos:	99
2.2 - Coleta de dados:	101
2.3 - Análise dos dados	103

VOLUME II

CAPÍTULO VI -

Os Casos	107
1 - Damião	109
1.1 - Apresentação	110
1.2 - A história de Damião:	112
1.3 - Conceitos, imagens e fantasias sobre loucura e alcoolismo e sua relação com o "drama" de Damião	121
2 - Isabel	143
2.1 - Apresentação	144
2.2 - A história de Isabel:	145
2.3 - Conceitos, imagens e fantasias sobre loucura e/ou doença mental e sua relação com o drama de Isabel	156
3 - Murilo	170
3.1 - Apresentação	171
3.2 - A história de Murilo:	172
3.3 - O Segredo	182
3.4 - Conceitos, imagens e fantasias sobre loucura e/ou doença mental e sua relação com o drama de Murilo	187
4 - Simone	208
4.1 - Apresentação	209
4.2 - A história de Simone:	210
4.3 - Conceitos, imagens e fantasias sobre loucura, doença mental e alcoolismo e sua relação com o drama de Simone	224

CAPÍTULO VII -

O ponto de vista dos pacientes organizado como teorias

psicopatológicas	247
1 - Teoria acerca do alcoolismo:	248
2 - O alcoólatra, o louco e o doente mental:	251
3 - Teorias acerca da loucura e/ou doença mental:	255

CAPÍTULO VIII -	
O saber competente, as teorias e o drama dos pacientes	
1 - A Modernização do discurso psiquiátrico	261
2 - As Teorias psicopatológicas dos pacientes especiais e o discurso competente	264
3 - O Drama dos pacientes.....	266
CAPÍTULO IX -	
Referências Bibliográficas.....	268

VOLUME III
(Anexos)

Damião	
Entrevistas	1
Desenhos	30
Isabel	
Entrevistas	37
Desenhos	63
Murilo	
Entrevistas.....	72
Desenhos	107
Simone	
Entrevistas	115
Desenhos	153

APRESENTAÇÃO

"Van Gogh se auto-retratou em várias telas que, por melhor iluminadas que estivessem, sempre me deram a impressão de que havia uma mentira ao redor da luz, que haviam retirado de Van Gogh uma luz indispensável para abrir e franquear seu caminho diante de si" (Antonin Artaud, "Van Gogh: o suicidado da sociedade)

A presente tese nasceu da prática clínica em instituição psiquiátrica decorrente de minhas atividades como pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (L.S.M.P.S.) e como supervisora dos estágios vinculados às disciplinas "Psicopatologia Geral I e II", ministradas aos alunos do Curso de Graduação em Psicologia oferecido pelo IPUSP. Tais estágios tornaram-se viáveis em função de convênios que implicavam num intercâmbio de serviços entre o L.S.M.P.S. e a instituição psiquiátrica: esta abria suas portas para as atividades de estágio em troca da prestação de alguns serviços por parte do Laboratório, como a elaboração de pareceres psicológicos, participação em reuniões clínicas, eventuais palestras, atendimentos psicológicos de diversas naturezas, etc..

Assim sendo, desde 1985, tenho acompanhado de perto a situação dos pacientes internados e de suas famílias por meio de contatos diretos (entrevistas individuais e grupais) e indiretos (supervisões ministradas a alunos e monitores do Curso de Graduação em Psicologia).

Sempre vivenciei a relação com estes pacientes de modo penoso e angustiante, não só por presenciar o intenso sofrimento que experimentam no seu dia a dia mas também, e principalmente, pela falta de perspectivas concretas, a curto e a médio prazo, para se obter medidas efetivas de aliviá-lo. Neste sentido, os atendimentos psicológicos que realizei dentro da instituição psiquiátrica sempre obedeceram a um triplo propósito: cumprimento do compromisso firmado com a mesma, ajuda psicológica aos pacientes internados e a seus familiares e obtenção de dados de pesquisa. Estes atendimentos caracterizaram-se tanto como espaços para continência de conflitos e angústias dos participantes, quanto como oportunidades para discutir as concepções veiculadas no grupo acerca da loucura, sua etiologia, seus sinais e tipos de tratamento. Deste modo foram abertas possibilidades

para uma reflexão crítica sobre os efeitos da internação psiquiátrica, com vistas à busca de soluções alternativas, menos penosas para pacientes e familiares.

Neste contexto, focalizamos nos trabalhos do L.S.M.P.S. a trama de representações socialmente difundidas sobre a loucura, suas implicações na problemática pessoal e familiar dos pacientes e suas repercussões na prática institucional. Os resultados destas investigações (Tsu & Machado, 1988; Tsu, Machado, Nunes & Carvalho, 1989A e 1989B; Tsu & Machado, 1990; Tsu & Machado, 1991; Machado & Tsu, 1991; Machado & Nunes, 1992; Tsu & Machado, 1993; Machado, 1994) foram publicados em revistas especializadas ou apresentados em congressos científicos e serão resumidamente relatados no capítulo III, no item referente a Publicações Nacionais.

O estudo das representações sobre a loucura e/ou doença mental insere-se na linha de pesquisa, "Psicopatologia: assistência e prevenção", pela qual é responsável a Profa. Dra. Tânia Vaisberg. Este tem sido o tema privilegiado de nossas investigações, por acreditarmos que as representações presentes no imaginário social estão sujeitas a manipulações de caráter ideológico, redundando em medidas práticas no que se refere ao diagnóstico e tratamento da suposta "doença mental". Por isso são, provavelmente, determinantes do "destino" dos ditos doentes mentais.

Por outro lado, a convivência com os profissionais de saúde e os funcionários que trabalham nestes hospitais faz pensar que, apesar das boas intenções de muitos para humanizar o atendimento aos "doentes mentais" nos espaços institucionais, estes sentem-se impotentes para operar mudanças em decorrência de entraves relativos tanto à dinâmica institucional, quanto a dificuldades na obtenção de recursos para viabilizá-las. Ainda que, nos últimos anos, um discurso progressista tenha se insinuado nas propostas governamentais, "a teoria na prática é outra", gerando profunda ambigüidade, perniciosa tanto para os pacientes como para os profissionais envolvidos. Observa-se no concreto que projetos de cunho renovador acabam desativados ou sequer chegam a ser postos em prática, graças a inúmeras dificuldades burocráticas, associadas à falta de recursos disponíveis. Ou então, o que também é comum, e talvez mais grave, a proposta, reformista em teoria, é viciada na prática, embora continue respaldada por justificativas inovadoras. Por exemplo, pacientes internados, sob o pretexto de não se sentirem aprisionados e receberem um tratamento humanitário, são medicados e deixados ao léu dentro da

instituição, sem receber qualquer tipo de atenção ou continência. Quando ocorrem crises de agitação, esses pacientes submetem-se ao mesmo tipo de "tratamento" que os internados em instituição tradicional: medicação "pesada" e/ou contenção mecânica. Quanta ambigüidade! Aprisionado dentro da instituição, o paciente deve sentir-se livre, e ser "livre" significa estar abandonado à própria sorte e/ou, em última análise, excluído não só do convívio social, mas da própria convivência institucional.

Acredito, por estas razões, que, embora no plano racional esteja se impondo gradativamente a idéia de que a loucura é fruto de intenso sofrimento psíquico gerado por condições psicossociais adversas, continuam atuantes no imaginário social representações que a consideram como algo de natureza orgânica (em alguns casos, até mesmo psíquica), inerente ao indivíduo e independente das circunstâncias. Sem dúvida, esta é uma maneira que a sociedade encontrou para proteger-se psicologicamente frente à possibilidade de estar exposta ao perigo da "doença mental", isto é, imaginar-se imune à loucura, ao mesmo tempo que alivia a culpa socialmente compartilhada de ter contribuído indiretamente para deflagrá-la em outrem. Isto sem falar no uso ideológico que pode ser feito de projetos aparentemente progressistas.

Considero, porém, que o simples fato de estarem sendo veiculadas noções psicológicas que levam em conta a influência de fatores ambientais na eclosão da loucura já é um primeiro passo e, do ponto de vista pragmático, felizmente têm sido implantadas alternativas à internação psiquiátrica como os Ambulatórios de Saúde Mental e os Hospitais-Dia do Governo do Estado e da Prefeitura de São Paulo, ainda que este sistema absorva apenas parte da demanda. O Projeto de Saúde Mental da cidade de Santos merece aqui uma menção especial, tanto pelo seu caráter pioneiro, como pelas transformações efetivas que estão sendo obtidas no tratamento dos distúrbios mentais e pelo trabalho de reinserção dos pacientes na vida social e produtiva.

Entretanto, infelizmente, dados fornecidos pelo CIS (Centro de Informação da Saúde) e pelo CADAIS, ambos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde, a respeito do movimento nosocomial de assistência psiquiátrica do Estado de São Paulo mostram que, embora tenha ocorrido uma redução gradativa de leitos disponíveis para internação psiquiátrica no período entre 1991 e 1994, ainda é grande a procura dos manicômios por parte de usuários da rede pública.

O quadro abaixo mostra o número de leitos operacionais destinados à internação psiquiátrica no Estado de São Paulo. Como podemos observar, a oferta de leitos sofreu uma redução mais acentuada na Grande São Paulo (Coordenadoria de Regiões de Saúde I - CRS I), e menos significativa nas outras regiões do Estado (CRS II a CRS V), provavelmente devido à maior disponibilidade de recursos alternativos nas áreas próximas à capital.

Leitos operacionais disponíveis para internação psiquiátrica

Ano	1991 ¹	1992 ²	1993 ³	1994 ⁴
CRS - SP				
CRS I	10.887	10.770	10.565	6.188
CRS II	6.737	6.057	5.633	4.301
CRS III	3.735	3.477	3.477	3.253
CRS IV	10.231	8.911	8.127	6.398
CRS V	5.449	5.015	4.966	4.337
Total do Estado	35.057	34.230	32.768	24.477
Município de São Paulo	3.775	3.624	3.450	2.392

Aliás, a diminuição dos leitos em si não resolve o problema, uma vez que se faz necessário, em contrapartida, um aumento de oferta de serviços extra-hospitalares de atenção à Saúde Mental. Com o objetivo de verificar o que está acontecendo na cidade de São Paulo, pesquisei junto à Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo os dados referentes ao movimento dos Hospitais-Dia em Saúde Mental e dos CECCOs (Centros de Convivência e Cooperação) entre 1993-94. Em relação aos HDs, existem cerca de 350 vagas disponíveis, distribuídas pelas diferentes Administrações Regionais, número bastante reduzido frente à oferta de leitos para internação psiquiátrica (14,6% em 1994). Quanto aos CECCOs, no ano passado, foram atendidos nas diversas atividades 640 "portadores de transtornos mentais" fora da situação de crise. Assim sendo, concluo que a desinstitucionalização veementemente apregoada na teoria, na prática ainda está longe de se concretizar plenamente. Esta situação é agravada se considerarmos que as

¹Dados fornecidos pelo CIS.

²Dados fornecidos pelo CIS.

³Dados fornecidos pelo CIS.

⁴Dados fornecidos pelo CADAIS referentes a julho/94.

equipes profissionais dos HDs têm critérios bem definidos para a seleção dos pacientes, sendo que os casos excluídos (psicoses orgânicas, usuários de álcool ou drogas e deficientes mentais) têm como alternativa a internação tradicional ou a busca de unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais, cujo número de vagas é reduzido.

Diante deste panorama parcimonioso quanto à oferta de serviços de atendimento à Saúde Mental e dada a precariedade da situação socio-econômica da maioria dos familiares de pacientes psiquiátricos, estes continuam encarando a internação como um benefício que lhes é devido pelo Estado. Sem providências concretas para melhorar a qualidade e o nível de vida da população, fica difícil inclusive obter sua colaboração para a ampliação dos serviços alternativos.

Assim sendo, muitos pacientes continuam sendo internados em instituições onde o tradicional tratamento medicamentoso é associado a atividades eventuais de terapia ocupacional ou psicológica ou são conduzidos aos ambulatórios de Saúde Mental. No entanto, serviços psicológicos destes ambulatórios funcionam a nível precário porque a demanda em muito ultrapassa a capacidade de atendimento efetivo. Acrescenta-se a esta dificuldade o despreparo técnico de muitos psicólogos que trabalham nestes ambulatórios para atender casos graves. Na maioria das vezes, o paciente saído do hospital psiquiátrico recorre aos ambulatórios unicamente em busca de medicamentos psiquiátricos que, de modo mais sutil, continuam atuando como uma forma de exclusão social (Tsu, 1993). Inepto para participar de atividades produtivas, inclusive devido aos efeitos colaterais da medicação administrada, o paciente é mantido dentro de uma "camisa de força química" e acaba corroborando a idéia de que é um de ser improdutivo e irrecuperável.

Ambas as situações, internação ou tratamento ambulatorial predominantemente medicamentoso, agravam cada vez mais a situação do paciente. Este, alvo de preconceitos profundamente arraigados no imaginário popular, além de não obter alívio para seu sofrimento, fica cada vez mais enredado na teia de representações que o cercam, acabando por sucumbir definitivamente, à condição de "doente mental". Em outras palavras: mesmo liberto dos "muros" do hospital, continua excluído do convívio social.

Certa ocasião ao entrevistar uma paciente internada, que chamarei de Regina, esta atribuía sua "doença" à leitura de um livro chamado "Universo em desencanto". Tal livro, segundo Regina, foi escrito por um homem sábio e justo, escolhido por Deus para salvar a humanidade às vésperas do terceiro

milênio, e contém os fundamentos de uma seita religiosa com sede no "Retiro Racional", localizado num subúrbio do Rio de Janeiro. Na época em que tomou contato com esta concepção mística, Regina enfrentava sérios conflitos familiares e, incentivada pela família, dedicou-se apaixonadamente à pregação dos ensinamentos contidos no livro que lia e relia, dia e noite. Aos poucos, conforme "previa o livro", foi se tornando "vidente", isto é, foi entrando em contato com os "seres de luz", entidades espirituais remanescentes das virtudes perdidas pela humanidade em estado de degeneração. Acreditando ter atingido um plano superior, saía pelas ruas sem rumo, seguindo os "seres de luz", tendo visões cósmicas do final dos tempos e ouvindo os "abalos da natureza", até que a família, preocupada com seu estado, decidiu interná-la. Por ocasião da entrevista, Regina, revoltada com sua condição de doente mental, afirmava que a divulgação deste livro deveria ser proibida porque, ao invés de melhorar sua vida como prometia, "me desequilibrou totalmente". Internada como "louca" há cerca de dez anos, sente seu universo íntimo em processo de desencanto progressivo e irreversível pois, além de ter perdido a credibilidade perante as outras pessoas, também começou a "desacreditar de tudo". No entanto, mesmo sabendo dos malefícios que a leitura do livro lhe causou, confessa que ainda se sente atraída pela sua magia e pelo bem estar efêmero que a leitura do mesmo lhe provoca, ou seja, ainda continua sob o efeito do seu encantamento.

O caso de Regina causou-me uma profunda impressão por dois motivos. Em primeiro lugar, devido às consequências trágicas do uso do livro como uma droga que "encanta" porque oferece uma ilusão de alívio do sofrimento, mas que sorrateiramente conduz ao "desencanto". Em segundo, porque a expressão "Universo em desencanto", entendida num sentido metafórico, caracteriza com extrema precisão as vivências pessoais de Regina em relação à experiência da loucura e do tratamento psiquiátrico a que foi submetida. Este foi um dos motivos que me levaram a escolhê-la como título da presente tese; além disso, "encanto" e "desencanto", termos imbuídos de certo romantismo mesclado a um toque de magia, remetem-nos ao domínio do imaginário, onde as representações ocupam lugar de destaque. Sem falar da "loucura" que, até hoje, guarda seus mistérios...

Retomando o aspecto concreto da formação do profissional psicólogo, tenho procurado, em supervisões e trabalhos científicos, desmistificar a "doença mental" mostrando o quanto as perturbações mentais graves são geradas por fatores ambientais adversos, sendo sua função primordial a de

promover a negação de uma realidade, simultaneamente interna e externa, angustiante demais para ser enfrentada. Neste sentido, Winnicott (1982, 1990), autor de orientação psicanalítica, mostra a importância dos primeiros cuidados maternos na formação dos "alicerces da saúde mental". Segundo este autor, o ambiente "suficientemente bom", representado pela mãe nos primórdios do desenvolvimento, assegura ao recém nascido condições favoráveis para sua futura saúde mental. Em outras palavras, a mãe "suficientemente boa" é aquela que, compreendendo e respondendo às solicitações do bebê, oferece-lhe inicialmente a ilusão de um "universo encantado" onde todos os seus desejos são prontamente realizados. Winnicott (op.cit.) afirma que esta "ilusão primeira" é necessária para que, numa fase posterior, esta mesma mãe possa desiludi-lo, introduzindo gradativamente frustrações toleráveis para seu bebê. Assim, um ambiente acolhedor e benévolo nos primeiros meses de vida, que propicie uma relação de confiança entre a mãe e o bebê, é indispensável para o estabelecimento das bases da saúde mental do indivíduo. Ao contrário, a exposição precoce a frustrações intensas, insuportáveis para o recém nascido, redundam em alta chance da eclosão de um distúrbio psicótico. Naturalmente, o modo como a mãe age com seu filho pequeno, sua capacidade para dar continência a seus desejos e medos, é marcadamente influenciada pelo ambiente em que vive, inclusive por fatores econômicos. O bebê, cuja mãe enfrenta condições precárias de subsistência, está exposto a um fator de risco adicional para sua futura saúde mental.

Reafirmando a importância do ambiente na etiologia dos distúrbios mentais, um outro ponto importante para a formação do psicólogo é a conscientização do quanto as representações socialmente veiculadas sobre a loucura influenciam o destino das pessoas consideradas loucas. Esta reflexão é, a meu ver, imprescindível para a adoção de medidas eficazes na assistência e prevenção dos distúrbios mentais, porque implica em desmistificar o "universo encantado" das representações sem, no entanto, mergulhar concretamente num "universo em desencanto". Afinal, todos os cidadãos têm direito a melhores condições de vida e, conseqüentemente, a um atendimento mais adequado à sua saúde física e mental.

E, ainda a propósito de "encanto" e "desencanto", lembro Artaud, autor "rebelde e maldito", para quem a loucura tinha o sentido de insurreição contra os padrões socialmente estabelecidos. O trecho a seguir, transcrito de "Van Gogh: o suicidado pela sociedade" (in Willer, 1986), a meu ver, significa mais

de que um ato de revolta. Faz referência, ainda que indiretamente, à questão do poder de atuação social das representações veiculadas sobre a loucura:

"E o que é um autêntico louco?

É um homem que preferiu ficar louco, no sentido socialmente aceito, em vez de trair uma determinada idéia superior de honra humana.

Assim, a sociedade mandou estrangular nos seus manicômios todos aqueles dos quais queria desembaraçar-se ou defender-se porque se recusavam a ser cúmplices de suas imensas sujeiras.

Pois o louco é o homem que a sociedade não quer ouvir e que é impedido de enunciar certas verdades intoleráveis.

Nesse caso, a reclusão não é sua única arma e a conspiração dos homens tem outros meios para triunfar sobre as vontades que deseja esmagar.

Além de feitiços menores dos bruxos da aldeia, há grandes sessões de enfeitiçamento global das quais participa, periodicamente, a consciência em pânico.

Assim, por ocasião de uma guerra, de uma revolução, de um transtorno social ainda latente, a consciência coletiva é interrogada e se questiona para emitir um julgamento.

Essa consciência também pode ser provocada e despertada por certos casos individuais particularmente flagrantes.

Assim, foi que houve feitiços coletivos nos casos de Baudelaire, Edgard Poe, Gérard de Nerval, Nietzsche, Kierkegaard, Hölderlin, Coleridge, e também no caso de Van Gogh.

Podem ser feitos durante o dia, mas geralmente são realizados à noite.

Então, estranhas forças são despertadas e levadas à abóbada celeste, a essa espécie de cúpula sombria que, sobre a respiração da humanidade, constitui a venenosa hostilidade do espírito maligno da maioria das pessoas.

É assim que as pessoas lúcidas e de boa vontade que se debatem na terra já se viram, em certas horas da noite ou do dia, tragadas pela profundidade de autênticos pesadelos em vigília e rodeadas por uma poderosa sucção, pela poderosa opressão tentacular de uma espécie de magia cívica que logo será vista aparecendo nos costumes de modo mais manifesto." (pp 133-134 - grifos meus)

Artaud, talvez por ter sofrido brutalmente o impacto nefasto das ações psiquiátricas que tanto o penalizaram e humilharam, assume uma visão romântica da loucura, acreditando que a verdade nela está contida e que as pessoas se tornam loucas para não pactuar com as hipocrisias da sociedade.

Não concordo com este tipo de abordagem que idealiza a loucura, mesmo porque idealizá-la não deixa de ser uma forma de excluí-la. No entanto, chama-me a atenção a idéia, aparentemente delirante, de um

"enfeitiçamento global", de uma espécie de magia, negra na sua opinião, realizada pelos psiquiatras em relação à sociedade e aos "loucos". Não estaria Artaud se referindo num estilo eloqüente, agressivo e apaixonado ao "universo encantado" da representação psiquiátrica da loucura entendida como "doença mental" que "enfeitiçou" durante mais de um século o imaginário social? Quanto "desencanto" e sofrimento resultaram das aplicações práticas desta idéia para os que ousaram desafiar os padrões da suposta normalidade!

Encerrando esta apresentação, ofereço ao leitor um esboço da forma como organizei a presente tese: dividi-a em três volumes, contendo os dois primeiros o texto do trabalho propriamente dito, separado em capítulos, e o terceiro, a transcrição, na íntegra, das entrevistas realizadas com os pacientes psiquiátricos, sujeitos deste trabalho.

A seguir, apresentarei um breve resumo dos principais aspectos abordados nos diversos capítulos, com o intuito de orientar a leitura:

no Capítulo I, discutirei o uso ideológico com fins de dominação política subjacente à concepção da loucura como um processo de adoecimento interno, usando como referencial a idéia de "competência" desenvolvida por Chauí (1981);

no Capítulo II, realizarei uma abordagem teórica acerca dos conceitos, imagens e fantasias veiculados pelo imaginário social, estabelecendo um diálogo entre as proposições da Psicologia Social e as contribuições da Psicanálise;

no Capítulo III, serão examinados trabalhos internacionais e nacionais referentes a atitudes, crenças e representações acerca da doença mental;

no Capítulo IV, apresentarei, à guisa de introdução ao discurso dos sujeitos da presente tese, a versão de autores "loucos", famosos ou não, que expuseram publicamente suas experiências com a loucura;

no Capítulo V, será explicitado o método empregado para a coleta dos dados e análise das entrevistas realizadas com pacientes psiquiátricos considerados típicos para o presente estudo;

no Capítulo VI, serão apresentados e discutidos um a um os casos estudados no presente trabalho, sendo abordados neste tópico tanto a história de vida de cada paciente entrevistado, como seus conceitos, imagens e fantasias sobre a loucura e/ou doença mental, sempre respeitando a relação dialética entre a singularidade do drama pessoal e a generalidade do contexto social do qual emergem estas representações;

no Capítulo VII, o ponto de vista dos pacientes acerca dos distúrbios mentais será organizado em forma de teorias psicopatológicas;

no decorrer do Capítulo VIII, as concepções e as vivências de nossos sujeitos serão confrontadas com as teses sobre a loucura veiculadas pelo discurso da competência;

finalmente, o Capítulo IX informa as referências bibliográficas utilizadas no presente trabalho.

CAPÍTULO I - O DISCURSO DOS (IN)COMPETENTES

"... cabe pensar o poder como algo que atravessa a totalidade do espaço social, organizando a sua tessitura mais fundamental, ordenando a totalidade de suas relações. (...) Neste espaço a psiquiatria pode ser representada no seu potencial capilarizador, como infiltrando práticas sociais e regulando os desvios das individualidades, transformando a loucura em doença mental por caminhos complexos, para participar no processo de manutenção da ordem social" (Joel Birman, "Psiquiatria e Sociedade)

Como já foi amplamente demonstrado por autores de diversas áreas das ciências humanas (história, sociologia, literatura, etc.), aquilo que uma sociedade concebe e imagina sobre determinado objeto social sustenta e legitima as práticas sociais tidas como corretas em relação a ele. Partindo deste pressuposto, os sistemas de pensamento e de representação, os mitos e as crenças presentes no imaginário social acerca da loucura são diretamente responsáveis pelas normas de conduta prescritas pela sociedade para a identificação e "recuperação" das pessoas consideradas loucas. Em contrapartida, a produção de conhecimentos sobre os distúrbios mentais decorre do tipo de organização social, política e econômica. Existe, portanto, uma íntima relação entre as concepções sobre a loucura e o contexto histórico no qual estão inseridas, observando-se no decorrer da história das civilizações o predomínio de saberes sobre este tema, se não contraditórios, ao menos discordantes.

Em trabalhos anteriores⁵, mostramos que atualmente coexistem representações fundadas em diferentes níveis de racionalidade e consciência. Por um lado, estão presentes representações calcadas em pressupostos científicos que, vulgarizados e divulgados, são incorporados ao senso comum. Por outro, continuam atuantes, ainda que não reconhecidas oficialmente, representações oriundas de noções mágicas, vigentes numa época anterior à redefinição da loucura como doença mental.

⁵As referências destes trabalhos encontram-se na página 2 (Apresentação).

O discurso científico, como aponta Chauí (1981), ocupa um lugar de indiscutível prestígio na cultura ocidental contemporânea, onde o Estado, a Organização e a Racionalidade são tidos como valores inquestionáveis. Vinculando prestígio à idéia de competência, esta autora define o discurso competente como aquele que, absorvido, instituído e legitimado pela ideologia dominante, é divulgado e vulgarizado pelos meios de comunicação como explicação do real, sendo utilizado como instrumento de dominação e poder.

Chauí (op.cit.) define o discurso competente como:

"aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia assim ser resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada..."(p.7)

Enquanto discurso do conhecimento, o discurso competente é "o discurso do especialista, proferido de um ponto determinado da hierarquia institucional"(p.11), autorizado socialmente a ser enunciado e a merecer crédito devido ao lugar hierárquico que ocupa, com exclusão de todos os outros que não lhe forem paritários. Conseqüentemente, as falas pronunciadas por pessoas situadas em pontos hierárquicos inferiores não são consideradas dignas de credibilidade, isto é, são tidas como incompetentes e, portanto, excluídas.

Neste contexto, convertidas em discurso competente, as "descobertas" científicas criam um "aparecer" social, corpo sistemático de representações e normas que nos "ensinam" a conhecer e a agir. De acordo com Chauí, as idéias "científicas" veiculadas socialmente são instituídas como verdades com o objetivo de anular e ocultar a realidade de uma sociedade dividida em classes sociais, onde uma exerce o poder sobre as outras. A classe dominante faz uso do discurso científico devidamente transformado e identificado aos seus interesses, apresentando-o aos leigos não como um ponto de vista particular, mas como verdade universal. Desta maneira, a fachada científica é usada para dissimular a existência real de dominação.⁶

⁶Indubitavelmente o discurso da competência mascara aspectos importantes da realidade social e política. No entanto, penso como Foucault que, em seu livro "Microfísica do Poder", questiona o papel do Estado como o órgão centralizador do poder e sugere "a existência de formas de exercício de poder diferentes do Estado, a ele articuladas de maneiras variadas e que são indispensáveis inclusive a sua sustentação e atuação eficaz" (Machado, in Foucault, 1984, p. XI). Não existiria, portanto, o poder em si mas relações de poder que se disseminam

Ainda do ponto de vista de Chauí (op.cit.), a condição para que o discurso da competência adquira o *status* de discurso do conhecimento é a admissão da incompetência dos homens enquanto sujeitos sociais e políticos. Considerados incompetentes por natureza e, portanto, reduzidos a objetos sociais, os indivíduos são, em seguida, revalidados ilusoriamente pelo discurso da competência, que se expressa através de "discursos segundos ou derivados". Estes discursos consistem em "mil pequenos modelos científicos" que tornam os homens "competentes" para relacionar-se com o mundo e com seus semelhantes, sem levar em conta a "dimensão propriamente humana da experiência"⁷ e sem perceber que se trata de um ponto de vista particular:

"Em seu lugar surgem milhares de artifícios mediadores e promotores do conhecimento que constroem cada um e todos a se submeterem à linguagem do especialista que detém os segredos da realidade vivida e que, indulgentemente, permite ao não especialista a ilusão de participar do saber. Este discurso competente não exige uma submissão qualquer, mas algo profundo e sinistro: exige a interiorização de suas regras, pois aquele que não as interiorizar corre o risco de ver-se a si mesmo como incompetente, anormal, a-social, como detrito e lixo".(p. 13) -

... ou louco.

Existe, portanto, segundo Chauí, um aspecto ideológico subjacente à racionalidade supostamente fundada no discurso científico, que se contrapõe à racionalidade baseada no trabalho de observação e análise dos fatos concretos da existência, pois apresenta uma falsa coerência baseada na negação da presença de contradições e indeterminações próprias de uma visão dialética da história social e política. Retirando dos homens a possibilidade de refletir e tirar suas próprias conclusões, sob pena de serem considerados incompetentes, a racionalidade ideológica anula o perigo da indeterminação social e política que gera questionamentos, apresentando uma suposta realidade isenta de contradições e plenamente determinada.

Chauí conclui que, através desta operação, a ideologia preenche uma necessidade fundamental do ser humano: *"fornece aos sujeitos uma*

pelo espaço social por meio de uma rede de micropoderes, entendidos como dispositivos produtores de positivities que capturam a todos sem exceção. Neste sentido, as relações entre saber e poder tornam-se bem mais complexas do que sugere Chauí (1981). Não se trata mais da utilização do discurso da competência para um projeto de dominação por parte de uma classe social em relação às outras, mas de uma parceria de toda a sociedade, dominadores e dominados, na manutenção do processo de dominação, legitimado através do discurso da competência.

⁷As expressões entre aspas deste parágrafo foram empregadas por Chauí.

resposta ao desejo metafísico de identidade e ao temor metafísico da desagregação" (p.27) e apresenta à sociedade, fundada na contradição e na divisão interna, uma imagem de si própria como idêntica, homogênea e harmoniosa.

Ao desconsiderar as condições de vida e as circunstâncias históricas como geradoras de distúrbios mentais, o discurso científico sobre a loucura identifica-se ao discurso da competência acima caracterizado. Considerando a loucura como algo natural e inerente ao indivíduo particular, as teorias científicas criam um "aparecer social", tido pela sociedade como explicação verdadeira em virtude do prestígio atribuído à ciência. Este "aparecer", como vimos, é fruto de uma manobra ideológica, empregada para escamotear a ação a realidade concretamente vivida em termos econômicos, sociais e políticos na produção e manutenção dos distúrbios mentais. É importante salientar mais uma vez que o imaginário social assim constituído tem consequências no concreto. Retomando as palavras de Chauí (op.cit.):

"É possível, também, perceber que o discurso ideológico, na medida que se caracteriza por uma construção imaginária (no sentido de representações empíricas e imediatas), graças à qual oferece aos sujeitos sociais e políticos um espaço de ação, deve necessariamente fornecer, além do 'corpus' de representações para explicar o real, um 'corpus' de normas coerentes para orientar a prática."(p.21)

Embora hoje em dia o discurso da competência em relação à loucura seja atribuído à ciência, nem sempre foi assim. Em épocas anteriores, quando a Igreja era detentora do poder e do saber, a loucura era explicada por teorias religiosas, podendo ter conotações positivas ou negativas, dependendo se o louco fosse considerado instrumento de Deus ou do Demônio. Assinalo que estas explicações ainda persistem no plano imaginário⁸, embora passando à categoria da incompetência⁹.

⁸Ressalto que a noção de "imaginário" usada nesta tese é distinta das elaborações teóricas de Lacan a respeito da "fase do espelho". Este termo é aqui entendido como sistema de representações, crenças e mitos que, embora seja difundido pelo senso comum como verdadeiro, pode basear-se em elaborações parciais da realidade, a meu ver, infiltradas por imagens e fantasias não-conscientes. Desta forma, o imaginário social, constituído a partir da abstração de alguns aspectos concretos da realidade, está particularmente sujeito à manipulação ideológica.

⁹Segundo Chauí (1981), ao contrário do que se pensa não houve uma laicização da política, mas uma transposição da imagem de Deus para o Estado, isto é, "uma transferência das qualidades que eram atribuídas à Divina Providência à imagem moderna da racionalidade" (p.6).

Voltando ao discurso científico, coexistem atualmente no plano conceitual dois tipos de explicações reconhecidas como racionais e verdadeiras sobre a loucura, embora partam de concepções etiológicas bastante diferentes: a explicação psiquiátrica e a explicação psicológica que disputam entre si a suposta competência para reconhecê-la, explicá-la e tratá-la.

O discurso psiquiátrico representa a loucura como expressão de uma doença mental de origem orgânica que se instala e se desenvolve no indivíduo independentemente das condições ambientais, podendo, inclusive, ser decorrente de fatores genéticos. Ainda que, atualmente, fatores psicossociais ocasionalmente sejam considerados, do ponto de vista psiquiátrico são entendidos como desencadeantes de um processo de adoecimento interno.

Esta abordagem foi duramente criticada em 1965 pelo filósofo francês Michel Foucault (1972) ao escrever a "História da Loucura na Idade Clássica", obra que é um marco para o entendimento da loucura enquanto questão política. Suas pesquisas históricas mostram que até meados do século XVII, a cultura ocidental convivia de modo bastante tolerante com formas "estranhas" de experiência humana, hoje consideradas "loucas". Foi a partir desta época que o mundo da loucura tornou-se o mundo da exclusão, passando o louco a ser internado com outros tipos marginais da nascente sociedade burguesa. Todos eles tinham em comum a incapacidade de participar da produção, circulação e acúmulo de riquezas, parâmetro este que tornou-se o determinante da exclusão social pela internação em instituições, ao mesmo tempo que a justificava com o objetivo de reabilitação social. Nestas circunstâncias, o trabalho forçado era o método correccional empregado.

Ainda segundo Foucault (1975), é no final do século XVIII que se instala na França um novo tipo de abordagem da loucura. Pinel, considerado o pai da Psiquiatria, é o responsável pelo reconhecimento definitivo da loucura enquanto doença mental. Defendendo um tratamento humanitário para os alienados, o discurso filantrópico de Pinel encontra respaldo no ideal de Fraternidade proposto pela Revolução Francesa, que sugere a necessidade de dar assistência aos menos favorecidos. Embora ao internar os loucos a psiquiatria viole os preceitos de Liberdade e Igualdade também constantes do lema revolucionário, isto não é levado em consideração. Sua internação é apreciada como medida de caráter médico, sendo a exclusão legitimada sob uma fachada científica e terapêutica, ainda que as práticas

psiquiátricas da época consistissem basicamente em medidas correcionais, com efeitos de intimidação e moralização, consideradas eficazes quando o doente retomava os padrões de comportamento socialmente aceites.

Ainda que aparentemente inovadora na época em que surgiu, constata-se o carácter ambíguo da proposta de Pinel que, sob o pretexto de "libertar os loucos das correntes", os encarcera em asilos e os acorrenta ao suposto saber médico, desconsiderando-os enquanto seres humanos individuais e sociais. Fica assim constituído o discurso psiquiátrico sobre a loucura enquanto discurso da competência, legitimando a existência dos manicômios e, portanto, a exclusão social com a justificativa de tratar a suposta "doença mental".

Ora complementando, ora retificando as teses de Foucault, Porter (1990) relata que nos primeiros manicômios, datados na segunda metade do século XVII, os loucos eram tratados com rudeza porque se acreditava que eram vítimas da própria vaidade, orgulho, preguiça e pecado. Confinar os loucos era tido como melhor para todos, tanto para o bem estar deles, quanto para a segurança da sociedade. A partir de meados no século XVIII, assistiu-se ao nascimento da psiquiatria que, redefinindo a loucura como doença mental, reforçou a idéia de que a segregação era necessária para seu tratamento e cura. O modelo da época era antes de tudo orgânico, sendo a terapia realizada por meio de drogas, além de tratamentos físicos e mecânicos. Supunha-se que o tratamento do corpo tinha impacto sobre a mente, como relata Porter: *"Acabando com as agitações do físico, o objetivo último era acalmar a mente, e assim torná-la receptiva às carícias da doce razão"* (p.28). No final do século XVIII, críticos do tratamento medicamentoso e das restrições físicas, entre os quais Pinel em Paris, Chirurgi na Itália e os Tukes na Inglaterra, propuseram um novo tipo de tratamento, o tratamento moral, cujo objetivo era resgatar a humanidade e a razão perdidas. Consideravam, apoiados nas teorias de John Locke sobre o funcionamento da compreensão humana, que o doente mental não era totalmente destituído de raciocínio como os "idiotas", estando aquele momentaneamente comprometido pela "anarquia das paixões". A associação defeituosa de idéias e sentimentos teriam-no levado à interpretação errônea da realidade, sendo o delírio atribuído a um erro intelectual. Para recuperar a razão, sugeriam o tratamento moral, isto é, disciplina e retreinamento no pensar e no sentir, transformando-se, portanto, o hospício numa escola reformatória.

Resumindo as afirmações de Porter (op. cit.) a respeito das diferentes concepções veiculadas sobre a loucura temos que, no século XVII o louco

era representado como portador de uma falha moral, pela qual deveria ser castigado. No decorrer do século XVIII esta idéia evolui na direção de caracterizar a loucura como doença, desculpabilizando o louco, considerado vítima de uma enfermidade. Esta é, a princípio, entendida como essencialmente orgânica mas, aos poucos, passa a ser caracterizada como também decorrente de mau funcionamento intelectual por ação das paixões; daí a designação "doença mental", que sintetiza os conceitos de doença e falha moral.

No entanto, raros "doentes" conseguiam se recuperar com o preconizado tratamento psiquiátrico e, com a falência do sonho da "cura" alimentado pela psiquiatria, os médicos, para não admitirem o seu fracasso, preferem concluir que a doença mental é incurável, provavelmente de origem hereditária. Surge, nestas circunstâncias, a teoria da degenerescência, segundo a qual os vícios dos antepassados seriam transmitidos a seus descendentes sob a forma de doença mental progressiva e incurável. Morel, enunciador desta teoria, afirma em 1857 no seu Tratado das Degenerescências Físicas, Intelectuais e Morais da Espécie Humana: *"as degenerações são desvios mórbidos do ser humano normal, hereditariamente transmissíveis e sujeitas a evolução progressiva até a decadência"* (in Ackerknecht, 1962) e "demonstra" que certas características físicas, são "estigmas" infalíveis de degeneração. Esta concepção apoiava-se nas teorias de Darwin e Lamarck sobre a evolução das espécies e as aplicava à loucura, naturalmente realizando uma adaptação forçada.

Ainda que na atualidade seja dispensável assinalar a conotação eminentemente enganosa e moralista da proposta de Morel, na época tal concepção foi tida como verdadeira, acarretando uma série de medidas absolutamente desumanas em relação aos "doentes mentais". Considerados incuráveis, os "loucos" deveriam ser, além de excluídos, impedidos de procriar e até exterminados para evitar a degeneração da raça. Tanto que, "coincidentemente", mesmo um século mais tarde, tais noções são retomadas pelos ideais nazistas de purificação da raça. Em nosso meio, o levantamento realizado por Costa (1981) sobre a Liga Brasileira de Higiene Mental, mostra claramente a relação entre a política de Hitler e as propostas eugênicas da citada Liga.

Contraopondo-se ao discurso psiquiátrico eminentemente organicista que, como foi visto, havia chegado a extremos impensáveis, tem lugar, no final do século XIX, o movimento psicanalítico fundado por Sigmund Freud. A proposta da psicanálise abre novas possibilidades para pensar as

perturbações emocionais com base numa explicação eminentemente psicológica: a origem das neuroses deve ser buscada na história individual, em especial nas vivências traumáticas infantis que, embora reprimidas, perduram durante a vida adulta sob a forma de fantasias inconscientes. Na visão freudiana, os conteúdos recalçados pela sociedade continuam atuantes no inconsciente de cada ser humano, solapando contínua e ininterruptamente a suposta racionalidade proposta pela sociedade e manifestando-se disfarçados pela censura psíquica nos sonhos, atos falhos ou sintomas neuróticos. Freud dá um enorme peso aos acontecimentos da vida enquanto geradores de sofrimento psíquico, com ênfase especial na repressão da sexualidade pela sociedade da época. Tal movimento foi instituinte e fundador (na acepção de Chauí, 1981) quando surgiu, não só porque desmascarava os malefícios causados pelo social no mental, mas também porque colocava em xeque a suposta racionalidade do comportamento socialmente manifesto.

No entanto, na própria estruturação conceitual da psicanálise, já existiam brechas para que suas propostas fossem incorporadas aos interesses da sociedade capitalista burguesa. A noção de realidade psíquica, inicialmente entendida como uma elaboração pessoal a partir dos dados da realidade, à medida que a teoria é (re)construída passa a ser tida como prevalente sobre a realidade externa e fruto do conflito perpétuo entre as pulsões de vida e de morte. Esta interpretação das pulsões como quase autônomas em relação ao ambiente e inerentes ao indivíduo particular, anula e dissimula a importância do contexto histórico e social concreto no qual o indivíduo vive e se desenvolve.

Como mostra Chauí (op.cit.):

"A ideologia teme tudo quanto possa ser instituinte ou fundador, e só pode incorporá-lo quando perdeu a força inaugural e tornou-se algo já instituído. Por essa via podemos perceber a diferença entre ideologia e saber, na medida em que, neste, as idéias são produto de um trabalho, enquanto naquela as idéias assumem a forma de conhecimentos, isto é, de idéias instituídas" (p.5)

Deste modo, algumas das idéias de Freud foram rapidamente incorporadas pela ideologia: se geraram uma maior tolerância para com as manifestações da sexualidade humana, estas de recalçadas passaram a ser banalizadas e até empregadas pela mídia como meio para estimular o consumo dos mais diversos produtos. Como afirmava Foucault (1985) de

reprimida, a sexualidade passou a ser falada e, a partir daí, administrada e controlada (talvez como a loucura deva ser para se tornar "produtiva").

Atualmente, depois de quase um século de psicanálise, encontramos sob este rótulo, pensamentos alinhados com os mais diversos posicionamentos políticos, desde teorias adaptativas que defendem a manutenção do *status quo*, quanto aquelas engajadas na transformação social.

No primeiro caso, o discurso psicanalítico identifica-se ao discurso psiquiátrico sobre os problemas mentais, constituindo-se como um segundo discurso da competência na medida em que ambos mascaram, cada um à sua maneira, a ação da realidade concretamente vivida na etiologia dos problemas emocionais. Neste caso, a diferença é que a psiquiatria situa a loucura no organismo doente e a psicanálise localiza-a num psiquismo perturbado pelo conflito entre as pulsões.

Um dos representantes da segunda postura política é Bleger (1958, 1977)¹⁰. Inspirado na Psicologia Concreta de Politzer, (1928)¹¹ defende a tese de que a conduta do ser humano só pode ser compreendida dentro de determinado contexto histórico, social e político e mesmo a loucura deve ser contextualizada. Bleger recoloca o conceito de "drama humano" dentro de uma perspectiva psicanalítica, enfatizando a questão fundamental do significado da conduta humana dentro de determinada situação. O termo "conduta" é entendido, por este autor, num sentido amplo, ou seja, abrange conteúdos corporais, mentais e de ação sobre o ambiente. Neste sentido, uma psicopatologia verdadeiramente psicanalítica é aquela que considera primordialmente a relação dialética que se estabelece entre homem e meio em que vive.

Se, por um lado, a psiquiatria foi surda aos apelos dos "loucos", considerando-os "incompetentes" por excelência, por não atribuir qualquer valor ou sentido ao que faziam ou diziam, considerando seu comportamento "estranho" como mero sintoma da doença mental, por outro, a psicanálise propôs-se a ouvi-los a partir das teses de Freud. Este método de escuta foi inusitado, por se basear na idéia de que processos de pensamento totalmente irracionais, oriundos do inconsciente, podem ser detectados tanto nas pessoas supostamente "normais" como naquelas consideradas "loucas". Nas primeiras, estes processos aparecem interferindo mais nitidamente nos

¹⁰Datas das publicações originais, respectivamente de "Psychoanalysis y dialectica materialista" e "Psicologia de la Conduta".

¹¹Data da publicação original.

sonhos, atos falhos ou chistes e, ainda assim, dissimulados sob uma aparente racionalidade. Nas segundas, o pensamento e o comportamento aparentemente ilógicos em termos formais conservam, entretanto, a lógica das associações inconscientes, havendo, portanto, um sentido latente, subjacente ao discurso ou ao comportamento manifesto.

A meu ver, é inestimável o valor da noção da permanência no inconsciente de conteúdos recalçados pela cultura, que podem eclodir violentamente no caso da loucura, ao mesmo tempo que partilhados socialmente podem ser produtores da mesma. Além disso, a psicanálise tem o mérito de mostrar como são tênues os limites da normalidade e da loucura e de atribuir sentido a esta última.

No entanto, tais contribuições podem ser usadas tanto para tornar o psicanalista sensível ao sofrimento de seu paciente, como para torná-lo tão ou mais surdo que seu colega psiquiatra. Desta forma, dependendo do uso que é feito das noções psicanalíticas, o "louco" pode ser considerado incompetente - já que desconhece os desígnios do seu inconsciente, cujo saber é restrito ao clã psicanalítico - ou pode ser portador de "verdades" às quais perdeu o acesso por contingências da vida. O papel do psicanalista é ajudá-lo na recuperação da competência perdida em função das circunstâncias inerentes à sua existência e acompanhá-lo no reencontro de sua trajetória vital.

Em meados do século XX, tiveram lugar dois movimentos distintos, ambos de oposição ao movimento asilar: a psiquiatria social e a anti-psiquiatria (Birman, 1982). A primeira concretizou-se, por exemplo, nas experiências inglesas e norte-americanas de Comunidades Terapêuticas e pretendia a penetração da psiquiatria no espaço social mais amplo, agindo não só com fins curativos, mas também com o objetivo de prevenir os fatores responsáveis pela eclosão das patologias mentais. A loucura enquanto doença mental não foi questionada por este modelo basicamente assistencialista; ao contrário, pretendia-se pela universalização do campo de cuidados da psiquiatria, um retorno aos objetivos originários da revolução psiquiátrica inaugurada por Pinel.

Por outro lado, o movimento anti-psiquiátrico, como o próprio nome indica, questiona de forma radical as relações entre psiquiatria e sociedade, recolocando o problema em termos políticos e ideológicos. A instituição psiquiátrica, entendida como participante de um sistema social e político mais amplo, passa a ser entendida como atuante diretamente na produção da loucura como enfermidade mental. Nas palavras de Birman (1982):

"... temos que reconhecer o mérito do movimento antipsiquiátrico em abrir esta questão, em levantar o problema, estabelecendo as ligações da psiquiatria com certas práticas sociais repressivas, demonstrando as articulações desta com uma certa forma de sociedade voltada para reprimir certos questionamentos, voltada para a manutenção de um certo universo familiar, fundamental para sua existência" (p.239)

Este movimento inseriu-se dentro de um contexto histórico mais amplo, simultâneo a movimentos estudantis e operários de orientação esquerdista que eclodiram no Ocidente com propostas de mudanças políticas radicais. A oposição antipsiquiátrica à exclusão social dos loucos em asilos psiquiátricos não se deveu apenas a motivos humanitários como queria a psiquiatria social, mas também, e principalmente, à compreensão de seu internamento compulsório como um ato político, uma violência contra os direitos humanos, um confisco da cidadania (Szasz, 1971). Propondo a extinção do manicômio, cujos efeitos iatrogênicos foram amplamente demonstrados por vários autores, além de ser aquele o lugar por excelência da manutenção do poder médico (Goffman, 1974; Foucault, 1972), a antipsiquiatria pretendia devolver a loucura ao seu lugar de origem: a sociedade que a produz, questionando assim as relações institucionais de poder, o direito da não loucura sobre a loucura, da razão sobre a "desrazão".

A loucura, que já havia sido definida pela psicanálise como sofrimento psíquico, é então inserida dentro de um contexto social mais amplo, sendo o louco visto pela antipsiquiatria como uma vítima do sistema social, a que expressa suas contradições, justamente por não mais as suportar. Experiências pioneiras, como as de Basaglia (1958) em Gorizia e Trieste e o trabalho de Laing e colaboradores na Inglaterra (Laing & Esterson, 1964; Cooper, 1967; Laing & Cooper, 1971), são exemplos deste movimento que provocou mudanças radicais na maneira de compreender a loucura e tratar os supostos "doentes mentais". Embora as diferentes abordagens antipsiquiátricas apresentem diferenças tanto técnicas como ideológicas e tenham utilizado diferentes estratégias em sua luta contra o poder institucional, estas iniciativas tem em comum o objetivo de reinterpretar a loucura como uma questão política.

Situar a loucura dentro de um contexto social e histórico é verdadeiramente revolucionário e instituinte pois descarta a possibilidade desta ser uma característica natural e uma possibilidade apenas inerente ao indivíduo. No entanto, partindo para o extremo oposto, isto é, entendendo o "louco" como uma vítima totalmente passiva frente às ações do meio

ambiente, sem qualquer participação na construção de seu destino é, da mesma forma que quer a psiquiatria, considerá-lo incompetente.

Por outro lado e de certa forma contraditoriamente ao posicionamento acima assumido, a antipsiquiatria vê a loucura como expressão de verdades insuportáveis, de contradições sociais inconciliáveis. Neste caso, acaba engendrando uma visão romântica da loucura, assumindo o louco o papel que o bobo da corte desempenhava na Idade Média. A idealização da loucura, considerando o louco portador de uma competência inquestionável, é a contra-face do discurso psiquiátrico. Louco e psiquiatra trocam de lugar e, desta vez, o saber é propriedade do primeiro.

Em outras palavras, radicalizado, este posicionamento frente à loucura torna-se igualmente falso e ideológico, tendo como conseqüência a descaracterização das perturbações mentais enquanto manifestações de intenso sofrimento psíquico individual gerado por condições adversas tanto intrapsíquicas como sociais, estando ambas intimamente ligadas.

De qualquer forma, a antipsiquiatria propôs-se ver sentido nas manifestações de loucura, inserindo-as dentro de uma conjuntura social e histórica. Laing e colaboradores (op.cit.) talvez tenham pecado por focalizar na família, entendida como sistema micropolítico, o núcleo da dinâmica psicótica e por pensar que, agindo sobre ela, seria possível modificar a sociedade. Assumindo esta postura, esqueceram-se de que a família, da mesma forma que o paciente, é vítima das contradições sociais. Acredito que sem um amplo trabalho de conscientização da sociedade e uma melhoria das condições de vida da população fica difícil operar transformações verdadeiras no modo de abordar e tratar os distúrbios mentais. Lembramos também o perigo, apontado por Birman (1982), de se praticar uma psiquiatria social que, ao invés de contextualizar a loucura, reforça o poder de controle social por parte do discurso competente sobre a loucura, entendida como doença mental.

No presente trabalho, pretendo ouvir o discurso de pacientes internados em instituição psiquiátrica conveniada com o Sistema Unificado de Saúde (SUS), focalizando suas representações sobre a loucura e suas experiências com o tratamento psiquiátrico a que são submetidos.

Em investigação anterior (Tsu & Machado, 1988), intitulada "Vida Cruel e Coração Magoado", estudamos a penetração do discurso psiquiátrico entre pacientes internados, ouvindo-os individualmente acerca da etiologia da doença mental. Os resultados mostraram que a maioria dos sujeitos

considera primordialmente fatores psicossociais como determinantes de sua condição, sendo que os homens enfatizam as adversidades da vida e as mulheres, as dificuldades afetivas. Estes pacientes contrapõem-se, portanto, ao fatalismo implícito no discurso organicista, na medida em que consideram fatores ambientes como determinantes de sua situação, embora não cheguem a tomar consciência de condições sociais e políticas mais amplas enquanto geradoras de sofrimento psíquico.

Por outro lado, como afirma Godelier (1981), toda dominação apresenta dois aspectos que se articulam intimamente: violência por parte dos dominadores e consentimento por parte dos dominados. Desta forma, a manutenção da instituição psiquiátrica como representante da ideologia dominante depende do grau de convencimento de familiares e pacientes de que este é um benefício que lhes é prestado pelo Estado. Tsu (1993) mostra, conforme apontamos na Apresentação, que os familiares continuam exercendo uma enorme pressão sobre o psiquiatra para obter a internação do paciente e a obtém recorrendo às estratégias mais dramáticas, não porque acreditem que esta promoverá sua "cura" mas porque, empenhados em garantir a própria sobrevivência a níveis mínimos, não suportam a sobrecarga emocional e material decorrente do difícil convívio com o indivíduo mentalmente perturbado. Assim sendo, de um modo ou de outro, continuam coniventes com a ideologia dominante.

Já os pacientes, considerados incompetentes do ponto de vista psiquiátrico, e assim representados socialmente dada a suposta competência atribuída à medicina pela sociedade, carregam uma competência inerente à sua própria condição: melhor de que ninguém podem discorrer sobre a loucura e o tratamento a que são submetidos. Não pretendo, entretanto, idealizá-los, imaginando que são portadores da indiscutível competência. Esta postura, como já foi assinalado, é também ideológica pois, além de relegar a segundo plano o sofrimento psíquico de que são vítimas, escamoteia o fato de que estão imersos no mesmo tecido ideológico que todos nós e, portanto, igualmente sujeitos à ação das representações socialmente veiculadas sobre a loucura. Neste sentido, sua situação "privilegiada" não os livra do risco, apontado por Godelier (op.cit.), de que estejam contaminados por alguns aspectos do discurso competente a ponto de, inadvertidamente, tornarem-se cúmplices de sua própria condenação.

Lembro também que, a partir de Foucault (1984b), passou-se a pensar as relações de poder não apenas nas suas modalidades repressivas, mas também como produtoras de positivities, por meio de estratégias que

legitimam o processo de dominação, fazendo com que os dominados aceitem sua posição, conformando-se e, o que é pior, concordando com este lugar que lhes é socialmente atribuído. Uma das estratégias usadas pela psiquiatria é, justamente, a manipulação ideológica das representações sobre os distúrbios mentais por meio de uma rede de micropoderes disciplinadores e normatizadores do pensamento e do comportamento dos indivíduos. Desta forma, estas infiltram-se por todo o espaço social, atuando diretamente na conduta das pessoas para com o suposto doente mental. Ora, a representação que cada um faz de si mesmo, enquanto indivíduo e enquanto pertencente a determinado grupo social, está direta e indiretamente relacionada à maneira como se vê refletido no "espelho" que a sociedade lhe apresenta. Além disso, como aponta Foucault (1984a), em diversas instituições, inclusive a psiquiátrica, existe ainda o fator da vigilância constante a que são submetidos seus internos. Este concretiza-se nas anotações do prontuário individual, lido por todos os integrantes da equipe profissional que atendem o paciente, influenciando e gerindo opiniões. Além disso, o próprio vigiado acaba sendo impregnado pelo olhar da instituição, até que acaba adquirindo de si mesmo a visão de quem o observa.

Mesmo considerando a chance de "contaminação" por parte dos pacientes, ou talvez por este motivo, penso que ouvi-los talvez seja uma das possibilidades de colocar em xeque o discurso psiquiátrico, não porque se constitua num discurso oposto ideologicamente ao primeiro, ou porque tenha condições de preencher as lacunas deixadas pela construção ideológica, mas, principalmente, porque ativa as contradições a ela inerentes. Este posicionamento implica, de acordo com Chauí (1981), numa superação da dicotomia competência-incompetência e na adoção de uma atitude dialética através da constituição de um discurso crítico ou "antidiscursos". Este termo é definido por esta autora da seguinte maneira:

"Um discurso que seja capaz de tomar o discurso ideológico e não contrapor a ele um outro que seria verdadeiro por ser "completo" ou pleno, mas que tomasse o discurso ideológico e o fizesse desdobrar todas as suas contradições, é um discurso que se elabora no interior do próprio discurso ideológico como o seu contradiscurso."
(p.22-23)

Isto posto, reafirmo que não tenho a ilusão de que tais pacientes apresentem uma atitude realmente crítica em relação à psiquiatria ou que suas representações sobre os distúrbios mentais sejam totalmente diversas daquelas socialmente difundidas. Nossa intenção, ao ouvi-los, é fazer um

"zoom" de aproximação, verificando como os conceitos, imagens e fantasias sobre a loucura veiculados no imaginário popular se inserem e fazem sentido no seu caso particular.

Muitas questões poderiam ser levantadas a partir da narrativa de pacientes psiquiátricos. No entanto, proponho-me a focalizar alguns aspectos, a meu ver, fundamentais tendo em vista os objetivos do presente trabalho:

1 - Quais são os conceitos, imagens e fantasias a serem destacados por cada um dos sujeitos em relação à loucura e/ou doença mental? Em outras palavras, do ponto de vista etiológico, a que atribuem a loucura? Que sinais apontam como característicos desta condição? Quais soluções têm a propor para a situação em que se encontram?

2 - É possível organizar estas representações em "teorias psicopatológicas"?

3 - De que maneira as representações provenientes das diferentes vertentes explicativas sobre a loucura, a saber, o discurso organicista, o modelo psicossocial e as concepções místicas articulam-se em cada caso particular?

4 - Comparando-se as representações e "teorias" elaboradas por diferentes pacientes, quais seriam os pontos de contato? Em que divergiriam?

5 - E, finalmente, até que ponto os sujeitos entrevistados são capturados pelo discurso competente que situa dentro do indivíduo a possibilidade da loucura? Em que medida, são capazes de contrapor-se a este posicionamento?

Enfim, são questões que dizem respeito à relação dialética que se estabelece entre indivíduo e sociedade, aquele na posição de dominado e esta, como um todo, na situação do dominador. Mas é preciso não esquecer que o dominador também está presente em cada dominado...

CAPÍTULO II - CONCEITOS, IMAGENS E FANTASIAS À LUZ DA PSICOLOGIA SOCIAL E À SOMBRA DA PSICANÁLISE

"Um processo cheio de silêncios, contradições, enigmas e estupidezes. (...) Naqueles dias felizes eu acreditava que a estupidez criasse o enigma. Aquela noite no periscópio pensava que os enigmas mais terríveis, para não se revelarem como tais, se mascaram em loucura. Agora penso ao contrário que o mundo seja um enigma benigno, que nossa loucura faz terrível por pretender interpretá-lo segundo a própria verdade" (Umberto Eco, "O Pêndulo de Foucault")

O estudo dos conceitos, imagens e fantasias diz respeito aos processos de pensamento que interferem diretamente no conhecimento e na interpretação da realidade. Poder-se-ia dizer que, considerados em conjunto, consistem em sistemas de representação do mundo em que vivemos, intermediados por operações mentais que incluem tanto a constituição de aspectos figurativos (imagens e fantasias) como os níveis mais abstratos do pensamento (conceitos).

A Teoria das Representações Sociais elaborada por Moscovici (1978) estuda o processo social pelo qual os conceitos racionais desenvolvidos pela Ciência são vulgarizados e incorporados ao senso comum, transformando-se em Representações Sociais (RS). As RS, traduzidas em imagens e fantasias, constituem, juntamente com os mitos e crenças, o imaginário popular que, não só orienta o modo de encarar a realidade social, como têm o poder de construí-la. Desta forma, a Teoria das Representações Sociais oferece subsídios para compreender como o discurso científico converte-se em discurso da competência, isto é, como o dado científico é transformado em RS criando um "aparecer" reconhecido socialmente como verdade.

Por outro lado, a Psicanálise mostra que o conteúdo manifesto do pensamento, mesmo nos seus níveis mais elaborados, está infiltrado por

imagens e fantasias inconscientes, propondo-se a elucidar aspectos latentes das representações. Neste sentido, pode ser promissor e fecundo um diálogo entre a Psicologia Social de tradição europeia representada por Moscovici e a Psicanálise fundada por Freud, embora estas duas abordagens partam de projetos epistemológicos distintos: a primeira interessando-se pelo processo social por excelência e a segunda dedicando-se ao estudo do funcionamento do aparelho psíquico. Kaës (1989), psicanalista colaborador de Moscovici, tem se ocupado de estabelecer um elo entre ambas em suas pesquisas sobre os processos grupais envolvidos na elaboração das RS, ressaltando a existência de "*organizadores psíquicos inconscientes da representação do grupo*"(p.106) e salientando a "*necessidade de um dispositivo psicanalítico apropriado à análise das formações intermediárias entre o campo psíquico e o campo social*"(p.107). O próprio Moscovici (1993) em seu artigo "The Return of Unconscious" reconhece a validade da hipótese da ação do inconsciente nas situações grupais ao afirmar:

"É também importante reconhecer que as manifestações dos fenômenos inconscientes são percebidas através dos fenômenos sociais, da cultura ou linguagem. Então podemos afirmar com confiança que os dois processos, disfarce e supressão, representam meios pelos quais as idéias inconscientes dominam as idéias conscientes. Uma desvia a consciência, a outra a provoca; uma a ataca da margem, a outra (atinge) o centro."(p. 90-91)

No presente capítulo, pretendo esboçar uma interlocução entre as idéias de Freud e a Teoria das Representações Sociais, estabelecendo uma articulação entre ambas. Para tanto, inicialmente apresentarei um breve resumo das principais proposições da Teoria das Representações Sociais, seguido da exposição sucinta da perspectiva freudiana acerca do funcionamento mental, enfatizando em particular suas teses sobre a formação e interpretação dos sonhos. Finalizarei acrescentando as importantes contribuições de Bleger (1958, 1977), para quem o ser humano é essencialmente social e, portanto, toda e qualquer conduta deve ser entendida a partir desta perspectiva.

1 - A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Moscovici elaborou esta teoria inspirando-se no conceito sociológico de "representações coletivas" desenvolvido Durkheim. Contudo, dele se distanciou desde o início, tanto que as renomeou como "representações sociais" (RS), por considerá-las sob uma perspectiva psicossociológica, levando sempre em conta a interação entre indivíduo e sociedade.

Em sua obra inicial, "Representação Social da Psicanálise" (1978), Moscovici define a RS como um sistema de pensamento de determinado grupo social acerca de si próprio ou de outros grupos, indivíduos ou fenômenos, que se processa de modo essencialmente dinâmico, a partir de interações dentro do próprio grupo. Neste sentido, ela não é nem individual, nem coletiva; é construída na relação entre os indivíduos e diz respeito ao modo como se relacionam com algo novo e incomum.

Mais tarde, Moscovici (1984) reitera o caráter dinâmico das RS, afirmando que estas são fruto de uma "*sociedade pensante*" (p.15), cujos membros, contínua e ativamente, interferem na sua elaboração. E completa esta formulação, postulando que a matéria prima das RS provém dos "universos reificados", isto é, do domínio do pensamento erudito e científico circunscrito a especialistas das diferentes áreas do conhecimento. As informações provenientes destes universos, quando veiculadas nos "universos consensuais", isto é, nas interações da vida cotidiana, são, segundo Moscovici (op.cit.), recicladas e transformadas em teorias do senso comum.

Jodelet (1984), colaboradora de Moscovici, retoma a Teoria das Representações Sociais desenvolvida por este autor (1978), destacando sua dupla natureza, conceptual e figurativa. Mostra também como o fator social está presente em todo o processo de elaboração das RS, no qual distingue dois processos: objetivação e ancoragem. Na objetivação, o social transforma a novidade (por exemplo, uma descoberta científica) em RS e na ancoragem, a RS atua sobre o social.

A objetivação é definida como uma característica do pensamento social responsável por materializar um conceito, sendo este processo intermediado pela formação de imagens. Estas imagens ou figuras são ativamente construídas graças a modificações sucessivas introduzidas naquilo que é percebido, tendo como base elementos e fatos já conhecidos e reconhecidos socialmente. O processo culmina com um "*núcleo figurativo, um complexo de imagens que reproduz visualmente um complexo de idéias*" (Moscovici, 1984), sendo estas imagens tomadas por realidade.

A ancoragem, por sua vez, consiste no enraizamento social da nova RS. O objeto representado é integrado no sistema de pensamento pré-existente, passando ao domínio da linguagem que a reinterpreta de acordo com esquemas já estabelecidos. À imagem do novo objeto são atribuídos significados carregados de conotações valorativas, que interferem decisivamente no seu julgamento. Na atualidade, os meios de comunicação, vulgarizadores do saber científico, têm um papel fundamental na constituição da RS de determinada "descoberta científica", como afirmam Moscovici & Hewstone (1984):

"...a revolução das comunicações, inicialmente pelos livros e jornais e, em seguida, pela mídia, permitiu a difusão das imagens, noções e linguagens que a ciência não cessa de inventar. Elas tornam-se parte integrante da bagagem intelectual do homem de rua."(p.543)

Assim sendo, o processo de engendramento da RS de determinado objeto tem origem no intercâmbio de idéias e imagens dentro do grupo social e, uma vez articulada uma RS comum, esta é veiculada socialmente e passa a orientar condutas em relação ao objeto social em questão. Eis o elo entre a função simbólica da RS e seu poder de construção do real. Como afirma Jodelet (1984a):

"As representações sociais são fenômenos complexos cujos conteúdos devem ser cuidadosamente examinados e relacionados às diferentes facetas do objeto representado para chegar a desvendar os processos múltiplos que contribuem para sua elaboração e para sua consolidação como sistemas de pensamento que sustentam as práticas sociais"(p.34 - grifos meus)

Neste sentido, as RS apresentam uma dupla face: *"produto e processo de apropriação de uma realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social desta realidade"* (Jodelet, 1989, p. 37). Partindo desta idéia, as RS são entendidas como:

"uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma finalidade prática e contribuindo para a construção de uma realidade comum ao conjunto social." (Jodelet, 1989, p. 36)

Esse processo de construção e reconstrução do "real" tem, segundo Moscovici (1978), como principal objetivo *"tornar familiar o insólito e insólito o familiar, mudar o universo sem que ele deixe de ser o nosso universo"* (p.60). Esta função tem raízes profundas no psiquismo humano, consistindo numa

maneira de enfrentar o medo, o desconforto e a angústia frente ao diferente, ao desconhecido, ao desorganizado.¹²

Tendo em vista estas proposições, a RS de algo é ao mesmo tempo dinâmica e estática, tem um caráter inovador e reacionário, libera e captura a imaginação. Entre sujeito e objeto estabelece-se uma relação dialética entre dois polos opostos: mudança e estagnação. O novo é incorporado ao antigo, observado e avaliado com base em padrões pré-estabelecidos socialmente. O antigo também sofre modificações, na medida em que, lentamente, novos elementos são integrados ao conjunto anterior.

Relembrando as idéias de Chauí (1981), vimos que esta autora é pessimista quanto às conseqüências deste processo: acredita que o novo só pode ser absorvido pela sociedade depois que perdeu sua força instituinte, isto é, quando a classe dominante já obteve meios para neutralizar o efeito revolucionário da "novidade". Na sua opinião, transformações sociais verdadeiras e profundas só seriam possíveis a partir da constituição de um discurso crítico que apontasse as contradições inerentes ao discurso competente e o desmontasse internamente.

Uma das maneiras de começar a desativar o discurso da competência no plano teórico é usar os recursos da Psicanálise pois, com a descoberta do inconsciente, **reservatório de conteúdos socialmente recalçados**, Freud abriu novos caminhos para a compreensão do psiquismo humano. Com base nesta abordagem, é possível supor que as representações, incluindo os conceitos racionais veiculados pelo discurso da competência e as representações sociais dele originárias, estão permeadas por imagens e fantasias inconscientes que, como bem mostra Freud, mesmo recalçadas, continuam atuantes, ainda que disfarçadas sob uma capa de racionalidade.

Passemos a seguir às proposições de Freud.

¹² Neste ponto, as opiniões de Moscovici e Chauí (1981) coincidem uma vez que ambos atribuem às representações a função de aplacar inquietações profundas do ser humano. No entanto, como vimos, Chauí enfatiza o uso ideológico que pode ser feito destas representações: a classe dominante vale-se desta característica humana para exercer seu domínio e poder sobre as classes menos favorecidas, dissimulando a dominação sob a fachada científica assumida pela representação social, que passa então ao status de conceito racional, isto é, de verdade inquestionável.

2 - A PERSPECTIVA FREUDIANA

O termo representação (Vorstellung) é clássico em filosofia e, segundo Lalande (1993) designa:

"o que está presente no espírito, o que 'se representa': o que forma o conteúdo concreto de um ato do pensamento" (p.883)

donde representar (Vorstellen) significa:

"Apresentar aos sentidos de maneira atual e concreta a imagem de uma coisa irreal, ausente ou impossível de se perceber diretamente... Assim, 'representar algo', quer dizer figurá-lo, imaginá-lo de forma concreta no espírito." (p. 884)

Segundo Laplanche e Pontalis (1961), Freud inicialmente conserva o sentido tradicional do termo "representação" em filosofia e psicologia, mas faz deste um uso original, ao distinguir entre *representações*¹³ *conscientes e inconscientes* e ao afirmar que a *representação mental* de um objeto não é nem uma cópia fiel da realidade externa, nem um produto apenas do psiquismo. A seu modo, Freud supera a dicotomia "realidade X fantasia" quando admite que o psiquismo realiza um incessante trabalho de (re)elaboração dos estímulos percebidos por meio dos processos de pensamento. Estes estão, a seu ver, intimamente relacionados aos dois princípios do funcionamento mental, o do prazer e o da realidade, o primeiro visando unicamente a satisfação pulsional e o segundo adequando-a aos dados da realidade.

2.1 - Os dois princípios do funcionamento mental

Em 1900, ao escrever a "Interpretação dos Sonhos", Freud faz uma afirmação taxativa: *"Os sonhos são atos psíquicos...; sua força propulsora é, na totalidade dos casos, um desejo que busca realizar-se"* (p. 489). Este desejo é sempre inconsciente, isto é, recalcado pela cultura, não podendo expressar-se livremente.

Freud (op.cit.) ainda esclarece que o desejo inconsciente é originário da infância, aparecendo muitas vezes deslocado para objetos contemporâneos, mas expressando afetos oriundos das primeiras relações

¹³Destacarei o termo "representação" (Vorstellung) em itálico quando me referir ao sentido a ele atribuído por Freud, a saber, pensamentos e imagens, próxima ou longinquamente infiltrados por conteúdos inconscientes que podem se articular em fantasias.

objetais. O sonho é, portanto, entendido como uma encenação do desejo inconsciente, onde o sonhador (re)vivencia afetos primitivos por intermédio de uma sucessão de imagens perceptivas. Estas imagens produzidas pelo indivíduo são organizadas numa trama onde interagem dois processos:

"Um deles produz pensamentos oníricos perfeitamente racionais, com a mesma validade que o pensamento normal; já o outro trata esses pensamentos de um modo que é excepcionalmente desconcertante e irracional" (Freud, 1900, p. 541)

O segundo desses processos, Freud denominou processo primário que, proveniente do inconsciente, desobedece às noções lógicas elementares e despreza tabus e contradições; sua finalidade é dar vazão ao desejo inconsciente. O outro processo, chamado de elaboração secundária, é responsável pela organização das imagens numa trama sempre condensada, podendo, no entanto, ser mais ou menos inteligível. Sua inteligibilidade depende do compromisso firmado com a censura psíquica que, após exigir uma série de distorções, possibilita a expressão do desejo recalçado.

Em 1911, Freud publica "Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental" onde associa o processo primário de pensamento ao princípio do prazer e o processo secundário ao princípio da realidade, lançando mão de uma explicação ontogenética do ser humano.

O princípio do prazer é considerado por Freud como característico dos primórdios do desenvolvimento, quando era o único operante. O recém-nascido, em estado de total desamparo, depende da mãe para a satisfação de toda e qualquer espécie de necessidade. No caso da fome, por exemplo, o estado de repouso psíquico do bebê é interrompido por um estado de tensão e graças à intervenção de um adulto, em geral a mãe, que lhe fornece alimento, uma satisfação real é obtida. É assim produzida uma "vivência de satisfação", ligada tanto à imagem do objeto que a proporcionou, como à imagem do movimento reflexo que gerou a descarga de tensão. Quando reaparece o estado de tensão, a imagem do objeto é reinvestida e produz-se algo análogo à percepção, ou seja, uma alucinação que, nesta fase do desenvolvimento, age com o mesmo "indício de realidade" que uma percepção. O conjunto desta experiência - satisfação real e alucinatória - constitui para Freud a base do desejo. Assim, o desejo tem sua origem na busca de uma satisfação real, mas constitui-se segundo o modelo da alucinação primitiva.

Com o passar do tempo, a solução fundada no princípio do prazer torna-se ineficiente porque a alucinação engana mas não resolve. Ao mesmo tempo, o bebê vai progressivamente desenvolvendo recursos psíquicos que possibilitam maior contato com a realidade. Deste modo, a tentativa de obter satisfação por meio da alucinação é gradativamente abandonada, mais precisamente sofre um processo de recalçamento. Neste contexto, um novo princípio de funcionamento mental é introduzido: o princípio da realidade, passo inaugural na distinção entre os sistemas consciente e inconsciente. O bebê aprende a adiar a satisfação imediata das pulsões e a tomar contato com a realidade através de modificações no aparelho psíquico necessárias à adaptação ao mundo externo. O desenvolvimento do pensamento coíbe a descarga motora e permite uma aprendizagem progressiva da realidade que proporciona, por meio dos desvios e adiamentos necessários, a satisfação procurada. Por conseguinte, o princípio da realidade aparece secundariamente como uma modificação do princípio do prazer ao qual sucede, embora não o suprima. Este continua atuante no inconsciente, encontrando expressão especialmente na atividade de fantasiar, reduto psíquico do princípio do prazer:

"...Com a introdução do princípio da realidade, uma das espécies da atividade de pensamento foi separada; ela foi liberada do teste de realidade e permaneceu subordinada somente ao princípio do prazer. Esta atividade é o fantasiar que começa já nas brincadeiras infantis, e posteriormente, conservada como devaneio, abandona a dependência de objetos reais." (Freud, 1911, p.281 - grifos do autor)

Como observou Freud, prazer e realidade constituem dois princípios antagônicos do funcionamento psíquico, operando segundo leis totalmente distintas na busca da satisfação. Ao primeiro permanecem ligadas as pulsões sexuais e ao segundo, as pulsões de autoconservação ou do ego.¹⁴ Isto acontece porque é necessário que a satisfação esperada seja submetida a desvios e adiamentos para que se efetive na realidade. Por outro lado, a recordação da satisfação originária jamais é perdida, sobrevivendo no inconsciente e manifestando-se basicamente na vida imaginativa.

¹⁴Para Laplanche e Pontalis (1990), a pulsão sexual nasce como um produto marginal no decorrer da satisfação das necessidades naturais de alimentação. Conclui que, por este motivo, desde cedo as funções autopreservativas permanecem ligadas à realidade e, inversamente, a emergência da sexualidade corresponde à fantasia e à realização alucinatória do desejo.

Voltando aos processos de pensamento atuantes no psiquismo humano, Freud (1911) afirma que o processo primário, resultante do princípio do prazer, visa uma "identidade de percepção", isto é, reproduzir numa modalidade alucinatória, as imagens relativas à vivência de satisfação originalmente encontrada. Já o processo secundário, decorrente do princípio da realidade, estabelece uma "identidade de pensamento", na qual a satisfação é buscada nos pensamentos entre si, pelo emprego de diversas faculdades mentais: atenção, juízo, raciocínio. Ainda no entender de Freud, a identidade de pensamento constitui uma modificação da identidade de percepção, que acontece graças à introdução do princípio da realidade, mas permanece a ela ligada. Desta maneira, toda a atividade do pensamento, por mais complexa que seja, no fundo, nada mais é de que um desvio, sem dúvida necessário frente às exigências da realidade, ocorrido no percurso que leva à realização do desejo.

Por outro lado, fenômenos como o sonho e o devaneio resgatam do inconsciente lembranças de vivências primitivas de satisfação pulsional, desde que estas sofram as devidas transformações pela ação combinada dos processos primário e secundário, tornando-se aceitáveis pela consciência.

2.2 - Representações conscientes e inconscientes

Nos seus artigos sobre a metapsicologia datados de 1915, mais especificamente em "Os instintos e suas vicissitudes" ("Tribe und Tribschicksale", 1915a) e em "O recalçamento" ("Die Verdrangung", 1915b), Freud afirma que a pulsão¹⁵ só pode ser conhecida através de seus representantes psíquicos visto que, em si mesma, é uma entidade limítrofe entre o somático e o psíquico. Entre estes representantes, Freud distingue um *componente ideacional* (Vorstellung) e outro *afetivo*, concluindo que cada um deles tem um destino diferente.

Já por ocasião da publicação da "Interpretação dos Sonhos" (1900), Freud afirmava que *"é precisamente a transformação do afeto que constitui a essência daquilo que chamamos 'recalçamento'"* (1900, p. 547). No segundo artigo acima citado (1915b), Freud retoma essa questão, afirmando que a "quota de afeto" pode sofrer três vicissitudes: ser inteiramente

¹⁵Na Edição Standard Brasileira, por mim consultada, "trieb" é traduzido por "instinto". Entendo que esta tradução é equivocada e substituí tanto no texto do presente trabalho, quanto nas citações o termo "instinto" por "pulsão", expressão consagrada no vocabulário psicanalítico.

suprimida, conservar-se como tal ou sofrer transformações que a tornam qualitativamente diferente, sendo, em geral, percebida como ansiedade. Assinala que, mesmo quando o recalçamento obtém êxito no que diz respeito ao representante ideacional, falha se não conseguir impedir a emergência de sentimentos de desprazer ou ansiedade.

A seu ver, entretanto, não existem afetos ou emoções inconscientes da mesma forma que existem idéias inconscientes, porque aqueles correspondem a processos de descarga, ao passo que as idéias fundam-se basicamente em traços de memória. E acrescenta:

"Com freqüência, a pulsão tem que esperar até que encontre uma idéia substitutiva no sistema consciente. O desenvolvimento do afeto pode então provir deste substituto consciente e a natureza deste substituto determina o caráter qualitativo do afeto" (1915b, p. 206)

Entendo que, na sua concepção, o afeto percebido conscientemente decorre de uma associação com uma idéia substitutiva daquela originalmente recalcada e, neste caso, passa a ter o colorido afetivo adequado a ela. Assim, sentimentos percebidos como medo e aversão podem ser também expressão de desejos inconscientes.

Quanto ao *representante ideacional* (Vorstellung), ou seja, a *representação*, Freud afirma que um dos destinos a que está sujeito é o recalçamento, consistindo este essencialmente em afastá-lo do sistema consciente, mantendo-o no inconsciente onde é submetido ao processo primário de pensamento. O recalçamento é produzido quando a satisfação de uma pulsão, que em si mesma proporciona prazer, ameaça provocar desprazer relativamente a exigências ligadas ao princípio da realidade.

Freud distingue três fases do recalçamento: o recalçamento originário, o recalçamento propriamente dito e o retorno do recalçado.

O recalçamento originário é um marco na vida psíquica, coincidindo com a introdução do princípio da realidade e com a distinção entre os sistemas inconsciente e pré-consciente. Devido a um contrainvestimento por parte do sistema pré-consciente, são recalçadas as *representações* (pensamentos, imagens, recordações) relativas à vivência de satisfação primitiva que passam a formar um primeiro núcleo inconsciente. Estabelece-se neste contexto uma fixação, isto é, a pulsão fica ligada a esta *representação* e permanece inalterada a partir de então, funcionando como polo de atração para outros elementos a recalcar.

A segunda fase, o recalçamento propriamente dito, consiste em negar aos derivados mentais da *representação* primariamente recalçada o acesso à consciência, separando-a de sua carga afetiva. Existe, portanto, não só uma repulsa por parte do sistema consciente em direção ao inconsciente, mas também uma atração para o inconsciente de cadeias associativas de pensamentos a partir de uma *representação imã*.

O fato de mergulhar no inconsciente, permanecendo inacessível ao controle consciente, faz com que a *representação* recalçada continue ativa, organize-se ainda mais e estabeleça ligações segundo as leis do processo primário. Como afirma Freud:

"Ela prolifera no escuro, por assim dizer, e assume formas extremas de expressão que, uma vez traduzidas e apresentadas ao neurótico, irão não só lhe parecer estranhas, mas também assustá-lo, mostrando-lhe o quadro de uma perigosa força da pulsão. Essa força falaz da pulsão resulta de um desenvolvimento desinibido da fantasia e do represamento ocasionado pela satisfação frustrada."
(1915b, p.172)

No entanto, o recalçamento não retira do consciente todos os derivados mentais daquilo que foi tornado inconsciente. Caso estes distanciem-se suficientemente da *representação* recalçada, tornando-se resquílios remotos e distorcidos da mesma, passarão pela censura do sistema consciente e terão livre acesso à consciência. Desta forma, usando o método da associação livre é possível atingir aquilo que foi recalçado. Isto porque, para Freud, o encadeamento dos pensamentos não é apenas mecânico, mas determinado por certas *representações* privilegiadas que exercem uma verdadeira atração sobre as outras. Freud chamou de "*representação-meta*" ao que orienta o curso dos pensamentos, assinalando que as associações obedecem a uma finalidade que, em última instância, é a "*representação do desejo*" aliado a uma vivência de satisfação.

Numa terceira etapa, assiste-se ao "retorno do recalçado", isto é, ao fato de uma *representação* afastada da consciência a ela retornar de maneira deformada, manifestando-se nos sonhos, lapsos e sintomas, situações em que são satisfeitos simultaneamente o desejo inconsciente e as exigências da censura.

Em "O Inconsciente"(1915c), Freud distingue dois tipos de *representações*: as "*representações de coisa*" e as "*representações de palavra*", definindo-as da seguinte maneira:

"O que chamamos de representação¹⁶ (Vorstellung) consciente do objeto agora pode ser dividido na representação da palavra (Wortvorstellung) e na representação da coisa (Sachvorstellung)... Agora parece que sabemos de imediato qual a diferença entre uma representação consciente e uma inconsciente. As duas são, como supúnhamos, registros diferentes do mesmo conteúdo em diferentes localidades psíquicas...; mas a representação consciente abrange a representação de coisa mais a representação da palavra que pertence a ela, ao passo que a representação inconsciente é a representação de coisa apenas." (1915c, p.229)

Neste trecho, Freud situa a *"representação da palavra"* no sistema consciente, estando, portanto, sujeita às leis do processo secundário que estabelece "identidades entre pensamentos" e é regido pelo princípio da realidade. Entretanto, alerta que a *representação* consciente é uma combinação da *"representação de palavra"* mais a *"representação de coisa"*. Esta observação se deve, como já foi visto, à proposição de que a identidade de pensamentos tem suas raízes na alucinação primitiva, nascendo após a introdução do princípio da realidade que sucede o princípio do prazer, embora não anule sua ação.

Já a *"representação da coisa"* pertence ao sistema inconsciente, estando relacionada diretamente à identidade de percepção decorrente de uma vivência de satisfação e consistindo essencialmente em imagens mnésicas. Sujeita-se, portanto, ao processo primário de pensamento orientado exclusivamente pelo princípio do prazer. Como afirma Freud (op.cit.): *"O núcleo do inconsciente (...) consiste em impulsos carregados de desejo."*(p.213)

Ressalta ainda neste artigo (1915c) que a condição para as *representações* inconscientes tornarem-se conscientes é que as imagens estejam ligadas às palavras:

"Mas as representações de palavra, também, por seu lado, se originam das percepções sensoriais, da mesma forma que as representações de coisa. (...) Contudo, o pensamento prossegue em sistemas tão distantes dos resíduos perceptivos originais, que já não retém coisa alguma das qualidades desses resíduos que, para se tornarem conscientes, precisam ser reforçadas por novas qualidades. (...) Como podemos ver, estar ligado às

¹⁶O termo "Vorstellung" é traduzido na Edição Standard Brasileira como "apresentação". No entanto, mantive a tradução "representação", constante do Vocabulário de Psicanálise (Laplanche e Pontalis, 1961), inclusive nas citações, por ser este termo empregado correntemente na maioria dos textos psicanalíticos redigidos em língua portuguesa ou para ela traduzidos.

representações de palavra não é a mesma coisa que tornar-se consciente, mas limita-se a possibilitar que isso aconteça. É, portanto, algo característico do sistema pré-consciente, e somente deste sistema".(p. 231)

Uma vez que as *representações de coisa* derivam da "alucinação primitiva", consistem basicamente em imagens de fragmentos do corpo e de atos corporais que produzem sensações (prazer-desprazer) e cujos representantes ideacionais foram recalçados, isto é, tornados inconscientes. Estas *representações inconscientes*, por sua vez, articulam-se entre si, combinando-se, de acordo com as leis do processo primário de pensamento, em fantasias¹⁷ inconscientes. Além disso, sendo mantidas em estado de recalçamento, elas só têm chance de ascender à consciência caso se associem de algum modo a *representações de palavra*.

Partindo das teses de Freud nos dois artigos acima citados (1915b e 1915c), entendo que as "*representações de coisa*" funcionam como núcleos de atração para o inconsciente de outras *representações*, proximamente a elas associadas. No entanto, as "*representações de palavra*", pertencentes à mesma cadeia de pensamentos, mas longinquamente ligadas às *representações* recalçadas e mantidas nos sistemas pré-consciente e consciente, funcionam como ponto de partida para se chegar às *representações* e fantasias inconscientes. É esta a finalidade do método da associação livre. Desta forma, "*representações de palavra*", conscientes ou pré-conscientes, organizadas ou não em fantasias, estão também infiltradas por conteúdos inconscientes, sendo a aparência muitas vezes inofensiva das *representações* e fantasias acessíveis à consciência, apenas a fachada que dissimula desejos primitivos recalçados.

A partir destas idéias, Freud conclui que as fantasias inconscientes estão no ponto de partida do processo metapsicológico da formação dos devaneios diurnos e sonhos. Em ambos, estabelece-se um compromisso entre os processos primário e secundário do pensamento, o primeiro visando a realização do desejo inconsciente que se manifesta predominantemente em imagens visuais. Estas imagens são articuladas numa trama mais ou menos inteligível devido à interferência do processo secundário, com o objetivo burlar a censura psíquica e ascender à consciência. Assim, as

¹⁷Laplanche e Pontalis (1961) assim definem o termo "Fantasia": "encenação em que o sujeito está presente e que representa de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo, em última análise, de um desejo inconsciente". Acrescentam que as fantasias podem ser conscientes ou inconscientes, entendidas estas últimas como "estruturas subjacentes a um conteúdo manifesto".

fantasias inconscientes não só constituem o núcleo do sonho, mas também são o ponto privilegiado do "retorno do recalcado".

Acredito que, como o sonho, toda e qualquer representação é constituída a partir de formações de compromisso¹⁸ entre conteúdos inconscientes e conscientes, derivados da experiência individual e cultural. Neste sentido, tanto as RS como os conceitos "racionais" socialmente difundidos sobre a loucura, entendidos como "*representações de palavra*", corresponderiam ao conteúdo manifesto. No entanto, num nível latente, tais *representações* encontram-se permeadas por concepções imaginárias expressas em imagens e fantasias que, por sua vez, abarcam tanto "*representações de palavra*" como "*representações de coisa*". Por outro lado, estas últimas estão em conexão direta com o impulso para realização do desejo inconsciente, que pede passagem para os sistemas pré-consciente e consciente graças à sua ligação com as representações de palavra. Assim, o conteúdo de toda e qualquer representação, seja ela racional ou imaginária, pode ser considerado como uma das extremidades de cadeias associativas que, orientadas por "*representações-meta*", acionam todo um encadeamento de pensamentos e imagens rumo ao inconsciente.

A seguir, retomarei brevemente o processo da constituição dos sonhos sob a ótica freudiana, aplicando posteriormente as noções nele implicadas à questão das representações em geral (conceitos, imagens e fantasias).

2.3 - A formação dos sonhos

Ao publicar, em 1900, a "Interpretação dos Sonhos", Freud identifica quatro fatores principais na formação do sonho: condensação, deslocamento, representabilidade em imagens visuais e elaboração secundária, sendo os três primeiros decorrentes da ação do processo primário e o último, fruto do processo secundário.

A condensação consiste na compressão de dois ou mais elementos de um pensamento em uma única imagem que, uma vez evocada, age como uma "*representação meta*", isto é, funciona como uma senha de acesso que suscita automaticamente toda uma rede de associações inconscientes.

¹⁸A expressão "formação de compromisso" foi empregada por Freud para designar "a forma que o recalcado vai buscar para ser admitido no consciente, retornando no sintoma, no sonho e, mais geralmente, em qualquer produção do inconsciente; as representações recalçadas são então deformadas pela defesa a ponto de serem irreconhecíveis. Na mesma formação - num mesmo compromisso - podem assim satisfazer-se simultaneamente o desejo inconsciente e as exigências defensivas" (Laplanche e Pontalis, 1961).

Corresponde aproximadamente ao que ocorre quando ouvimos os acordes iniciais de uma música conhecida que despertam a lembrança imediata do restante da melodia.

O segundo fator é o deslocamento que providencia a substituição de alguma *representação* particular carregada de intenso interesse por outra, ligada à primeira em algum aspecto, mas aparentemente insignificante do ponto de vista emocional.

Freud considera a representabilidade em imagens perceptivas, especialmente visuais, um segundo tipo de deslocamento e afirma o seguinte:

"A direção tomada pelo deslocamento geralmente resulta no fato de uma expressão insípida e abstrata do pensamento onírico ser trocada por uma expressão pictórica e concreta... Uma coisa pictórica é, do ponto de vista do sonho, uma coisa passível de ser representada: pode ser introduzida numa situação em que as expressões abstratas oferecem à representação nos sonhos o mesmo tipo de dificuldades que um editorial político ofereceria a um ilustrador." (1900, p.323 - grifos de Freud)

O último fator, a elaboração secundária é responsável pela fachada relativamente inteligível e racional que o sonho adquire após sua intervenção, podendo ser identificada com o pensamento de vigília.

Todos estes fatores combinados têm por objetivo cumprir o compromisso estabelecido com a censura: dar vazão ao desejo inconsciente devidamente disfarçado. Como sabemos, segundo Freud, o desejo inconsciente é oriundo da infância caracterizando-se, portanto, o sonho como um processo regressivo que abrange três aspectos: o aspecto tópico, pois existe uma regressão dos sistemas pré-consciente e consciente para o inconsciente; o aspecto temporal no sentido que *"o sonho poderia ser descrito como o substituto de uma cena infantil"* (1900, p.500) e o aspecto formal, porque nos fenômenos oníricos os métodos primitivos de expressão e representação tomam o lugar dos métodos habituais.

Em 1917, no seu "Suplemento Metapsicológico à Teoria dos Sonhos", Freud retoma a questão da regressão formal presente no sonho, identificando-o como uma projeção, *"uma externalização dos processos internos"*(p.255), já conhecida como um dos mecanismos de defesa do ego, e reforçando a idéia de que o sonho é uma vivência alucinatória, uma vez que:

"os pensamentos são transformados em imagens, principalmente de natureza visual; isto é, as representações

de palavra são levadas de volta às representações de coisa que lhes correspondem" (p.259)

A seguir, pretendo aplicar os elementos apresentados a respeito do sonho na teoria freudiana à Representação Social, conforme definida por Moscovici.

2.4 - O fenômeno onírico e as representações sociais

Partindo do pressuposto que toda e qualquer representação¹⁹ é constituída, da mesma forma que os sonhos, com base em "formações de compromisso" entre as diversas instâncias psíquicas, penso que os conteúdos inconscientes recalçados pela cultura expressam-se, devidamente travestidos pelos padrões socialmente aceitos, nos conceitos, imagens e fantasias socialmente difundidas a respeito de determinado objeto social. O "aparecer social", fruto de um processo de elaboração secundária, nada mais é de que o conteúdo manifesto, a fachada das mais íntimas paixões.

Assim sendo, como o sonho, as representações ocultam, ao mesmo tempo que expressam, um desejo inconsciente. Por conseguinte, os conteúdos mentais implicados nestas representações submetem-se, por um lado, às leis do processo primário, estando sujeitos à condensação e deslocamento e, por outro, ao processo secundário que torna aceitável pelo sistema consciente e, portanto, socialmente, o produto final.

Penso também que a representabilidade em imagens visuais, patente no sonho, está presente, ainda que de forma implícita, na constituição das representações, em especial das representações sociais, do mesmo modo que comparece, por exemplo, nos devaneios. Quanto a este aspecto, é possível fazer um paralelo com a imagem de um céu estrelado. As estrelas aparecem após o entardecer, assim como as imagens oníricas são visíveis durante o sono; no entanto, continuam presentes durante o dia, ainda que invisíveis a olho nu. Além disso, há sonhos em que as fantasias estão melhor articuladas e a trama é mais inteligível, dependendo da ação do processo secundário, da mesma forma que os astros luminosos podem ou não estar escondidos pelas nuvens, inacessíveis à visão comum. Isto também se aplica às fantasias subjacentes às representações sociais que são camufladas pelo "aparecer social".

¹⁹Aqui entendida como abrangendo tanto os conceitos tidos como racionais veiculados pelo discurso da competência, quanto as representações sociais, concepções imaginárias elaboradas a partir da "matéria prima" fornecida pelo saber competente.

Uma vez aceito o pressuposto de que as representações estão impregnadas por conteúdos inconscientes devidamente dissimulados, entendo que, da mesma forma que o sonho, elas são projeções de fantasias inconfessáveis em sua consciência e, portanto, instâncias privilegiadas para o "retorno do reprimido". A evocação de determinado objeto social põe em funcionamento toda uma cadeia de associações, em princípio condensadas numa só representação e deslocadas de seu ponto de origem. Desperta, assim, representações e fantasias inconscientes, cujo afeto foi dissociado da representação original e transformado pela adesão a uma representação substitutiva.

Deste modo, não só as representações sociais, mas também os conceitos veiculados pelo saber competente acerca da loucura escondem, sob a capa de cientificidade e racionalidade, imagens e fantasias inconscientes, representantes psíquicos de desejos arcaicos tidos como inaceitáveis pelos padrões culturais.

Recapitulando, agora de posse da argumentação psicanalítica, as colocações de Moscovici (1978) e Jodelet (1984) sobre o processo de constituição de uma representação social, acrescenta-se a estas noções uma nova dimensão, a do inconsciente.

Quando Jodelet refere-se ao processo de "objetivação", que consiste na formação de um "núcleo figurativo" a partir de imagens, é plausível entender tais imagens como oriundas do inconsciente e equivalentes às imagens oníricas que, por sua vez, descendem das "*representações de coisa*", representantes psíquicos de desejos e vivências oriundos da infância. Estas imagens, uma vez ligadas as "*representações de palavra*", combinam-se em "encenações" que constituem a trama aparente do sonho ou o conteúdo manifesto das representações (pseudo-científicas ou sociais), fruto da ação do processo de elaboração secundária, cuja finalidade é "disfarçar" o desejo inconsciente em estado de latência. Nestas condições, as representações sociais podem tornar-se conscientes e aceitas socialmente, o que se concretiza no processo de "ancoragem" citado por Jodelet. É preciso, entretanto, não esquecer que este "aparecer" é o extremo consciente de uma cadeia associativa cuja origem é inconsciente.

Moscovici, por sua vez, enfatiza que a representação social de uma novidade está sempre impregnada de conceitos já estabelecidos e reconhecidos socialmente. Usando os argumentos de Freud, podemos redimensionar suas colocações em termos da dialética que se estabelece entre os sistemas consciente e inconsciente, entendendo que o novo só

pode ser incorporado ao antigo, desde que seja modificado o suficiente para que estabeleça um compromisso com ambas as instâncias psíquicas.

Com base no acima exposto, acredito que a psicanálise pode fornecer subsídios para a compreensão de aspectos latentes e subjacentes aos conceitos socialmente veiculados. Por outro lado, a noção de "realidade psíquica" desenvolvida por Freud, isto é, de mundo interno onde habitam imagens e fantasias mantidas na penumbra do entendimento humano, deve ser inserida dentro de um contexto social.

Nesta perspectiva, a realidade psíquica não é "propriedade" exclusiva do indivíduo particular sendo, ao contrário, construída ativamente na interação com o ambiente social. Como destaca a Teoria das Relações Objetais desenvolvida de um ponto de vista clínico por Melanie Klein e a escola inglesa de Psicanálise, o ser humano apresenta desde o nascimento uma prontidão para estabelecer vínculos com o ambiente. Bleger (1958, 1977) retoma e amplia esta noção a partir de uma perspectiva teórica: o ser humano é essencialmente social, sendo que toda conduta humana individual contém necessariamente uma dimensão social e toda a conduta social guarda uma dimensão individual. Desconsiderar qualquer dessas duas dimensões implica, para este autor, numa abstração falsa e suscetível de manobra ideológica. Desta forma, Bleger não só resgata a importância das experiências concretamente vividas, como insere a conduta humana dentro do contexto histórico, social e político em que se manifesta.

3 - O RESGATE DO VIVIDO NA TEORIA PSICANALÍTICA

Bleger (1958) faz uma reinterpretação da psicanálise freudiana à luz do conceito de "dramática" desenvolvido na Psicologia Concreta²⁰ proposta por Politzer (1928), restituindo à primeira seu caráter inaugural e instituinte, isto é, resgatando a dimensão do vivido na esfera do psíquico. Este aspecto havia sido relegado a segundo plano pelo fundador da Psicanálise no transcorrer da sua obra, conforme foi desenvolvendo concepções metapsicológicas desvinculadas do contexto concreto da existência humana.

Para Bleger (1958), a conduta humana só pode ser explicada e significada, a partir dos eventos tal como foram vivenciados pelo indivíduo

²⁰Assinalo que as três noções básicas da Psicologia Concreta, a saber: a inserção do fato psicológico na esfera do vivido, a narrativa na primeira pessoa e teleologia da ação, ainda mantêm-se atuais, tendo atravessado "gerações sucessivas da filosofia francesa, mesmo se, a cada passo, precisões e reformas estivessem sendo introduzidas na formulação fundadora de Politzer" (Prado Jr., 1991)

dentro da situação concreta em que ocorreram. Esta foi, na sua opinião, a verdadeira contribuição da teoria freudiana para a compreensão do psiquismo humano. No entanto, de modo paradoxal, ao desenvolver a "*teoria dinâmica*" da psicanálise, Freud reduz a conduta humana a "*vetores de força em constante interjogo*" (edição brasileira, 1973, p.114). Estas forças, entendidas como pulsões, acabam substituindo o sujeito enquanto autor e ator de seu drama, isto é, privilegiam o que Politzer (1928) chama da "*psicologia de terceira pessoa*" em detrimento da "*dramática*" ou "*psicologia da primeira pessoa*".

Como afirma Bleger (1958), as pulsões não devem ser entendidas como entidades ontológicas, mas como fruto das experiências do indivíduo em contato com seus semelhantes:

"... Para explicar a diferença entre a dramática e sua transposição dinâmica, pode-se dizer que na primeira as pulsões derivam das relações objetais, enquanto que na teoria dinâmica desenvolvida por Freud, as relações objetais derivam do interjogo entre as pulsões."(edição brasileira, 1973, p.118, grifos meus)

Partindo destes pressupostos básicos, Bleger elabora a "Psicologia de la Conduta" (1977), segundo a qual o ser humano é constituído desde a mais tenra infância em função dos vínculos que estabelece com o ambiente. Neste sentido, as primeiras experiências objetais determinam "pautas de conduta" relativamente estáveis, embora a conduta concreta em determinada situação atual deva ser entendida não só em função das experiências passadas, mas também dentro do contexto concreto, social e histórico no qual se manifesta.

Por outro lado, a conduta, segundo Bleger (1977), objeto de estudo central da psicologia, é entendida sempre como molar, envolvendo três áreas coexistentes que mantêm entre si uma relação dialética e complementar: área da mente, área do corpo e área de atuação no mundo externo. Isto significa que uma conduta na área da mente (pensamento ou imagem) tem correlatos corporais, além de resultar em atuações sobre o ambiente, ainda que, dependendo das circunstâncias, uma área possa predominar sobre as outras. Assim, as representações acerca de um objeto implicam em atuações práticas, ao mesmo tempo que as vivências concretas são responsáveis pelo que pensamos e imaginamos.

Sendo a conduta definida basicamente como vínculo com outros indivíduos, o "drama" não é nem exterior, nem interior, mas é construído ativamente na experiência compartilhada com outros, envolvendo, portanto,

sempre uma dimensão social. **Desta forma, as representações oriundas da experiência individual são sempre forjadas na relação com outrem e, portanto, apresentam também uma dimensão social.**

Conforme demonstrou Freud, as primeiras relações objetais deixam marcas profundas no psiquismo humano, sendo as representações pertinentes a este período mantidas em estado de recalçamento, isto é, desconhecidas conscientemente pelo sujeito, mas atuantes em suas condutas. Neste sentido, a conduta de um indivíduo ou de um grupo de pessoas em relação a um objeto social envolve sempre aspectos inconscientes. Isto se explica em função do objeto social concreto e atual estar impregnado por representações de objetos "virtuais", internos, com os quais foi mantida uma relação efetiva nos primórdios do desenvolvimento.

É importante lembrar que, do ponto de vista psicológico, esta relação "virtual" é tão "real" quanto aquilo que é concretamente vivido, uma vez que a realidade psíquica tem a mesma "presença" que a realidade material, podendo, inclusive, ser tomada por esta última. Bleger (1977) esclarece:

"Esse vínculo virtual e o objeto virtual de todo vínculo concreto é o que Freud apresentou como conteúdos inconscientes. (...) Toda nossa conduta frente a objetos presentes está, em grande proporção, influída ou condicionada pelas experiências anteriores que tivemos com outros objetos. (...) A relação com objetos reais presentes modifica e retifica as experiências anteriores, de tal maneira que a conduta pode resultar totalmente adequada ao objeto, mas também pode ocorrer que as características reais do objeto presente não alcancem retificar a conduta que se ativa em relação predominante com o objeto virtual" (edição brasileira, 1984, p.81)

Recapitulando os principais pressupostos da Psicologia da Conduta: o ser humano é essencialmente social e, portanto, toda e qualquer conduta decorre de um vínculo com outros seres humanos, entendidos como objetos sociais "reais" ou "virtuais", sendo estas experiências determinantes da "formação de pautas de conduta" (Bleger, 1977 - edição brasileira, 1984 - p.81)

Vistas como "pautas de conduta", podemos supor que as representações elaboradas a respeito de um objeto social envolvem necessariamente aspectos imaginários pré-conscientes ou inconscientes recalçados culturalmente, mas partilhados na experiência comum. Esta é uma hipótese bastante viável, desde que o grupo humano em questão

pertença a um mesmo universo social e histórico e, portanto, partilhe não só experiências comuns, mas também um mesmo código cultural.

Tendo como base esta suposição, é possível também entender como e por que os membros de determinada sociedade tornam-se cúmplices no engendramento de representações imaginárias fundadas em argumentos aparentemente racionais. Sabemos, no entanto, que tais representações são resultado da projeção de imagens e fantasias inconscientes ligadas à realização de desejos inconfessáveis e mantidas em estado de latência que, se emergissem à consciência, despertariam angústias profundas.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo apresentei inicialmente a Teoria das Representações Sociais conforme desenvolvida por Moscovici e por sua colaboradora, Jodelet. A esta acrescentei as contribuições da psicanálise freudiana, fazendo um paralelo entre as representações (conceitos "racionais" desenvolvidos pela ciência e representações sociais) e o fenômeno onírico. Deduzi que ambos os processos são permeados por imagens e fantasias inconscientes, cujo conteúdo manifesto é apenas uma "fachada" para a expressão das primeiras, devidamente camufladas para atender às exigências dos padrões culturais.

A partir daí, recorri a Bleger, procurando resgatar a dimensão do vivido na teoria psicanalítica, aspecto que havia sido prejudicado com o desenvolvimento da metapsicologia freudiana. Sendo o ser humano entendido por Bleger como essencialmente social, sua conduta sempre implica numa relação com seus semelhantes e, conseqüentemente, as representações que elabora também derivam de uma experiência compartilhada socialmente. Retomando a argumentação de Freud acima exposta, concluí que este processo de elaboração conjunta está infiltrado, necessariamente, por conteúdos inconscientes que são projetados na figura imaginária do objeto social representado pela sociedade. Uma vez estabelecida esta representação, ela é tomada por verdadeira, ainda que repouse em bases imaginárias.

Em relação ao estudo dos conceitos, imagens e fantasias sobre a loucura, tema de que trata o presente trabalho, penso que a figura do louco presta-se de modo privilegiado à projeção de conteúdos inconscientes. Neste sentido, a aversão pela figura do louco pode ser entendida de um lado, como a expressão do desejo inconsciente de agir como ele, escapando ao

massacre das normas sociais, e de outro, como manifestação do pavor de admiti-lo. Este horror indizível, por sua vez, seria despertado pelo confronto com as próprias fantasias inconscientes e acarretaria, portanto, insuportável sofrimento psíquico. Ele é, então, transformado em repulsa e circunscrito ao louco.

Como dizia Freud:

"Neste sentido, podemos compreender a razão por que os objetos mais preferidos pelos homens, isto é, seus ideais, procedem das mesmas percepções e experiências que os objetos mais abominados por ele e, por que originalmente, eles só se distinguem uns dos outros através de ligeiras modificações". (1915b, p.173)

Finalizando, o discurso supostamente competente sobre a loucura, caracterizando-a como um processo natural de adoecimento interno é aceito socialmente justamente por circunscrever ao louco a possibilidade da loucura, atendendo a exigências defensivas comuns a todos (ou quase todos) os membros da sociedade. No entanto, este "aparecer social" é usado ideologicamente pela classe dominante para camuflar a dominação, escamoteando aspectos ambientais de natureza social e política importantes na determinação dos distúrbios mentais. Entre os resultados desta manipulação ideológica pode ser citado o conformismo ao *status quo* por parte da maioria da população e a exclusão, das mais diversas formas, umas menos, outras mais sutis, daqueles que não se ajustam às normas estabelecidas. No caso do suposto doente mental, esta exclusão é efetivada com a justificativa "racional" de "tratá-lo, o que, inclusive, aplaca a culpa socialmente partilhada pela rejeição de que é alvo.

No próximo capítulo, apresentarei um levantamento bibliográfico de trabalhos científicos internacionais e nacionais publicados em revistas especializadas nos últimos anos acerca das atitudes, crenças e representações da loucura nos diferentes grupos sociais, detendo-me especialmente naqueles estudos que focalizam representações de usuários dos serviços psiquiátricos, objeto de estudo desta tese.

CAPÍTULO III- ATITUDES, CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES A RESPEITO DA DOENÇA MENTAL: LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

*"Quatro eminentes Rabinos entraram no jardim da investigação mística.
Ben Azzai teve uma rápida visão e morreu
Ben Zoma teve uma rápida visão e foi amaldiçoado (perdeu sua sanidade)
Elisha ben Avuyah perdeu sua fé
Rabbi Akiva partiu em paz"*
(citado por David Greenberg & al -
"Misticismo e Psicose: o destino de Ben Zoma", extraído do "Babylonian Talmud Hagiga, 14b")

O título deste capítulo pode causar estranheza à primeira vista; afinal, estão colocados lado a lado termos oriundos de diferentes abordagens dentro da Psicologia Social. De um lado, os vocábulos "atitudes e crenças" descendem basicamente de uma tradição de pesquisa predominante na América do Norte, fundada por Allport no pós-guerra e, de outro, "representações" remete à Teoria das Representações Sociais desenvolvida por Moscovici. Como mostra Farr (1994), cada uma destas abordagens origina-se de fontes distintas: Allport é influenciado por Comte, filósofo positivista, e dá ênfase aos processos psicológicos individuais enquanto determinados pelo social; Moscovici inspira-se na sociologia, mais especificamente na teoria das Representações Coletivas elaborada por Durkheim, defensor da idéia de que o coletivo não pode ser explicado em termos individuais. Mas, embora parta da concepção de Durkheim, Moscovici dela se distancia, pois sua Teoria das Representações Sociais busca uma síntese entre o individual e o social, pesquisando a influência recíproca entre ambos. De qualquer forma, existe uma oposição básica entre a Psicologia Social de orientação americana e a européia representada por Moscovici.

Como vimos no capítulo anterior, um dos pressupostos da presente tese é que a conduta humana só pode ser explicada em função dos vínculos que estabelece com o ambiente e, nesta perspectiva, há uma concordância básica com as proposições de Moscovici. No entanto, pesquisando os trabalhos catalogados no Psychological Abstracts, uma das principais fontes

de referência de estudos internacionais, não encontrei referências específicas a representações sobre doença mental. Ao contrário, observei que a grande maioria das investigações realizadas nas diferentes partes do mundo trata justamente de "atitudes e crenças" a respeito da doença mental, de linhagem positivista. Embora esta não seja a orientação básica desta tese, acredito que, até certo ponto, os resultados destas investigações podem ser sugestivos de orientações básicas da sociedade para com os doentes mentais e de aspectos cognitivos e afetivos subjacentes a estas orientações.

Assim pensando, decidi incluí-los neste capítulo, naturalmente discriminando as diferentes abordagens teóricas.

1 - ESTUDOS INTERNACIONAIS

Cento e oitenta e um estudos internacionais sob a rubrica "atitudes em relação a doença mental" estão indexados no Psychological Abstracts, entre 1988 e 1994, o que indica que pesquisadores do mundo todo têm dedicado atenção especial ao assunto. Isto, provavelmente, decorre de uma crescente política de desinstitucionalização dos "doentes mentais" a nível mundial e do conseqüente interesse por parte dos pesquisadores em averiguar como estes pacientes têm sido recebidos pela sociedade, ou seja, investigar até que ponto esta política está sendo bem sucedida.

Do ponto de vista metodológico, estas pesquisas²¹ caracterizam-se pela ênfase nos dados quantitativos, extraídos de amostras numericamente representativas da população. As técnicas de coleta de dados utilizadas também seguem métodos consagrados pela Psicologia Social tradicional: questionários, escalas, inventários ou entrevistas (padronizadas ou semi-estruturadas) destinados a avaliar atitudes e crenças de diferentes grupos etários, sociais, educacionais, econômicos ou profissionais em relação à doença mental. Uma das escalas mais usadas é a "Scale of Attitudes toward Mental Illness", elaborada por Cohen & Struening²², sendo também freqüente nos últimos anos o uso do método das vinhetas²³. Os resultados são, em

²¹As referências bibliográficas citadas em rodapé neste capítulo dizem respeito a estudos consultados indiretamente, seja nos resumos constantes no Psychological Abstracts, seja em outras obras.

²²Cohen, J. & Struening, E.L. - Opinions about mental illness in the personel of two large mental hospitals. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1962, vol.64, p. 349-360.

²³Um exemplo deste tipo de estudo é o trabalho de Hall, P.; Brockington, J.L. ; Murphy, C. (1993) no qual o entrevistador mostra ao sujeito um cartão com a descrição de um certo tipo de pessoa e, a seguir, faz perguntas a respeito de sua opinião sobre ela. Nesta pesquisa

geral, submetidos à análise estatística, sendo raros os autores que se detêm numa apreciação qualitativa.

Observando-se a temática principal, penso que os estudos encontrados poderiam ser reunidos em dois grandes grupos: aqueles que investigam "atitudes" de ponto de vista genérico e os que se detêm em pesquisar as "crenças" subjacentes às atitudes sociais²⁴. Tendo em vista o objetivo da pesquisa das "atitudes", este grupo, por sua vez, poderia ser subdividido em três subgrupos:

1 - investigações visando a comparação de atitudes de diversos grupos em relação à doença mental

2 - levantamentos específicos sobre atitudes da população a respeito de alternativas à internação psiquiátrica.

3 - trabalhos empregando métodos reeducativos com o objetivo de obter mudança de atitudes para com os doentes mentais

Os demais trabalhos relacionados no Psychological Abstracts no período acima citado versam sobre as concepções da loucura nos diferentes períodos históricos, discutem aspectos da política e legislação a respeito da doença mental, comentam a influência dos meios de comunicação de massa nas atitudes para com os doentes mentais ou abordam diferenças interculturais. Estes estudos, por não estarem diretamente relacionados ao tema desta tese, não serão mencionados.

Finalizando este item sobre "Estudos Internacionais", acrescentarei as investigações que se referem especificamente às Representações Sociais sobre a Doença Mental. Assinalo que estes estudos, infelizmente, são em absoluta minoria se comparados às pesquisas desenvolvidas na linha tradicional de pesquisa de "atitudes".

foram apresentadas quatro vinhetas, duas para cada sujeito, contendo respectivamente a descrição de um caso de esquizofrenia paranóide, de depressão, de neurose obsessiva e de estado esquizofrênico.

²⁴As atitudes são entendidas como "o conjunto de crenças, sentimentos e tendências que levariam a um determinado comportamento" ou seja "a predisposição para que determinado comportamento ocorra ou não". As crenças são entendidas como "pré-concepções do indivíduo, que compõem o aspecto cognitivo de sua atitude e que influenciam suas percepções" (Savoia, M., 1989, pp. 41,42)

1.1 - Pesquisas sobre atitudes em relação à doença mental:

1.1.1 - Investigações visando a comparação de atitudes de diversos grupos sociais

A respeito deste tema encontrei quarenta trabalhos realizados em países dos cinco continentes e publicados principalmente na Europa e na América da Norte que pesquisam atitudes da população em geral, de ambos os sexos, de várias faixas etárias, residentes em diferentes comunidades, com níveis educacionais e socio-econômicos diversificados e pertencentes a vários grupos profissionais em relação à doença e aos doentes mentais.

Destacamos dentre estes, o estudo realizado por Bhugra (1989) na Inglaterra que revisa a literatura sobre as atitudes em relação à doença mental nos Estados Unidos e na Europa desde 1950, focalizando especialmente o período posterior a 1960. Este autor faz um levantamento bibliográfico exaustivo mostrando que, embora após 1960, o tratamento dos doentes mentais tenha tendido à desospitalização, a mudança de atitudes da população não foi tão positiva como seria de se esperar. Pesquisas realizadas tanto na América do Norte como na Europa relatam resultados contraditórios, umas apontando para uma transformação positiva de atitudes, outras indicando que pouco mudou. Na opinião do autor, esta contradição se deve ao fato de serem muitos os fatores que influenciam as atitudes em relação à doença mental. Bhugra finaliza alertando para a importância do preparo psicológico da comunidade para receber os doentes mentais, sem o que o programa de desinstitucionalização fatalmente estará comprometido.

Estudando a influência das variáveis idade e nível educacional, os estudos de Murphy & al (1993)²⁵, na Irlanda e de Ojanen (1992)²⁶, na Finlândia, mostram uma maior aceitação dos doentes mentais por parte de pessoas mais jovens e de nível educacional mais elevado.

Outros autores, trabalhando em países de características culturais bem diferentes, Irlanda (Barry & Greene, 1992²⁷) e Turquia (Eker e Arkar,

²⁵Murphy, B. & al - Attitudes toward mentally ill in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1993, vol 10(20), p. 75-79.

²⁶Ojanen, M. - Attitudes toward mental patients. *International Journal of Psychological Medicine*. 1992, vol 38(2), p. 120-130.

²⁷Barry, M.M. & Greene, S.M.- Implicit models of mental disorder: a qualitative approach to the delineation of public attitudes. *Irish Journal of Psychology*, 1992, vol 13(2), p. 141-160.

1991²⁸; Eker, 1989²⁹) e pesquisando grupos sociais distintos (os primeiros abordando residentes de uma comunidade rural e os últimos estudando enfermeiras e calouros universitários) chegam, no entanto, a resultados semelhantes entre si: a atitude favorável ou desfavorável em relação à doença mental está na dependência do quadro psicopatológico apresentado, sendo que as reações mais negativas apareceram em relação à esquizofrenia paranóide.

Pesquisadores canadenses (Trute & al, 1989)³⁰ repetiram, com um intervalo de 10 anos, uma pesquisa sobre rejeição social dos doentes mentais no Canadá. Observaram que, mesmo não tendo ocorrido modificações significativas nas atitudes da população neste período, as pessoas reagem de modo diferente dependendo do tipo de contato social a ser estabelecido com o doente mental, isto é, se a situação envolve relações pessoais ou profissionais.

Por outro lado, a hipótese de que contatos anteriores com doentes mentais favorecem a adoção de uma atitude mais positiva é comprovada por investigadores nigerianos (Ogedengbe, 1993³¹ e Oyefeso & al, 1989³²). Já os estudos de Murphy & al (1993)³³ e de Weller & Grunes (1988)³⁴, o primeiro realizado na Irlanda com uma amostra de leigos e o segundo, em Israel com enfermeiras, indicam que a familiaridade com doentes mentais pouco influi na atitude adotada em relação aos mesmos.

Estudando diferentes grupos de estudantes universitários, pesquisas realizadas na Austrália (Lyons & Hayes, 1993)³⁵ e na Turquia (Eker, 1988)³⁶ mostram, conforme esperado, que estudantes de ciências humanas ligadas à

²⁸Eker, D.; Arkar, H. - Experienced Turkish nurses' attitudes toward mental illness and the predictor variables of their attitudes. *International Journal of Social Psychiatry*, 1991, vol 37(3), p. 214-222.

²⁹Eker, D. - Attitudes toward mental illness: Recognition, desired social distance, expected burden and negative influence on mental health among Turkish freshman. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1989, vol 24(3), p. 146-150.

³⁰Trute, B. & al - Social rejection of the mentally ill: a replication study of public attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1989, vol 24(2), p. 69-76.

³¹Ogedengbe, R.O. - Prior contacts and perceptions of previously mentally disturbed patients. *International Journal of Nursing Studies*, 1993, vol 30(3), p. 247-259.

³²Oyefeso, A.O. & al - Sex and propinquity as predictors of attitude towards the mentally ill among Nigerians. *Indian Journal of Behavior*, 1989, vol 13(3), p. 27-32.

³³ Murphy, B. & al. - Attitudes toward mentally ill in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1993, vol 10 (2), p. 75-79.

³⁴Weller, L. & Grunes, S. - Does contact with the mentally ill affect nurses attitudes to mental illness?. *British Journal of Medical Psychology*, 1988, vol 61(3), p. 277-284.

³⁵Lyons, M. & Hayes, R. - Student perceptions of persons with psychiatric and other disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 1993, vol 47(6), p. 541-548.

³⁶Eker, D. - University students' attitudes toward mental patients in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1988, vol 23(4), p. 264-266.

saúde apresentam atitudes mais positivas em relação aos doentes mentais do que os de ciências exatas (administração, por exemplo).

Na Inglaterra, Brockington, I.F. & al. (1993) estudaram a tolerância aos doentes mentais por parte de duas comunidades, uma servida por hospital psiquiátrico tradicional (Bromsgrove) e outra atendida por uma comunidade psiquiátrica (Malvern Hills), e concluíram que os residentes da segunda são ligeiramente mais tolerantes, sendo que os fatores significativamente determinantes de maior ou menor tolerância são idade, ocupação, educação e proximidade com doentes mentais.

Após oferecer ao leitor um panorama sucinto a respeito das últimas pesquisas realizadas a nível internacional sobre as atitudes de diversos grupos sociais em relação à doença mental, passarei a analisar algumas investigações que, embora em minoria, dedicam-se ao estudo das atitudes de um grupo específico de sujeitos: os próprios doentes mentais e/ou seus familiares.

Entre essas, encontra-se a de Segal & al (1991)³⁷, pesquisadores americanos, que compararam atitudes de 17 amostras da população geral e uma amostra de 234 doentes mentais, com idades entre 17 e 65 anos, entrevistados em 1973 e, posteriormente, reavaliados entre 1983-85. Conforme esperado, os pacientes aceitam melhor a proximidade física e social de outros doentes mentais e são mais tolerantes em relação a envolvimento pessoal com aqueles, com exceção de dois grupos extremos: os mais perturbados emocionalmente e os que conseguiram certa independência em termos de residência (lares abrigados) e que aderiram a grupos sociais e políticos para ex-pacientes. Infelizmente, não tive acesso ao original deste trabalho, mas é, em princípio, surpreendente que ex-pacientes recuperados queiram distância daqueles que apresentam atualmente traços de sua condição anterior. Fica patente a "aura" social negativa que envolve a doença mental mesmo entre ex-pacientes que, rejeitando outros doentes mentais, na verdade estão negando sua própria condição.

Um trabalho que merece destaque é o de Herman e Smith (1989) desenvolvido no Canadá, em especial porque os autores, ao contrário das pesquisas habitualmente encontradas, usam como procedimento uma abordagem qualitativa (observação participante), suplementada por técnicas tradicionais de entrevista. Foram contatados 139 ex-pacientes psiquiátricos com longo tempo de internação hospitalar prévia, chamados de "crônicos",

³⁷Segal, S.P. & al. - Attitudes of sheltered care residents toward others with mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, vol 42(11), p. 1138-1142.

atualmente vivendo em oito comunidades do leste do Canadá. O objetivo da pesquisa era examinar os efeitos da desinstitucionalização do ponto de vista dos próprios ex-pacientes por ela afetados. Os resultados obtidos mostram um descontentamento dos sujeitos para com sua situação atual, sendo que a grande maioria destes atribui os problemas e dificuldades encontrados após a alta hospitalar aos seguintes fatores: estigma da doença mental, moradia inadequada, falta de habilidades pessoais para sobreviver na comunidade, falta de recursos econômicos, desemprego e precariedade dos cuidados recebidos após a alta hospitalar. Os autores lembram que os pacientes "crônicos" não desaparecem com o fim das instituições, necessitando de acompanhamento e cuidados em diversas dimensões da vida social e advertem: *"é possível ser institucionalizado na comunidade"* (p. 390). Concluem que o movimento de desinstitucionalização só será bem sucedido

"se estereótipos populares sobre a doença mental forem reduzidos ou eliminados, se forem providenciadas moradias mais adequadas e se for dada mais ênfase na reabilitação e reintegração." (p.390)

A questão abordada por Herman e Smith é bastante séria e serve de alerta: se não forem observados certos aspectos ambientais, tanto com relação à sobrevivência material dos ex-pacientes, quanto no que se refere às representações da doença mental por parte da população, as transformações no modo de tratar os doentes mentais serão apenas aparentes. "Despejados" na comunidade despreparada para recebê-los, os ex-pacientes continuarão excluídos do convívio social, ainda que de forma mais sutil. Isto, sem falar no risco de um retorno à internação tradicional...

Na Escócia, Morley & al. (1991)³⁸ investigaram a relação entre as atitudes de familiares de doentes mentais afro-caribeanos e sua relação com a internação compulsória. Compararam dois grupos, um constituído por familiares dos pacientes compulsoriamente internados e outro formado por parentes de doentes admitidos informalmente. Concluíram que as atitudes dos dois grupos em relação à doença mental não difere significativamente, não havendo também diferenças em relação à gravidade dos sintomas e à expectativa de periculosidade por parte dos familiares. Frente a estes resultados, os autores, lucidamente na minha opinião, sugerem que estudos posteriores sobre o assunto devem focalizar a interação entre as famílias e os serviços, pois acreditam que a internação é basicamente determinada

³⁸Morley, R. & al - Attitudes of relatives of Afro-Caribbean patients: Do they affect admission? - Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1991, vol 26(4), p. 184-193.

pela super expectativa de periculosidade dos ditos doentes mentais por parte dos serviços de atendimento e pela ineficiência destes serviços em prestar a ajuda de que os familiares necessitam.

Um estudo, a meu ver bastante polêmico, é o de Gregoire (1990) no Canadá que realizou uma "análise fenomenológica" da experiência de 84 pacientes psiquiátricos internados desde a admissão até a alta, mostrando que os mesmos têm uma percepção pragmática de sua doença, baseada na sintomatologia, com a expectativa de sua remissão. Segundo o autor, os sujeitos estudados parecem não ter noção da complexidade dos fatores que geram a doença mental e determinam a internação psiquiátrica que, na maioria dos casos, é compulsória. Apesar deste fato, a maioria (79%) dos pacientes estudados considera o tratamento hospitalar como um sucesso e 83% já se acreditam em condições de alta. O autor atribui o descontentamento dos 21% restantes à discordância entre suas expectativas e o que foi obtido durante a internação. Conclui que é atribuição do hospital psiquiátrico esclarecer não só à comunidade, mas também aos próprios pacientes, sobre a doença mental e sobre o papel psicoterapêutico da internação.

No meu entender, Gregoire (op.cit.), convencido da necessidade de internação para tratamento da doença mental, ingenuamente acredita que o esclarecimento dos pacientes sobre o assunto é suficiente para obter sua colaboração. Pensando assim, sequer questiona a suposta eficácia e pertinência da internação psiquiátrica, desconsiderando também outras alternativas de tratamento. Além disso, penso que a autenticidade das respostas dos pacientes ao avaliar positivamente o tratamento hospitalar deve ser colocada sob suspeita, uma vez que desejando obter alta, estes não têm interesse em confrontar o saber psiquiátrico.

Resumindo o que foi visto neste item, parece existir uma quase unanimidade entre os pesquisadores de que ainda persistem muitas reservas por parte da população em relação aos doentes mentais, as quais se estendem ao próprio grupo de ex-pacientes psiquiátricos. Embora muitas variáveis interfiram na aceitação ou rejeição destes pela comunidade e os resultados de diferentes pesquisas à primeira vista pareçam contraditórios, pelo menos um dado é alentador: de modo geral, a atual geração de jovens está predisposta a uma atitude mais favorável.

1.1.2 - Levantamentos sobre atitudes da população a respeito de alternativas à internação psiquiátrica.

Com esse propósito encontrei cinco trabalhos, entre os quais se destacam alguns desenvolvidos com populações orientais: Cheung, 1988³⁹; Pearson & Yiu, 1993⁴⁰ na China e Oshima & al., 1991⁴¹, no Japão. Estes estudos apontam para atitudes ambivalentes de diversos grupos sociais ao estabelecimento de "halfway houses" na comunidade, o que é influenciado por uma percepção negativa dos doentes mentais e pelo medo das consequências desta facilidade. Isto mostra que não só os ocidentais, mas também os orientais, representam a doença mental de modo negativo, apresentando-se reservados e temerosos frente aos portadores da mesma.

1.1.3 - Trabalhos visando mudança de atitudes em relação à doença mental

Estão catalogadas no Psychological Abstracts vinte e quatro pesquisas, realizadas principalmente nos Estados Unidos e na Europa, mostrando a eficácia de métodos reeducativos (cursos, treinamento e palestras) na mudança de atitudes em relação à doença mental, gerando atitudes mais favoráveis em relação aos doentes mentais. Vários grupos foram testados antes e depois dos programas educacionais, como nos exemplos a seguir: estudantes de 1^o e 2^o graus (Henderson, 1993⁴²; Mound & Butterhill, 1993⁴³), profissionais de saúde (Bairan & Farnsworth, 1989⁴⁴), familiares de doentes mentais (Orhagen, T. & D'Elia, G., 1992⁴⁵) e os

³⁹Cheung, F.M. - Surveys of community attitudes toward mental health facilities: Reflections or provocations? *American Journal of Community Psychology*, 1988, vol 16(6), p. 877-882.

⁴⁰Pearson, V.; Yiu, M. - Public attitudes towards mental health facilities: a study in Hong Kong. *Social Work and Social Sciences Review*, 1993, vol 4(1), 59-82.

⁴¹Oshima, I. & al. - A community study on social conflict caused by general inhabitants who were against building a public psychiatric emergency center in a new satellite town of a megalopolis. *Journal of Mental Health*, 1991, n^o 37, p. 103-107.

⁴²Henderson, P. - Coping with mental illness: a program for middle school students. *Elementary School Guidance and Counseling*, 1993, n^o 27(3), p. 198-208.

⁴³Mound, B. & Butterill, D. - Beyond the Cuckoo's Nest: a high school education program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, vol 16(3), p. 146-150.

⁴⁴Bairan, A. & Farnsworth, B. - Attitudes toward mental illness: Does a psychiatric nursing course make a difference? *Archives of Psychiatric Nursing*, 1989, vol 3(6), p. 351-357.

⁴⁵Orhagen, T. & D'Elia, G. - Multifamily educational intervention in schizophrenia: I. Does it have any effect? *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 1992, vol 46(1), p. 3-12.

Orhagen, T. & D'Elia, G. - Multifamily educational intervention in schizophrenia: II -Illness-related knowledge and mutual support in relation to outcome. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 1992, vol 46(1), p. 13-18.

próprios pacientes (McKeon & O'Loughlin, 1993⁴⁶). Concluiu-se, por unanimidade, pela necessidade do "esclarecimento" sobre a doença mental.

A meu ver, estes estudos, ainda que apontem resultados positivos, pecam basicamente por desconsiderar aspectos afetivos implícitos às atitudes em relação à doença mental, tomando por modificações genuínas destas atitudes, aquilo que poderia ser atribuído a uma postura predominantemente intelectual e, além disso, avaliada logo após a administração dos citados cursos e treinamentos.

1.2. - Pesquisas sobre crenças e teorias (acadêmicas e leigas) a respeito da doença mental

Cumpre destacar que, embora "crenças e teorias" estejam de certa forma relacionadas à temática abordada pela Teoria das Representações Sociais, as publicações abaixo relatadas preocupam-se principalmente com a coleta de opiniões sobre a etiologia, sinais e tratamento da doença mental, parecendo-se estar inseridas numa linha de pesquisa predominantemente positivista. Além disso, estes termos foram, via de regra, empregados pelos próprios autores, sem qualquer referência à posição adotada por Moscovici, o que ratificou meu propósito de agrupá-los separadamente dos estudos sobre Representações Sociais.

Assim sendo, com o objetivo de estudar crenças e teorias sobre doença mental, estão indexados 16 trabalhos no Psychological Abstracts, nos quais foram abordados diversos grupos sociais: leigos em geral, grupos profissionais diversificados e usuários de serviços psiquiátricos (pacientes ou seus familiares).

O estudo de Furnham & Bower (1992) merece atenção especial. Os autores investigaram as teorias sobre esquizofrenia em 106 sujeitos leigos usando um questionário intitulado "Crenças comuns sobre esquizofrenia", contendo 72 questões relativas às características principais deste distúrbio, baseado nos "Modelos de Loucura" propostos por Siegler & Osmond (1966)⁴⁷, a saber:

⁴⁶McKeon, P; O'Loughlin, F. - Bipolar disorder patients' attitudes to and knowledge of their illness: a retrospective study. Irish Journal of Psychological Medicine, 1993, vol 10(2),p. 71-75.

⁴⁷Siegler, M. & Osmond, H. - Models of Madness. British Journal of Psychiatry, 1966, vol. 112, 1193-1203.

- Modelo Médico: modelo conceitual orgânico que entende a loucura como uma doença somática. Os esquizofrênicos são vistos como "doentes", moram em hospitais, são diagnosticados, tratados e recebem um prognóstico.

- Modelo Moral-Comportamental: os esquizofrênicos são vistos como sofrendo de algo "pecaminoso" cometido no passado e o tratamento é basicamente correccional.

- Modelo Psicanalítico: distingue-se dos outros porque dá um sentido aos sintomas esquizofrênicos, cuja etiologia atribui a traumas infantis.

- Modelo Social: a doença mental é vista como sintoma de uma sociedade "doente", sendo que as pressões do mundo moderno pesam demasiado sobre os menos favorecidos que, portanto, são mais suscetíveis a esta "doença".

- Modelo Conspirativo: desenvolvido por Szasz (1971), este modelo é o mais radical pois nega a existência da doença mental, considerada um "mito" produzido pela sociedade.

Estes modelos, acima sucintamente definidos, são também descritos abordando as seguintes dimensões: etiologia, comportamento, tratamento, função do hospital e direitos/ deveres dos pacientes e da sociedade.

Os resultados obtidos por Furnham & Bower (op.cit.) mostram que nenhum dos modelos é particularmente favorecido pelos leigos, parecendo haver uma síntese de várias teorias acadêmicas. Em termos etiológicos, os sujeitos tendem a concordar com os modelos social, psicanalítico e conspirativo, apontando o stress na infância, o stress ao nível interpessoal e o stress nas situações de vida como agentes causais importantes. Quanto ao tratamento, a psicoterapia é vista mais favoravelmente que a medicação e os sujeitos acreditam que a redução do stress ajudaria os esquizofrênicos. Açam também que devem ser preservados os direitos humanos dos pacientes e sua liberdade, desde que não tenham cometido crimes. A seu ver, a internação pouco contribui para a melhora dos pacientes, o que está de acordo com o que propõe o modelo conspirativo.

Os autores concluem que os leigos não foram convertidos pela visão médica e preferem explicações psicossociais. No entanto, conferem ao esquizofrênico o papel de "doente", a despeito de discordar do conceito da esquizofrenia como um distúrbio orgânico. E Furnham & Bower finalizam acrescentando que, se um dos objetivos dos adeptos do modelo médico é, eqüacionando doença física e mental, obter a simpatia da população para com os doentes mentais, estão arrombando uma porta aberta. Acreditam,

entretanto, que haverá resistência em converter as crenças dos leigos ao modelo médico, caso as explicações por este oferecidas não façam sentido no universo social.

Fiquei surpresa com esta última afirmação dos autores que, embora tenham realizado um trabalho bastante criterioso, deixem entrever um objetivo inconfesso: o interesse em conhecer as crenças sobre doença mental seria um meio para manipulá-las, submetendo-as ao saber médico. Voltamos à questão do poder apontada por Foucault que os autores, ingênua ou propositadamente, sequer questionam.

Outra pesquisa que merece ser citada é a realizada em Beijing por Yang (1989)⁴⁸ que aplicou um questionário a respeito de atitudes e opiniões sobre a natureza e a etiologia da psicose e sobre pacientes psicóticos em 3.028 pessoas leigas, entre 18 e 73 anos. Os resultados mostram que os sujeitos têm simpatia pelos doentes mentais e pelo oferecimento de serviços de saúde mental qualificados. Quanto à etiologia, 86% dos sujeitos atribuiu a psicose ao stress, embora alguns aludem a causas como "fantasmas" e obras do demônio. Idéias supersticiosas são geralmente encontradas entre sujeitos com pouca ou nenhuma educação. Este estudo desperta interesse porque abre a possibilidade para a pesquisa de crenças sobrenaturais sobre a loucura, o que raramente é questionado naqueles realizados no Primeiro Mundo. No entanto, o autor as atribui à desinformação, esquecendo-se de que este fator pode não ser o único; pessoas incultas talvez apresentem menos reservas para expô-las.

Entre as investigações que pesquisam crenças sobre a doença mental por parte de pacientes psiquiátricos e de seus familiares destacam-se as de Martinez-Sierra & al.(1989) realizada na Espanha e as de Angermeyer & Klusmann (1988) e Angermeyer & al. (1988) na Alemanha.

Martinez-Sierra & al. (1989)⁴⁹ aplicaram um questionário sobre conceitos, causas e tratamento da doença mental em três grupos: um deles constituído por pacientes psicóticos ambulatoriais, outro, por seus familiares e um terceiro, por funcionários de hospitais psiquiátricos. Todos os grupos atribuíram a doença mental predominantemente a fatores ambientais, são otimistas quanto ao sucesso do tratamento e valorizam aspectos afetivos em detrimento dos biológicos. No entanto, os dois últimos grupos tendem a acreditar que a hospitalização prolongada é necessária à cura. Penso que

⁴⁸Yang, H. - Attitudes towards psychoses and psychotic patients in Beijing. *International Journal of Social Psychiatry*, 1989, vol 35(2), 181-187.

⁴⁹Martinez-Sierra, G. & al. - Actitudes hacia los psicofarmacos en la rehabilitacion de las psicosis. *Psicopatologia*, 1989, vol 9(3), p. 123-127.

esta contradição conceitual deve ser analisada em função dos interesses e dos compromissos assumidos por cada grupo, óbvios no caso dos funcionários e compreensíveis no caso dos familiares.

Já Angermeyer & Klusmann (1988) entrevistaram 198 pacientes, cujos diagnósticos eram os seguintes: esquizofrenia (50%), psicose esquizo-afetiva (23%) e psicose afetiva (27%). Todos os entrevistados responderam inicialmente a uma questão aberta sobre o que teria causado a sua doença; em seguida, era-lhes apresentada uma lista de 30 itens contendo afirmativas sobre a possível etiologia da doença mental, frente às quais deveriam se posicionar, escolhendo entre quatro alternativas: "não", "possível", "provável" e "muito provável". Os resultados indicam que, em ambas as situações, o grupo total de pacientes favorece, em primeiro lugar, fatores psicossociais recentes, seguidos de características de personalidade, problemas familiares, componentes biológicos e finalmente causas esotéricas. No entanto, a grande maioria dos sujeitos atribui a fatores múltiplos a etiologia da psicose. Comparando o grupo de esquizofrênicos com os portadores de psicoses afetivas, os autores observaram que os primeiros tendem a atribuir maior importância ao ambiente familiar desfavorável ou a causas esotéricas. Os últimos, por sua vez, dão maior ênfase a componentes biológicos ou stress psicossocial quando comparados aos esquizofrênicos. Concluem que a grande maioria dos pacientes entrevistados tem alguma explicação para a causa de sua doença, 82% favorecendo a etiologia psicossocial, no que se diferenciam dos psiquiatras, mas não de outros grupos sociais, uma vez que *"no momento atual, o conceito de 'stress' parece ser o modelo etiológico mais amplamente aceito"*(p.53).

Na segunda parte deste mesmo estudo, Angermeyer & al (1988) usaram o mesmo procedimento para estudar as crenças de familiares dos pacientes psiquiátricos, sujeitos da primeira investigação, sobre a etiologia da doença mental, tendo chegado a perfis bastante semelhantes quando compararam os resultados obtidos pelos pacientes e por seus familiares. Ambos os grupos privilegiam a explicação psicossocial e relegam a segundo plano fatores biológicos ou causas esotéricas. Contudo, quando emparelhados, a concordância entre os grupos é baixa. Os autores atribuem este achado a possíveis falhas do instrumento de medida, cujos itens dão margem a diferentes interpretações por parte dos sujeitos. Finalizam, lembrando os clínicos a importância de serem considerados os conceitos leigos sobre as perturbações mentais, por mais errôneos ou ingênuos que possam parecer ao especialista, pois estas crenças podem auxiliar tanto

pacientes como familiares a lidar com a doença, favorecendo uma certa sensação de controle sobre aquela e ajudando reduzir a ansiedade.

Outras pesquisas que merecem destaque foram realizadas com populações do Terceiro Mundo. Entre estas situa-se a de Swerdlow (1992)⁵⁰ que estudou os conceitos culturais sobre doença mental em 30 pacientes psiquiátricos porto-riquenhos atendidos na cidade de Nova York. Os resultados mostram que a doença mental crônica não é compreendida por esta população da maneira usual e que o conceito "folclórico" de nervos além de ser bastante freqüente, favorece a integração destes pacientes nas redes comunitárias. Esta conclusão nos faz pensar, mais uma vez, sobre a necessidade de se respeitar as tradições culturais, por mais distantes que estejam de nossas próprias convicções.

Outros dois estudos seguem o mesmo estilo: os de Reddy (1988) realizado na Índia e de Ilechukwu (1988)⁵¹, na Nigéria.

Reddy entrevistou 100 pacientes indianos neuróticos e psicóticos e 100 de seus familiares para determinar suas crenças culturais em relação à doença e ao tratamento psiquiátrico. O procedimento consistiu em entrevista semi-estruturada, durante a qual era mostrada uma lista com vários itens sobre crenças culturais e expectativas levantadas a partir da prática clínica. Os resultados que obteve apontam para uma miscelânea de conceitos oriundos de teorias leigas e científicas que, muitas vezes, aparecem sobrepostos, indicando, claramente segundo o autor, um conflito não resolvido entre estas noções. Quanto aos fatores etiológicos, os sujeitos destacam, em primeiro lugar, "cair em desgraça perante Deus", seguido de outras explicações espirituais entremeadas, no entanto, de noções psicológicas e organicistas. Os conceitos sobre o processo diagnóstico privilegiam exames médicos, sem desprezar, no entanto, os métodos místicos. Em relação ao tratamento, as drogas (77%) e o ECT (58%) aparecem em primeiro lugar, seguida de práticas religiosas como orações (34%), exorcismo (22%), rituais (16%) e supersticiosas (massagem com suco de limão na cabeça - 35%) que, no entanto são intercaladas pela indicação de casamento (30%) e uso de tônicos ou vitaminas (20%); a psicoterapia é indicada por 20% dos sujeitos, sendo aceita somente quando

⁵⁰Swerdlow, M - "Chronicity", "nervios" and community care: A case study of Puerto Rico psychiatric patients in New York City. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1992, vol 16(2), p. 217-235.

⁵¹Ilechukwu, S.T. - Inter-relationships of beliefs about mental illness, psychiatric diagnoses and mental health care delivery among Africans. *International Journal of Social Psychiatry*, 1988, vol 34(3), p. 200-206.

acompanhada por drogas. Os autores concluem pela defasagem cultural entre terapeutas com formação ocidental e pacientes nativos, principalmente no que se refere à psicoterapia, e sugerem ao psiquiatra a consideração pelo ponto de vista do usuário, atitude essencial para que possa auxiliá-lo efetivamente.

Ilechukwu (1988) investigou as crenças de 100 pacientes externos do Hospital Universitário de Lagos sobre a etiologia da doença mental. Os resultados, ao contrário da expectativa do autor, não mostram uma predominância das crenças sobrenaturais; ao contrário, as respostas psicossociais predominam sobre as sobrenaturais.

Com relação às crenças e teorias sobre a doença mental parece que a consideração da etiologia psicossocial vem se impondo a nível mundial, especialmente em países mais desenvolvidos, mesmo entre usuários de instituição psiquiátrica. No entanto, a idéia que a loucura é uma doença não está totalmente descartada, aparecendo, muitas vezes, combinada a explicações psicossociais. Observa-se, além disso, nos países do Terceiro Mundo e do Oriente, alusão a explicações sobrenaturais, que são combinadas às anteriores, parecendo existir uma tendência a uma visão sincrética da etiologia das perturbações mentais ou um conflito entre noções oriundas de diferentes backgrounds culturais. Nos países mais desenvolvidos, raramente concepções místicas ou religiosas são aventadas.

1.3 - Pesquisas acerca das Representações Sociais a respeito da loucura e/ou doença mental

Conforme já foi apontado anteriormente, distinguimos neste levantamento bibliográfico os estudos sobre "atitudes e crenças" daqueles acerca das "representações" por partirem de orientações divergentes dentro da Psicologia Social. Lembro que as pesquisas sobre representações fundamentam-se no pressuposto de que os fenômenos psicossociais são fruto da interrelação entre indivíduo e sociedade e, portanto, como quer Moscovici, a "realidade" social é ativamente construída nas relações interpessoais.

Entre as investigações a respeito das representações sociais da loucura e/ou doença mental, merecem destaque especial as realizadas por Jodelet (1989) e De Rosa (1987) que, surpreendentemente, não foram localizadas no Psychological Abstracts. Nesta publicação apenas encontrei,

entre 1988 e 1994, uma única referência que se insere na mesma linha de pesquisas: o estudo de Rätty (1990), realizado na Finlândia.

Em seu livro "Folies et Représentations Sociales", publicado em 1989⁵², Jodelet estuda as representações sociais da loucura em uma comunidade rural da França, Ainay-le-Chateau, onde vigora um sistema de albergamento familiar de doentes mentais que remonta ao início deste século. A metodologia desta pesquisa, realizada durante quatro anos, abrange várias técnicas de coleta de dados: observação participante da vida comunitária, caracterização do sistema de albergamento, análise de documentos relativos ao antigo Hospital Colônia, recenseamento das famílias albergueiras e entrevistas individuais com as "mães albergueiras". As representações sociais são, portanto, abordadas num contexto concreto que permite não só desvendá-las, mas também averiguar a forma como se atualizam na vida cotidiana.

Baseando-se no material colhido, Jodelet mostra que, embora aparentemente integrados à comunidade, os doentes mentais sofrem uma segregação sutil que os mantém à margem da vida social. Uma primeira diferenciação é feita a partir do modo como são nomeados: "bredins", em oposição aos "civis", isto é, aos cidadãos comuns. Entre os "bredins", também são feitas distinções que se apoiam, em última análise, no critério da "inocência" X "maldade", a primeira associada a um prejuízo cerebral e a segunda, a um comprometimento dos "nervos". Os "nervosos" são tidos como tipos perigosos, cuja loucura circula no sangue ou nas secreções corporais sendo esta "doença", portanto, passível de contágio. Estas representações concretizam-se nas práticas domésticas e nas normas socialmente partilhadas destinadas a evitar contatos mais próximos com os doentes mentais. Por exemplo, os "bredins" fazem as refeições separadamente, suas roupas são lavadas à parte, são mantidos afastados das crianças e das jovens "civis", sendo absolutamente interdito o casamento entre os dois grupos, sob pena de expulsão daqueles que a desrespeitarem.

Coexistem, portanto, dois níveis de representação: um explícito e outro implícito. Embora sejam alojados pelos "civis" e convivam sem restrições aparentes com a comunidade, na intimidade os "bredins" são segregados devido a uma "fobia de contato"⁵³ que se manifesta tanto no plano físico, como no afetivo ou de aliança. Esta fobia, segundo a autora,

⁵²Este livro originou-se da tese de doutorado de Denise Jodelet: *Civils et bredins: représentations sociales de la maladie mentale et rapport à la folie en milieu rural.*, Paris, 1983.

⁵³Termo empregado por Jodelet.

fundamenta-se no temor, socialmente partilhado, do contágio orgânico ou psíquico da loucura.

E Jodelet relaciona este temor pela integridade do "corpo privado" com a preservação do "corpo social" diante de uma ameaça interna (a convivência diária com a loucura) e associa o receio de assimilação social dos "bredins" por parte dos "civis" ao risco de perda da identidade social deste último grupo.

Retomando suas palavras:

"Nossa comunidade nos esclarece sobre a dinâmica que conduz a estas formações delirantes. O sistema psiquiátrico não assegura proteção contra a intrusão do elemento estranho que é o louco e mesmo a favorece. A população, para se proteger do que ela construiu como uma ameaça, inventa uma ordem que defende por meios materiais e simbólicos. Na incerteza do seu direito, ela se apoia em crenças arcaicas que podem coexistir com a modernidade, apesar do custo psicológico que isto envolve devido à sua função simbólica. Nesta comunidade obcecada pela idéia de ser socialmente demarcada, e se sentindo ameaçada de dentro, a adesão coletiva a este corpo de representações é um meio de se afirmar na sua unidade, defender sua identidade" (Jodelet, 1989, p. 390 - grifos meus)

Neste trecho, ao explicar as representações sociais sobre a loucura construídas pela comunidade em função de aspectos sociológicos e antropológicos, sem se aperceber, Jodelet identifica estas representações elaboradas pelos habitantes de Ainay-le-Chateau aos sinais de loucura, denominando-as "formações delirantes". Assim, a autora capta um outro paradoxo fundamental: no afã de fugir ao contágio da doença mental, os "civis" acabam desenvolvendo um "delírio" coletivo e, portanto, tornando-se tão "loucos" quanto os "bredins". Em outras palavras, no seu entender, os "civis", convivendo com os "bredins", estão expostos, concretamente, ao contágio da loucura!

Ao contrário de Jodelet que utiliza técnicas complementares na coleta de seus dados, De Rosa (1987) contrasta a técnica do desenho com o material obtido em entrevistas semi-estruturadas. O objetivo desta autora é estudar como os diferentes modelos da loucura (visão mágica-sagrada, a loucura vista como desvio-crime, a visão medicalizada e a abordagem psicossocial) manifestam-se nas diferentes faixas etárias quando captados por diferentes técnicas.

De Rosa observa que, quando é colhido material verbal - obtido em pesquisa anterior (1981)⁵⁴ com 60 crianças de 5 a 13 anos - os resultados apontam para uma evolução linear da representação da loucura, equivalente à evolução histórica do pensamento sobre esta questão. Assim sendo, a loucura é caracterizada, entre 5 e 6 anos, como "desvio de comportamento", entre 8 e 9 anos, é interpretada com base num modelo medicalizado sendo, na adolescência, este modelo substituído por explicações psicossociais. O padrão linear de desenvolvimento das representações sobre a loucura confirma-se em investigação posterior (de Rosa, 1982)⁵⁵ realizada com 1640 sujeitos, incluindo crianças de 5 a 16 anos e seus pais. Entretanto, a autora detecta nesta ocasião a permanência, mesmo nos adultos, de representações mais primitivas.

Com base nesta observação, decide testar a hipótese de que a produção de desenhos despertaria, em função do relaxamento das inibições, representações mais arcaicas. Ao analisar 45 desenhos de crianças entre 5 a 16 anos e de adultos, De Rosa constata a emergência, nas diversas faixas etárias estudadas, de imagens mágicas e/ou fantásticas com conotações positivas (bufão, palhaço, artista) ou negativas (monstro, demônio, figuras mitológicas ou surrealistas), o que confirma sua suposição. Mostra também que estas imagens coexistem com figurações da loucura como "desvio de comportamento" (comportamento bizarro ou delinqüente) e como "doença" (orgânica ou psíquica). A autora conclui sugerindo a presença de elementos arcaicos universais na representação da loucura, subjacentes às representações construídas na atualidade:

"O material pesquisado ilustra, por um lado, uma grande variedade de imagens elaboradas pelos sujeitos para representar a loucura e, por outro, observa-se a constância de certos núcleos figurativos que se organizam em representações estereotipadas da loucura através dos séculos. Este último aspecto poderia nos levar a supor que existem 'elementos representativos universais' da loucura, beirando a natureza 'coletiva' das representações (Durkheim, 1889) mais de que a 'social' (Moscovici, 1961)".(de Rosa, 1987, p.93)

A questão levantada por de Rosa quanto à natureza universal de alguns aspectos latentes das representações sobre loucura, poderia, na

⁵⁴De Rosa, A. - La rappresentazione sociale de "folle" e dela "folia" in soggetti in età evolutiva. Atti del XIX Congresso della Società Italiana di Psicologia. Bologna, 1981, p. 436-7.

⁵⁵De Rosa, A. - The image of "mentally ill" as perceived socially by children and their parents. Abstracts of the 20th International Congress of Applied Psychology, Edimburgo, 1982, p. 382.

minha opinião, ser complementada pela consideração da dimensão inconsciente destas representações. Retomando os ensinamentos de Freud, as representações e fantasias inconscientes, no sentido psicanalítico, permanecem aderidas às representações sociais. Estas, por sua vez, estabelecem soluções de compromisso entre o material oriundo do inconsciente e o que é veiculado no meio social como adequado. Desta maneira, o material gráfico devido ao seu caráter figurativo, da mesma forma que o fenômeno onírico, está mais próximo dos conteúdos inconscientes do que o material verbal colhido por De Rosa em entrevistas semi-estruturadas. Aliás, este tipo de entrevista, por ser predominantemente diretiva, dificilmente dá margem à emergência de material psíquico mais profundo.

A mesma técnica de entrevista semi-estruturada é empregada por Rätty que, em 1990, publicou um trabalho com o título "Um mundo sem doença mental", no qual investiga conceitos sobre doença mental, saúde mental e sua interrelação em um grupo de 30 estudantes universitários. A representação social da doença mental parece seguir pelo menos dois tipos de orientações divergentes. De acordo com a primeira orientação, a doença mental é vista como uma ameaça, uma categoria de severa patologia e de comportamento incompreensível que não permite qualquer referência óbvia à identificação positiva. A segunda orientação é baseada no "criticismo à civilização", onde a doença mental tem um papel simbólico, suas vítimas representando a desarmonia da sociedade. No entanto, os resultados não tendem a nenhum dos dois extremos, mostrando, ao contrário, uma multiplicidade de noções e atitudes para com a doença mental. Esta vem associada à patologia, embora sejam apontadas diferenças cruciais entre doença física e mental; os sujeitos também rejeitam a idéia de que um problema de saúde mental é um tipo de doença mental, ainda que reconheçam a incerteza da fronteira entre ambas. A causalidade tanto biológica como física é apontada com freqüência, sendo a crença mais comum a da predisposição individual. O autor conclui que os sujeitos não acreditam na viabilidade de um mundo sem doença mental.

É interessante notar que os resultados obtidos por Rätty confirmam aqueles encontrados por autores anteriormente citados no sub-item "crenças e teorias", como por exemplo Furnham & Bower (1992). Ambos os estudos assinalam que a população não adere especificamente a nenhum modelo, mas que retira de cada um aquilo que lhe parece adequado com base em suas vivências, compondo representações coerentes com sua visão de mundo.

Por outro lado, as investigações de Jodelet (1989) e De Rosa (1987) mostram claramente a interferência de aspectos latentes nas representações socialmente veiculadas sobre a loucura. Jodelet os detecta na prática cotidiana, mesmo se não admitidos expressamente pela comunidade, e De Rosa capta sua presença nas produções gráficas realizadas tanto por crianças, como por adultos.

2 - PUBLICAÇÕES NACIONAIS

O levantamento bibliográfico dos trabalhos nacionais sobre "atitudes" e "representações" sobre a loucura e/ou doença mental foi realizado por meio da consulta aos seguintes bancos de dados: LILACS que abrange publicações em revistas e alguns trabalhos acadêmicos (dissertações e teses) da América Latina em Ciências da Saúde e Saúde Pública; UNIBIBLI onde estão catalogados livros e dissertações/teses existentes nas bibliotecas das universidades estaduais (USP, UNESP e UNICAMP) e DEDALUS (Banco de Dados Bibliográficos da USP) que contém as referências dos livros disponíveis em suas bibliotecas e da produção de seu corpo docente a partir de 1985. Foram acrescentados alguns estudos sobre representações por indicação informal de colegas ou encontrados diretamente nos arquivos e nas estantes da Biblioteca do IPUSP. Estes trabalhos, por não trazerem esta referência no título, estavam catalogados das mais diversas formas.

2.1 - Estudos sobre atitudes e percepções em relação à doença mental

O levantamento dos estudos nacionais sobre este tema, especialmente aqueles publicados a partir de 1986, mostra a preocupação de pesquisadores em Psicologia Social na avaliação das atitudes de diferentes grupos socio-econômicos, educacionais e profissionais em relação à doença mental por meio de escalas de mensuração pré-elaboradas, originais ou adaptadas de trabalhos internacionais. Inserem-se, portanto, em sua maioria, numa linha de pesquisas tradicional em Psicologia Social, de orientação predominantemente positivista.

Um dos trabalhos mais antigos é a tese de doutorado de Rodrigues (1983), defendida na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que usa a escala a respeito de "Opiniões sobre a Doença Mental", elaborada por Cohen

e Struening (1962)⁵⁶, adaptada às condições brasileiras para avaliar as atitudes de diferentes grupos profissionais frente à doença mental. Usando uma amostra de 336 sujeitos, profissionais e funcionários administrativos do Hospital das Clínicas associado àquela instituição de ensino, Rodrigues avaliou suas atitudes frente aos seguintes fatores aferidos pela escala acima citada: A - Autoritarismo, B - Benevolência, C- Ideologia de Higiene Mental, D - Restrição Social, E - Etiologia Interpessoal, F - Etiologia de Esforço Mental e G - Visão Minoritária. Conclui que:

"- Os grupos profissionais exibiram diferenças significantes quanto ao perfil atitudinal exibido frente a doença mental, sendo que o grupo dos Funcionários apresentou as atitudes mais negativas.

- Entre os profissionais da saúde, os Enfermeiros destacaram-se por apresentar o perfil atitudinal de maior conteúdo autoritário.

- Na categoria dos Médicos foram detectadas diferentes perfis atitudinais de acordo com a especialidade e, neste caso, os Psiquiatras exibiram as atitudes mais positivas".(Resumo do autor)

Os resultados de Rodrigues confirmam aqueles relatados pela literatura internacional no que se refere a diferenças de atitudes em relação ao doente mental por parte de diferentes grupos profissionais. No entanto, a avaliação positiva da atitude dos psiquiatras é bastante questionável, inclusive do ponto de vista teórico. Considerando a doença mental como uma condição interna, intrínseca à natureza de seu portador e independente de condições ambientais, o modelo médico favorece a estigmatização e a segregação do suposto doente mental.

Outras investigações sobre o tema foram realizadas conjunta e separadamente por pesquisadores de diferentes universidades federais (Nogueira, A.M.P. - Universidade Federal do Ceará; Martins, A.E.O - Universidade Federal do Espírito Santo; Pasquali, L & Martins, F.M.M.C. - Universidade de Brasília) e publicadas em 1986/87. Estas pesquisas focalizam o estudo das variáveis que interferem nas atitudes frente ao doente mental, usando uma escala elaborada pelo próprio grupo e publicada em 1987, a ADM ("Atitudes frente a doença mental").

Nogueira (1986), tendo como parâmetro os escores obtidos na ADM, avaliou a influência da variável "Conhecimento da abordagem socio-cultural da doença mental" na mudança de atitudes frente à doença mental.

⁵⁶ Cohen, J. & Struening, E.L. - Opinions about mental illness in the personel of two large mental hospitals. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1962, vol.64, p. 349-360.

Selecionou dois grupos de estudantes do curso de Psicologia da UFC, um experimental, ao qual foram ministradas aulas sobre o tema acima e outro, controle, que não compareceu a tais exposições. Os resultados confirmam a hipótese de que o grupo experimental de estudantes apresentou, após o curso, atitudes mais favoráveis em relação ao doente mental de que o grupo controle. A autora conclui que o método didático-educativo sobre a abordagem socio-cultural mostrou-se efetivo para promover a mudança de atitudes para com o doente mental num sentido mais positivo entre os estudantes de Psicologia, o que é de suma importância dada a natureza da profissão que pretendem seguir.

Pasquali et al.(1987) desenvolveram um amplo estudo publicado em duas partes, a primeira dedicada à elaboração de um modelo integrativo das atitudes frente ao doente mental e a segunda destinada à construção, validação e adaptação da escala ADM, anteriormente citada.

Na primeira, os autores apresentam uma breve análise dos diferentes modelos sobre a doença mental (médico, demonológico e socio-cultural), seguida de um levantamento de pesquisas internacionais a respeito das variáveis que influenciam as atitudes frente à doença mental, destacando entre elas o conhecimento sobre doença mental e contatos anteriores com doentes mentais. Com base nestes dados, elaboram um Modelo Explicativo Integrativo, isto é, um sistema que integra diversas variáveis que afetam as atitudes das pessoas em relação à doença mental. As variáveis consideradas neste sistema, além das duas já citadas, são: modelos de concepções sobre doença mental, autoconceito, influências culturais e sintomatologia manifestada pelo doente mental.

Concluem, numa tentativa de integrá-las:

"Além disso, o conhecimento, os modelos e o contato representam um agrupamento de variáveis que se constituem em fatores mediadores e moderadores de outras variáveis mais radicais que agem através ou em interação com elas. Assim, por exemplo, o nível socio-econômico parece afetar as atitudes em relação à doença mental na medida em que ele determina, em parte, tanto o conhecimento sobre a doença mental (...), quanto os modelos de visão da doença mental. A literatura tem mostrado que as camadas socio-econômicas mais baixas tendem a assumir um modelo mais médico que ambiental da doença mental. Da mesma forma, também a cultura, além da influência direta sobre as atitudes, age através dos modelos de compreensão que criam (...), bem como através da rotulação de comportamentos em termos de sintomatologia e de tipo de tratamento daí decorrentes." (p.64)

A segunda parte do trabalho é dedicada à construção e validação estatística da Escala de Atitudes frente ao Doente Mental (ADM), escala esta que já vinha sendo utilizada pelo grupo de pesquisadores desde 1982. Esta escala tem como fundamento teórico o modelo integrativo exposto na primeira parte e é composta por 70 itens que abrangem 5 dimensões atitudinais ou fatores:

Fator 1 - Incapacidade(22 itens)

Fator 2 - Desorientação (21 itens)

Fator 3 - Violência (9 itens)

Fator 4 - Desvio Sexual (11 itens)

Fator 5 - Alienação (22 itens)

O "objeto e atributo de medida" da ADM é especificado da seguinte maneira:

"O 'objeto' que a ADM pretende medir é o doente mental. Este conceito é aqui tomado da concepção psiquiátrica corrente que aponta a pessoa que se caracteriza por ser diferente dos demais, no sentido dela se encontrar num estado avançado de um processo de desintegração que lhe dificulta ou impossibilita um funcionamento psíquico normal.(...) O atributo específico que a escala deseja medir desse 'objeto' doente mental é o desvio comportamental."
(p.31)

A seguir, apresentam dados empíricos obtidos a partir deste instrumento de medida e retomam as pesquisas do grupo, analisando e discutindo os resultados divergentes obtidos nestas investigações em função do "Conhecimento da Doença Mental". Concluem que, embora os estudos sobre atitudes em relação à doença mental sejam raros no Brasil, alguns resultados obtidos concordam com os da literatura internacional no seguinte:

" 1 - existe ainda muito preconceito e estigma entre a população em referência ao doente mental (...);

2 - a formação acadêmica, especialmente na área da saúde mental, favorece atitudes mais positivas com relação ao doente mental;

3 - as atitudes dos familiares se aproximam mais às da população em geral do que da dos profissionais da área da saúde mental, isto é, os familiares têm atitudes mais negativas.

É triste concluir que, de um modo geral, parece que na concepção e atitudes com referência à doença mental ainda domina, entre a população, o modelo demonológico, onde preconceitos sobre a doença e medo do portador da mesma imperam sobre posicionamentos mais esclarecidos e racionais. Felizmente, também parece certo que à medida que a população adquire maiores conhecimentos, maior

nível educacional, também vai incorporando concepções mais racionais sobre a doença mental e assumindo atitudes mais benignas com relação ao doente mental"(p.61)

Em 1987, Antônio E.O. Martins estuda a influência do tipo e do nível de treinamento universitário nas atitudes frente à doença mental de estudantes universitários da Grande Vitória - ES, usando a escala ADM acima citada. Comparou três tipos de treinamento universitário (Psicologia, Serviço Social e Medicina) e dois níveis de treinamento (calouros e veteranos) a fim de confrontar as diferenças de atitude medidas pela escala ADM, acima citada. Com relação ao tipo de treinamento universitário, encontrou diferenças significativas entre os estudantes de Psicologia e os de Medicina, apresentando os primeiros atitudes mais favoráveis, enquanto que os estudantes de Serviço Social não se diferenciaram significativamente dos dois outros grupos. Explica que os estudantes de Medicina, influenciados pelo modelo médico de saúde mental, são conduzidos a atitudes mais negativas, na medida que este modelo reproduz o estigma da condição de doente mental. No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos de calouros e veteranos, o que aponta para a pouca influência do nível de treinamento universitário. Este último resultado é bastante interessante porque significa, ao contrário do que quer o autor, que o treinamento não influi nas atitudes para com o doente mental, uma vez que não há diferenças significativas entre calouros e veteranos. Ao que me parece, alguma característica dos sujeitos, possivelmente determinante inclusive de sua escolha profissional, seria responsável pela atitude mais favorável que adotam em relação ao doente mental.

Comentando em conjunto as publicações deste grupo, tenho a salientar o mérito de tais pesquisadores em se dedicarem ao estudo das atitudes de diversos grupos para com o doente mental com vistas a uma modificação destas num sentido mais positivo, usando o modelo socio-cultural como referência teórica. No entanto, após ler cuidadosamente os trabalhos acima citados, penso que existem alguns aspectos que merecem ser discutidos:

a) a ADM infere atitudes negativas frente à doença mental a partir de uma coincidência entre comportamento atribuído pelo sujeito testado ao doente mental e a sintomatologia clássica da doença mental descrita pela psiquiatria, isto é, da concordância ou não com o modelo médico no que se refere aos sinais de doença mental. Ora, a experiência clínica em instituição psiquiátrica mostra que, eventualmente, sob intenso sofrimento psíquico, os pacientes podem mostrar-se realmente incapacitados, desorientados,

violentos, alienados e exibir comportamento sexual exacerbado, fatores que os autores consideram como indicativos de preconceitos contra o doente mental, mas que muitas vezes são expressão de uma triste realidade. Penso que negar as expressões de sofrimento psíquico não indica atitude positiva, muito pelo contrário. O problema fundamental, a meu ver, está no significado atribuído a estas manifestações: dor psíquica ou doença mental. No primeiro caso, o comportamento humano adquire um sentido em função das experiências concretas vividas pelo indivíduo; no segundo, é um mero sintoma da doença inerente ao indivíduo.

b) Os autores, ao recorrerem a explicações que levam em conta aspectos socio-culturais, contrapõem-se abertamente ao conceito clássico de doença mental como processo de adoecimento interno. No entanto, embora questionem o conceito de doença mental, usam este termo de modo corrente, jamais o substituindo por outro mais adequado, o que muitas vezes gera considerável ambigüidade num nível semântico, a qual, sem dúvida, acaba se refletindo no plano conceitual.

c) As pesquisas do grupo sobre os efeitos da variável "conhecimento acerca da doença mental" partindo da abordagem socio-cultural também é questionável. Em primeiro lugar, porque é sabido que a informação é apenas um dos fatores a influir no tipo de atitude adotado, sendo que outros componentes, inclusive emocionais, não podem ser desconsiderados. Em segundo, porque suas próprias pesquisas deixam brechas: a de Nogueira (1986), por exemplo, avalia os sujeitos logo após o curso ministrado, o que não significa que atitudes mais positivas devam se manter após algum tempo; a de Martins (1987), já comentada, não encontra diferenças nas atitudes de calouros e veteranos.

d) Pasquali et al. (1987B) concluem seu trabalho, afirmando que lamentam a permanência do modelo demonológico entre a população menos esclarecida, por ser irracional e gerador de preconceitos. E eu pergunto: O que dizer do modelo médico, "racional" mas, da mesma forma, gerador de atitudes negativas? Por outro lado, será o "esclarecimento" suficiente para debelar essas crenças? Ou será que estas pessoas, menos suscetíveis à censura intelectual, ficam mais à vontade para falar daquilo que muitos acreditam, mas tem pudor de revelar? Na minha opinião, talvez, seja o caso de respeitar estas crenças e mesmo utilizá-las em prol do alívio da ansiedade frente ao doente mental, como já sugeriram autores internacionais anteriormente citados.

Finalizando, penso que estes pesquisadores, empenhados no confronto com o modelo médico, não percebem o quanto continuam aderidos a ele, mesmo que seja pelo avesso. Questionam a doença mental enquanto condição interna, uma vez que levam em conta fatores ambientais, mas não chegam a caracterizá-la enquanto sofrimento psíquico, deixando algumas vezes dúbia e ambígua sua posição.

Além desses trabalhos sobre atitudes, Luis et al. (1989) realizaram, em nosso meio, um estudo a respeito da percepção de familiares e pacientes sobre os determinantes do distúrbio mental atual, comparando-a à dos enfermeiros psiquiátricos sobre o episódio ocorrido. Usaram uma amostra da população que busca atendimento na emergência psiquiátrica, analisando suas respostas em função da semelhança ou diferença em relação à opinião dos enfermeiros. Os resultados mostram que percepções destes sujeitos coincidem, na sua maioria, com a dos enfermeiros, o que leva os autores a concluir que estes apresentam uma "boa percepção". No meu entender, apesar da "boa intenção" dos pesquisadores em considerar a visão dos familiares e/ou dos pacientes e as contribuições que estes trazem para a compreensão do caso, este estudo mostra-se altamente tendencioso, uma vez que os autores julgam as opiniões dos sujeitos tendo como parâmetro suas próprias percepções, convencidos de que estas são inquestionáveis.

Outras investigações indiretamente relacionadas às atitudes frente à doença mental poderiam ser citadas. Entre elas encontra-se o trabalho de Ribeiro (1988) que se opõe ao de Luis, anteriormente citado, justamente por respeitar o saber popular relativo a outras etnias. Este autor estuda diferenças interculturais no modo de lidar com a doença mental em sociedades distintas. Mostra que, enquanto a nossa sociedade usa argumentos científicos para conceituá-la e diagnosticá-la, prevalecendo o controle institucional da doença que é tratada pelo profissional de saúde, a sociedade africana usa o conhecimento tradicional, fundado em concepções mágicas. Este conhecimento é partilhado por todos, que são convidados pelo "curandeiro" a colaborar no processo de "cura", participando em rituais simbólicos para expulsão de espíritos malignos ou eliminação de feitiçarias. Assim, a sociedade africana não exclui, nem menospreza, o portador de distúrbios mentais; ao contrário, seus membros participam ativamente da reintegração do mesmo na comunidade. O autor conclui:

A Etnopsiquiatria tem por objetivo resgatar a tradição esfacelada, ou então, permitir a criação de outros mecanismos de acesso amplo quanto à compreensão e

participação, que permita a 'auto-regulação' da sociedade comprometida" (p.115)

Finalmente, gostaria de citar dois trabalhos que alertam para as consequências da desinstitucionalização: o de Lucion (1989) e o de Bandeira (1990). Lucion, alegando, com base em dados obtidos no Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre), o abandono a que fica sujeito o doente mental crônico desinstitucionalizado, defende a criação de asilos, onde o paciente seja tratado com humanidade. Já Bandeira, partindo da experiência de outros países, aponta para vários fatores que comprometem o sucesso do movimento de saúde mental comunitária no Brasil, havendo, na sua opinião, uma transposição do processo de desinstitucionalização para transinstitucionalização. Para que tal movimento tenha êxito, este autor assinala, entre outras medidas, a importância do preparo da comunidade para colaborar com a nova política de saúde mental. Não justifica, como faz Lucion (op.cit.), o retorno ao sistema asilar, mas acredita que a experiência de outros países deva ser considerada para que se tornem viáveis as conquistas do movimento de saúde mental comunitário. De qualquer forma, ambos os trabalhos criticam a desinstitucionalização tal como vem sendo realizada e, embora proponham soluções diferentes, alertam-nos para o risco de um retorno ao sistema tradicional, cujas consequências nefastas todos bem conhecemos.

2.2 - Pesquisas sobre representações da doença mental

Como acontece no âmbito internacional, são raras as publicações nacionais sobre representações da doença mental, predominando, como foi visto, a abordagem positivista presente nos estudos referidos no sub-item anterior. Assim, após extensa pesquisa bibliográfica, encontramos o livro de Perelberg (1976) que segue a tradição antropológica e a dissertação de mestrado de Alvares (1991) fundamentada nas teorias de Bordieu e Boltansky. Incluí também a dissertação de Brunello (1992), defendida na PUC, pois, embora não se trate de uma pesquisa de representações, indiretamente vincula-se à presente tese por acompanhar, partindo do relato de pacientes psiquiátricos, seu processo de exclusão social.

Perelberg (1976), antropóloga, concebe os rituais como representações simbólicas de experiências sociais de acordo com a noção desenvolvida por Lévi-Strauss. Esta autora, considerando as "reuniões de

família" do Serviço de Psiquiatria de um Hospital Geral como momento importante no processo de internação do doente mental, delas participa e as toma por objeto de análise. Nestas reuniões são acionadas diferentes concepções sobre a doença mental por parte dos familiares: a) concepções mágicas envolvendo contato com espíritos; b) noções que situam o problema no próprio indivíduo, atribuindo-lhe a responsabilidade moral pela doença, mesmo quando a causa é vista como orgânica; c) representações que imputam a fenômenos exteriores o distúrbio mental. Salienta, no entanto, que a ambigüidade está presente todo o tempo no discurso dos familiares, que oscila entre as noções de fatalidade e livre-arbítrio por parte do doente mental quanto à causação de sua perturbação. Mostra também como os coordenadores do grupo procuram silenciar o discurso das famílias, quando as idéias nele veiculadas entram em choque com as noções "científicas" sobre doença mental, consideradas por estes profissionais de saúde mental mais avançadas em termos de desenvolvimento cultural. Ao final, Perelberg sugere a possibilidade de se encarar as acusações de comportamento desviante por parte dos familiares em direção a um de seus membros como momentos ritualísticos, em que há um rompimento da rotina e as pessoas são levadas a refletir sobre suas vidas. Esse rompimento, a seu ver, implica numa mudança das relações sociais no grupo familiar, assumindo estas ritualizações um caráter descontínuo e irreversível, ao contrário do que acontece nos rituais das sociedades tribais. O hospital, nesta perspectiva, assume um papel de suma importância, pois faz a mediação com o contexto social mais amplo.

Alvares(1991), por sua vez, apresenta uma abordagem diferente. Usando o referencial de Psicologia Social, investiga representações da doença mental entre indivíduos de classe baixa, partindo do pressuposto de que diferentes classes sociais apresentam diferentes visões de mundo e, conseqüentemente, representam de modo diverso a doença mental. Entrevista nove sujeitos, acompanhantes de pacientes adultos que comparecem para um primeiro atendimento num serviço psiquiátrico, utilizando o discurso livre e um questionário sobre dados pessoais. O material coletado é classificado em três categorias: sinais de desvio, causalidade e tentativas de ajuda. A autora analisa os aspectos mais significativos dos relatos, reportando-se às teorias de Bordieu e Boltansky e destacando dois tipos principais de representações da causalidade do desvio de comportamento entre os entrevistados: por problema de cabeça ou "nervos" e por causas espirituais. Ambas mesclam-se em todos os casos,

exceto um, verificando a autora que a busca de auxílio médico é freqüentemente entrelaçada a tentativas de ajuda espiritual. Entre os sinais de desvio, destaca-se a incapacidade para assumir responsabilidades frente à família e ao trabalho, estando as noções de saúde e doença associadas à capacidade de trabalhar.

Estes dois trabalhos mostram, cada um a seu modo, que as concepções mágicas sobre a loucura ainda subsistem paralelamente a explicações "científicas", sendo que Alvares assinala que as soluções apontadas pelos sujeitos para os distúrbios mentais combinam, de modo sincrético, os dois modelos.

Por outro lado, Brunello (1992) analisa o "*processo de desconstrução da existência*" vivido por quatro pacientes psiquiátricos que se submeteram a internações manicomiais. Atribui as perdas sucessivas de que foram vítimas a representações sociais que caracterizam o "doente mental" como "*incapaz, perigoso e improdutivo*", o que, a seu ver, "*é amparado por uma legislação que condena e exclui o desviante*" (Resumo da autora). Contrapõe a abordagem psiquiátrica tradicional a movimentos e práticas geradoras de transformações, cuja proposta é restituir a dignidade e a identidade àqueles que passaram pela experiência da loucura.

2.3 - Investigações do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (LSMPS - IPUSP)

Finalizando este levantamento bibliográfico, relatarei alguns trabalhos do LSMPS-IPUSP do qual participo. O LSMPS-IPUSP apresenta um interesse especial pelas representações sobre a doença mental, interesse que se justifica na medida em que as práticas assistenciais vigentes são autorizadas pela aceitação das representações veiculadas pelo discurso competente sobre a loucura. Uma modificação em tais práticas exige a desconstrução destas representações, especialmente no que se refere à conceituação quanto à natureza e à etiologia da loucura. A idéia de que a loucura consiste num processo de adoecimento interno, quer de natureza orgânica ou psíquica, sustenta tais práticas, ao passo que o entendimento da loucura como manifestação de sofrimento psíquico desencadeado por condições ambientais adversas, tanto do ponto de vista material e concreto

como psíquico, exige uma revisão do modo como vem sendo encarada e tratada a loucura.

Nossos trabalhos distinguem-se dos estudos anteriormente citados a respeito das Representações Sociais da Doença Mental pelo fato de, sem abrir mão do rigor científico, estarmos empregado o método clínico tanto na coleta como na análise do material pesquisado. Em outras palavras, temos propiciado a emergência de material não consciente usando técnica não diretiva e interpretado as associações obtidas levando em consideração a interferência de aspectos latentes subjacentes a estas representações.

Foram estudadas representações sobre a doença mental em diversos conjuntos de sujeitos, partindo-se da idéia de que diferentes grupos sociais absorvem de maneiras diversificadas o discurso competente.

Um primeiro agrupamento de investigações abrange aspectos ligados à educação tendo como sujeitos professores secundários (Tsu, 1988), escolares de 1º grau (Tsu, 1989; Tsu, 1991C) e colegiais (Tsu, 1991B). Um segundo, envolve trabalhos com usuários da instituição psiquiátrica: pacientes psiquiátricos internados e seus familiares. Dentre os primeiros, examinamos dois subgrupos: o dos "doentes mentais" (Tsu & Machado, 1988; Tsu & Tofolo, 1990) e o dos alcoolistas (Tsu & Machado, 1991; Machado & Tsu, 1991; Tofolo & Machado, 1993; Machado, 1994). Estudamos também as concepções de familiares de pacientes psiquiátricos internados acerca da doença mental (Tsu & al., 1989A, Machado & Nunes, 1992) e sobre o hospital psiquiátrico (Tsu & al., 1989B). Um terceiro conjunto de pesquisas investiga representações de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico e o tratamento a que é submetido (Tsu & Borges, 1991A e 1991B). À parte, também foram abordadas as representações de homicidas (Tsu, 1991A) a propósito das concepções sobre doença mental.

Apresento, a seguir, de forma resumida os principais achados de nossos estudos:

1- Professores secundários, escolares e colegiais:

Estes estudos abrangem uma faixa da população ligada diretamente à transmissão de conhecimentos. Os professores secundários constituem um grupo considerado influente em relação ao pensamento das novas gerações, supondo-se que, de certa forma, são tomados como modelos pelos alunos. Por sua vez, estudar as representações de estudantes pode ser particularmente revelador do que é transmitido às novas gerações e como as informações transmitidas pelas gerações mais velhas, socialmente

dominantes, são incorporadas pelos jovens. Foram então estudadas as concepções etiológicas destes grupos em relação à doença mental.

Em 1988, Tsu abordou 99 professores secundários de escolas particulares e públicas numa entrevista aberta, quando foram questionados a respeito do que, na sua opinião, leva uma pessoa a se tornar doente mental. Os resultados mostram que são freqüentes as concepções que atribuem a doença mental a um fator genético, seguidas de explicações que a consideram conseqüência de dificuldades sociais, políticas e econômicas.

Nos anos seguintes, foram abordados os estudantes:

- em 1989, Tsu aplicou individualmente, em 22 alunos da 4ª série do 1º Grau de escolas particulares, uma versão modificada do "Desenho da Figura Humana". Submetidas à análise de conteúdo, as respostas apontam predominantemente para o uso de drogas como agente causador da doença mental, seguido por problemas familiares, enfatizados pelas meninas, e pancadas na cabeça, salientadas pelos meninos.

- em 1991, Tsu (1991C) submeteu à aplicação coletiva do Procedimento Desenhos-Estórias com Tema 36 escolares da 6ª série de estabelecimento particular de ensino. Em ambos os sexos, o uso de drogas foi visto como fator etiológico básico, que resulta de más companhias e/ou problemas familiares. Também foram mencionados com relativa frequência problemas familiares e chegaram a ser citados os seguintes fatores: doenças orgânicas, problemas amorosos e espirituais.

- neste mesmo ano, Tsu (1991B) colheu as representações de 38 colegiais, alunos de 2º grau de escola particular, em entrevista grupal não diretiva. Nesta ocasião foram solicitadas respostas por escrito, sem identificação do sujeito. Observou-se uma predominância da idéia de que dificuldades de relacionamento interpessoal, principalmente quando resultam em rejeição, abandono e solidão podem desencadear a doença mental. Menos enfaticamente são citadas hipóteses que atribuem a doença mental a problemas orgânicos, assim como explicações de cunho espírita (kardexismo).

A partir destes estudos podemos tirar algumas conclusões:

- professores secundários, pertencentes a uma geração mais antiga, ainda mantém vivas no seu imaginário representações da loucura como doença orgânica, tal como é veiculado pelo discurso competente, embora também considerem explicações que levam em conta fatores políticos e sociais.

- os escolares e colegiais expressam ansiedades próprias à sua faixa etária, projetando-as de modo condensado na figura ameaçadora do "doente mental viciado". Afora este aspecto, atribuem a fatores ambientais, quer de natureza orgânica (pancadas na cabeça) ou psíquica (problemas familiares), a etiologia da doença mental.

- já entre os colegiais, o tema predominante são as dificuldades emocionais (rejeição, abandono e solidão), temores próprios da adolescência, ainda que explicações orgânicas e espirituais também sejam citadas.

Comparando os resultados acima expostos, observamos que os professores oscilam entre dois extremos: a loucura entendida como doença orgânica de causação interna e a consideração de agentes relativos ao ambiente social e político mais amplo. Já os estudantes enfatizam problemas emocionais desencadeados pelo meio social mais restrito, em especial a família, o que é próprio da problemática existencial da idade, sem manifestar a consciência da influência exercida pelo contexto político e histórico vigente no momento atual. No entanto, não descartam a possibilidade de causação orgânica, referindo-se também a questões espirituais, ausentes no discurso dos professores, o que poderia ser indicativo de uma certa penetração deste discurso em camadas médias da população. Assim, a influência exercida pelos professores parece ser apenas relativa, provavelmente porque nos dias atuais os jovens estão expostos não somente aos conhecimentos transmitidos pela escola, mas também a uma multiplicidade de informações veiculadas pela mídia, elaborando tudo o que ouvem de acordo com suas vivências particulares.

2 - Usuários de instituição psiquiátrica:

O interesse em pesquisar as representações deste grupo deve-se ao seguinte fato: seus membros são os alvos privilegiados do sistema psiquiátrico vigente e, portanto, têm muito a dizer a respeito do modo como vivenciam as conseqüências concretas do "saber-poder" médico autorizado pela sociedade.

2.1 - Pacientes internados

2.1.1 - tomados no geral, incluindo os diversos diagnósticos psiquiátricos:

Tsu e Tofolo entrevistaram individualmente, em 1988, 60 mulheres internadas em instituição psiquiátrica, a fim de verificar a penetração ideológica do organicismo entre as mesmas. Este trabalho foi

publicado na íntegra dois anos mais tarde (Tsu e Tofolo, 1990) e os autores constataram que é pequena a penetração do discurso organicista, predominando explicações psicossociais. Problemas orgânicos são apontadas em 12% dos casos, bebida alcoólica, em 5% e causas espirituais, em 6,6%. Estes dados contrariam a literatura no que diz respeito à grande aceitação do discurso psiquiátrico entre as camadas populares, o que pode ser explicado em função de se tratar de um grupo específico.

Este estudo foi por nós repetido neste mesmo ano (Tsu & Machado, 1988), desta vez entrevistando individualmente 20 pacientes, sendo 10 do sexo masculino e 10 de sexo feminino. Os dados obtidos confirmam os resultantes do trabalho anterior: predominam explicações psicossociais da doença mental, sendo que os homens enfatizam a "vida cruel", isto é, dificuldades de cunho concreto e material e as mulheres focalizam o "coração magoado", ou seja, os problemas afetivos.

2.1.2 - alcoolistas:

Os dados das pesquisas relatadas foram colhidos em sessões de atendimento grupal oferecido a alcoolistas do sexo masculino, durante as quais material gráfico foi colocado à disposição dos sujeitos, sugerindo-se a possibilidade de desenhos sobre o tema em discussão. Tais sessões foram gravadas, com anuência prévia dos participantes, e posteriormente transcritas.

Em 1991, estudamos (Tsu & Machado) as representações sobre o alcoolismo e a internação psiquiátrica de 20 alcoolistas internados. Foram mencionadas concepções etiológicas relativas a três vertentes: a) explicações de cunho organicista, segundo as quais o alcoolismo é uma doença orgânica incurável; b) explicações moralistas, que encaram o alcoolismo como um vício decorrente de "fraqueza de caráter"; c) explicações que condensam as duas categorias anteriores, aglutinando elementos hereditários e caractereológicos, remanescentes das antigas teorias degenerativas. No entanto, percebido como "vítima" da doença ou como "culpado" pelo vício, em geral os sujeitos situam na pessoa do alcoólatra a causalidade do problema. Em raros momentos, é aventada a dupla mensagem transmitida pela sociedade em relação à ingestão de bebidas alcoólicas: incentivo subliminar ao consumo de bebidas e condenação expressa do alcoolismo. O hospital psiquiátrico é considerado pelos sujeitos um paliativo que os recupera momentaneamente, para depois devolvê-los à sociedade onde estão continuamente expostos à tentação da

bebida. A solução é evitar a "tentação do primeiro gole", que, na concepção de muitos, desencadeará no seu organismo um desejo incontrolável de continuar bebendo.

Neste mesmo ano, retomamos (Machado e Tsu, 1991) o tema do trabalho anterior, desta vez focalizando representações que associam alcoolismo à sexualidade. O cenário evocado pelos participantes do grupo foi o Jardim do Éden, onde a bebida é associada à figura da mulher, representada pela serpente que, por sua vez, encarna Satanás. A idéia desenvolvida pelos participantes do grupo é que a mulher-bebida tenta o homem com promessas de prazer, enlouquecendo-o de desejo sexual; presa incauta desta cilada, a vítima é progressivamente conduzida à perdição e à morte. Observa-se, portanto, uma nítida associação do alcoolismo a concepções moralistas, que entrelaçam erotismo, pecado e degradação moral. Concluímos que "bebida e desejo" são componentes de uma mesma rede associativa.

Em 1993, dedicamo-nos (Tofolo & Machado) ao estudo de concepções etiológicas de pacientes alcoolistas a respeito de vivências alucinatórias. Encontramos três tipos de causalidade associadas a estas vivências: ação de ente sobrenatural malévolo, bebida e "sistema nervoso abalado". A bebida é vista como geradora de afecção cerebral que, por sua vez, induz à alucinação; "sistema nervoso abalado" é atribuído aos doentes mentais, sendo esta condição suficiente por si só para provocar distúrbios senso-perceptivos. Reproduzem, portanto, o discurso da Psicopatologia ao distinguir dois tipos de condições principais sujeitas a alucinações: doentes mentais e usuários de álcool e drogas. No entanto, aventam uma terceira possibilidade de cunho mágico, ou seja, a ação de espírito maligno que se aproveita do "terreno propício", isto é, da "fraqueza da mente" própria dos doentes mentais e da debilidade física e mental dos alcoolistas provocada pela bebida, instrumento de Satanás, para gerar as alucinações. Concluímos que o conhecimento "científico" está presente nas representações dos alcoolistas, mas compõe-se com elementos mágicos atuantes ainda no imaginário popular.

Em 1994, prossegui analisando a ambigüidade presente nas representações de alcoolistas sobre a bebida, cuja aparência atraente esconde uma forte ligação com violência e morte: "Um túmulo bem caiado" como afirmam estes sujeitos. No imaginário dos alcoolistas, o pacato cidadão, atraído pela bebida, transforma-se num suicida ou homicida em potencial, ficando à mercê de seus impulsos mais primitivos, o que pode ser

interpretado como uma versão modificada de "O médico e o monstro", em que o primeiro transforma-se no segundo sob a ação do álcool. Em termos etiológicos, repete-se a oposição clássica entre vício e doença, que também aparecem combinados da seguinte forma: a doença desperta ao vício que, uma vez ativado, acarreta conseqüências orgânicas, degenerando corpo e mente. Subliminarmente, emerge uma terceira concepção, desta vez impregnada por crenças mágicas: o alcoolismo consiste num pacto com o demônio que oferece prazeres ilusórios, em troca da mente da pessoa, levando-a à loucura e à morte.

Os estudos acima relatados mostram uma penetração relativa do discurso psiquiátrico que, muitas vezes, aparece associado a concepções moralistas. No entanto, as representações dos alcoolistas são permeadas por noções mágicas, em que o sobrenatural age sobre o natural de modo camuflado, resultando numa composição sincrética onde são aglutinadas e combinadas representações oriundas do organicismo, do moralismo e do misticismo. Explicações psicossociais também são eventualmente citadas, mas sempre indicadas como facilitadoras da "doença" ou do "vício".

2.2 - Famíliares de pacientes psiquiátricos internados

Da mesma forma que fizemos em relação aos alcoolistas, os familiares foram atendidos em grupo, cujas sessões foram gravadas e transcritas.

Em 1989, estudamos as representações deste grupo sobre a etiologia da doença mental (Tsu & al., 1989A) e a respeito do hospital psiquiátrico (Tsu & al., 1989B).

Na primeira pesquisa, destacam-se concepções etiológicas que oscilam entre hereditariedade e influências ambientais, tendo sido citadas as seguintes: condições de parto, "dieta quebrada", problemas de relacionamento familiar e/ou conjugal, migração, etc. Em alguns momentos, surgiram representações que condensam numa mesma hipótese os fatores anteriormente mencionados, lembrando as antigas teorias da degenerescência da raça, segundo a qual os "vícios" de uma geração seriam transmitidos às subseqüentes sob a forma de doença mental hereditária, contaminando toda a prole de degenerados até sua extinção. Daí a enigmática expressão "Mexericos do sangue", utilizada como título do trabalho.

Na segunda, a instituição psiquiátrica é representada de três formas diferentes: a) como um espaço onde o paciente pode ser temporariamente

depositado, a fim de proporcionar alívio à família, cumprindo assim uma função de asilo; b) como desempenhando um papel correccional; c) como um lugar de acolhimento do paciente em crise, onde são supridas suas necessidades afetivas e materiais. As representações incluídas nesta última categoria estão presentes especialmente entre familiares dos que estão apenas ingressando na carreira de doente mental; aqueles com experiência mais longa, já perderam a esperança da cura do seu paciente e apenas dele querem livrar-se por algum tempo: "São uns dias que a gente pode respirar..."

A seguir, decidimos investigar as relações entre "misticismo e loucura" presentes no imaginário dos familiares, que se sobrepõem às explicações veiculados pelo discurso da competência (Machado e Nunes, 1992). Observamos que as concepções etiológicas místicas da loucura decorrem de duas vertentes explicativas: interferência de espíritos maléficos e registros inconscientes de vida passadas. Na primeira vertente destacam-se três tipos de representações: possessão demoníaca, ação de espíritos de pessoas já falecidas, atos de feitiçaria. Na segunda, o sujeito é perturbado pela memória inconsciente de acontecimentos traumáticos ou ações maldosas praticadas em encarnações anteriores. Detectamos também concepções místicas mescladas, de modo ambíguo e sincrético, a explicações orgânicas ou psicológicas: a pessoa debilitada física ou emocionalmente é "terreno propício para o espírito maligno". Com base nestes dados, concluímos que os familiares são coniventes com o discurso psiquiátrico na medida que este lhes proporciona o benefício da internação, embora esta aparente adesão não chegue a abalar convicções místicas e religiosas arraigadas na cultura popular.

3 - Trabalhadores de saúde mental

Este grupo, por lidar diretamente com os pacientes psiquiátricos, merece atenção especial. Em que medida é transmissor do saber competente? Ou será que, com base em suas vivências quotidianas, chega a questioná-lo? Está profissional e emocionalmente preparado para lidar com as situações que enfrenta no seu dia a dia? São estas, algumas das questões que se colocam.

Diante deste panorama, Tsu & Borges (1991A) pesquisaram as representações de 21 profissionais de saúde a respeito do paciente psiquiátrico portador de Aids, por meio de entrevista individual não diretiva. A análise do material revela o impacto emocional causado por este tipo de

paciente, para o qual é proposta uma dupla exclusão, isto é, a reclusão em "outra" instituição ou criação de equipes de vigilância para evitar contatos sexuais no ambiente psiquiátrico. Obviamente, estes resultados apontam para o despreparo tanto técnico como emocional de tais profissionais para lidar com este tipo de paciente, ficando evidente a necessidade de orientação e atendimento psicológico dos mesmos.

Neste mesmo ano, Tsu & Borges (1991B) investigaram as representações de servidoras psiquiátricas sobre a doença mental, acerca do hospital psiquiátrico e a propósito de seu papel profissional por meio de entrevista grupal não-diretiva. O material, submetido à Análise de Enunciação, revela a fraca penetração do discurso organicista tanto no que se refere às concepções de doença mental, quanto ao aspecto prático do tratamento dos problemas mentais. As causas dos distúrbios mentais são atribuídas a problemas de relacionamento familiar ou falhas de personalidade; a solução mais viável para a cura é, segundo os sujeitos, a fé religiosa. A instituição psiquiátrica é vista como asilo, cuja função é proteger o paciente e a sociedade e seu papel profissional é equiparado a um tipo especial de pagem ou educadora, o que, como apontam as autoras, ajusta-se notadamente às demandas dos familiares dos pacientes psiquiátricos.

4 - Homicidas

Tsu (1991A) pesquisou as representações de nove homicidas confessos, cumprindo pena em colônia agrícola a respeito da doença mental. Estes sujeitos foram escolhidos em função de serem tipos humanos que, no imaginário popular, estão habitualmente associados ao doente mental, uma vez que o senso comum tende a considerar insana toda a conduta que não consegue compreender empaticamente. Entrevistados individualmente, verificou-se que todos os discursos referiam-se à vida "enlouquecedora" da prisão, mas que nenhum sujeito vinculou homicídio à doença mental, não o considerando sinal de doença mental ou ato de loucura. Isto pode ser explicado pelo fato de apresentarem motivos, plausíveis do seu ponto de vista, para a violência cometida. Além da vida na prisão, três outros fatores foram tidos como possíveis determinantes da doença mental: "mente fraca" (noção que provavelmente engloba fatores orgânicos e psicológicos), problemas de relacionamento familiar e "pensar demais". Esta última idéia é original deste grupo de sujeitos e contraria tanto os dados por nós obtidos em pesquisas anteriores, como pensamento psiquiátrico e psicanalítico, podendo

ser entendida como uma valorização da ação, em detrimento da reflexão, justificando sutilmente padrões psicopáticos de conduta.

Neste capítulo tomamos contato com o que veiculado internacional e nacionalmente pela ciência psicológica acerca do que a sociedade pensa sobre a loucura e/ou doença mental. Destaquei que a Psicologia Social aborda os fenômenos psicossociais de dois pontos de vista distintos: um de linhagem positivista que pesquisa as atitudes e crenças e outro, representado por Moscovici, que estuda as Representações Sociais. Acrescentei, ao final, as investigações do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, do qual participo, mostrando que trabalhos por nós desenvolvidos buscam uma articulação entre a Psicologia Clínica e a Psicologia Social por empregar o método clínico tanto na captação quanto na análise das representações sobre a loucura e/ou doença mental de diversos grupos sociais.

Apresentada a abordagem científica das representações da sociedade e dos próprios usuários dos serviços psiquiátricos, considerarei, em seguida, o ponto de vista de autores "loucos" sobre sua loucura e acerca das experiências por que passaram junto à Psiquiatria. Considero esta versão extremamente rica, justamente por estar inserida no âmago da própria "dramática" por eles vivenciada.

CAPÍTULO IV

REPRESENTAÇÕES DE AUTORES "LOUCOS" SOBRE A "LOUCURA"

*"Não estou delirando
Não estou louco
Afirmo que reinventaram os micróbios para
impor uma nova idéia de deus.
Descobriram um novo meio de fazer deus
aparecer em toda sua novidade
microbiana.
Inoculando-o no coração
onde é mais querido pelos homens
sob a forma de uma sexualidade doentia
nessa aparência sinistra de crueldade
mórbida que ostenta sempre que se compraz
em tetanizar e enlouquecer a humanidade
como agora.*

*Ele usa o espírito de pureza de uma
consciência que continuou cândida como a
minha para asfixiá-la com todas as falsas
aparências que espalha universalmente pelos
espaços e é por isso que Artaud, o Momo,
pode ser confundido com alguém que sofre
de alucinações" (Antonin Artaud - "Para
Acabar com o Julgamento de Deus")*

À parte a literatura científica sobre o que é veiculado socialmente a respeito da loucura, existem textos escritos por aqueles que, embora considerados "loucos", tiveram a oportunidade de expressar-se publicamente acerca de sua vida e de sua "loucura". Estes relatos podem ser extremamente instigantes porque seus autores expõem, via de regra com a máxima dramaticidade, o sofrimento decorrente da loucura e suas experiências com o tratamento a ela dispensado. De fato, os escritos de "loucos" famosos têm despertado o interesse tanto do público leigo, como da própria ciência.

Porter (1990) coleta diversos escritos autobiográficos de "loucos/loucas" famosos que viveram em diferentes períodos históricos com o intuito de averiguar como estes explicavam para si e para os outros o seu comportamento. É uma leitura interessante porque focaliza a loucura de cada um deles/delas como produto do contexto social e histórico de seu tempo. Desta maneira, o autor examina, entre outros, os documentos disponíveis sobre Jorge II, rei da Inglaterra, os textos de Blake, Schumann, Nijinsky,

Haitzmann, Margery Kempe, Virgínia Woolf, Beers, Bárbara O'Brien, Sylvia Plath, Nietzsche, Artaud e Schreber.

Sem dúvida, dentre todos, Schreber tornou-se o mais famoso, depois que suas "Memórias de um doente de nervos" foram analisadas por Freud. Sua finalidade ao redigi-las era provar que, ainda que sofresse dos nervos, não era doente mental, nem louco. Considerava seu sofrimento como sinal de favorecimento divino, ao contrário do Dr. Weber, seu psiquiatra, que interpretava suas experiências como mero sintoma de doença mental. Diante da análise realizada por Freud, o Caso Schreber adquire novas formas e inéditos coloridos: utilizando-o como ilustração de sua teoria sobre a paranóia, o idealizador da Psicanálise entende os delírios de Schreber como manifestações disfarçadas da atração homossexual inconsciente de Schreber pelo pai, reprimida e transferida para o Dr. Flechsig. Esta análise marca um posicionamento totalmente distinto daquele assumido pela psiquiatria frente às psicoses: os delírios dos doentes mentais passam a ser encarados como portadores de um sentido intrínseco à problemática emocional de cada indivíduo, cujas origens remontam à infância. Desta forma, Freud, analisando o relato do próprio Schreber, desvenda o sentido latente do drama por ele vivido, mostrando como o ponto de vista dos "loucos" sobre sua "loucura" pode ser esclarecedor da sua "sintomatologia" que, até então, era considerada desprovida de qualquer sentido intrínseco.

Os escritos Antonin Artaud (*1896-+1948), autor já mencionado na *Apresentação*, merecem destaque especial, tanto pela qualidade literária e pelo volume de sua obra publicada pela Gallimard (Paris), como pelas repercussões de suas idéias na arte e no teatro de vanguarda, pela influência que exerceu sobre as idéias antipsiquiátricas, e por se fazer presente como referência importante na obra de Foucault. Assim o define Willer (1986):

"Maldito, marginalizado e incompreendido enquanto viveu, encarnação máxima do gênio romântico, da imagem do artista iluminado e louco, Artaud passou a ser reconhecido depois de sua morte como um dos mais marcantes e inovadores criadores do nosso século" (p.7)

Artaud que, a partir de 1937, foi compulsoriamente internado por nove anos em diversos hospícios, sofre terrivelmente as nefastas conseqüências do tratamento psiquiátrico. São vários os escritos nos quais critica violentamente a psiquiatria e os psiquiatras: *Cartas de Rodez* (1939); *Artaud, le Momo* (1946); *Van Gogh: o suicidado pela sociedade* (1948). O trecho, abaixo transcrito, destacado de "Loucura e Magia Negra" (in "Artaud, le

Momo") dá uma idéia do desespero, da revolta e do ódio feroz devotado à Medicina pelo criador do Teatro da Crueldade:

"Os manicômios são conscientes e premeditados recipientes de magia negra, não só por os médicos promoverem a magia por suas inoportunas e híbridas terapias, mas por praticarem-na (...)

Aqueles que vivem, vivem dos mortos.

É preciso que a morte também viva; e nada como um manicômio para carinhosamente incubar a morte e para manter os mortos em incubadeiras.

Essa terapêutica começou 4.000 anos antes de Jesus Cristo, e a medicina moderna, nisso cúmplice da mais sinistra e crapulosa magia, aplica a seus mortos o tratamento de eletrochoque ou da insulino-terapia para drenar diariamente das suas coudelarias humanas o eu dos homens,

e apresentá-los assim esvaziados, assim fantasticamente disponíveis e vazios

às obscenas solicitações atômicas e anatômicas do estado do Bardo, entrega do "barda" vital às exigências do não eu.

O Bardo é a ânsia mortal na qual se escoia o eu, e nos eletrochoques há um estado de escoamento pelo qual passam todos os traumatizados e que os levava, não mais ao conhecimento, mas a horrenda e desesperadamente desconhecerem quem são, quantos são, que, lei, eu, rei, vós, bah e ISSO..."(in Willer, 1986, p. 126-7)

Rebelde e crítico radical da mediocridade e hipocrisia da sociedade, cerca de dez anos antes de se tornar paciente psiquiátrico, Artaud escrevia um manifesto contra a proibição do ópio, ao mesmo tempo um grito de dor e um elogio às drogas e à loucura, sem ainda saber da armadilha que a vida e os homens iriam preparar-lhe:

"Deixemos que os perdidos se percam: temos mais o que fazer que tentar uma recuperação impossível e ademais inútil, odiosa e prejudicial.

Enquanto não conseguirmos suprimir qualquer uma das causas do desespero humano, não teremos o direito de tentar a supressão dos meios pelos quais o homem tenta se livrar do desespero.

(...)

Além do mais, os perdidos são perdidos por sua própria natureza; todas as idéias de regeneração moral de nada servem: há um determinismo inato; há uma incurabilidade definitiva no suicídio, no crime, na idiotia, na loucura; há uma invencível corneação entre os homens: há uma castração do espírito.

(...)

E vocês, loucos lúcidos, sífilíticos, cancerosos, meningíticos crônicos, vocês são incompreendidos. Há um ponto em vocês que médico algum jamais entenderá e é este ponto, a meu ver, que os salva e torna augustos, puros e maravilhosos: vocês estão além da vida, seus males são desconhecidos pelo homem comum, vocês ultrapassaram o plano da normalidade e daí a severidade demonstrada pelos homens, vocês envenenam sua tranqüilidade, corroem sua estabilidade. Suas dores irreprimíveis são, em essência, impossíveis de serem enquadradas em qualquer estado conhecido, indescritíveis em palavras. (...) Nós, a quem a dor fez viajar por nossas almas em busca de um lugar mais tranqüilo ao qual pudéssemos nos agarrar, em busca da estabilidade no sofrimento como os outros no bem-estar..."(in Willer, 1986, p. 23-26 - grifos do autor)

Para Artaud, a loucura é expressão de desespero, ao mesmo tempo que é um meio para dele se livrar. É fruto de um "determinismo inato", é definitivamente incurável e qualquer tentativa de recuperação não só é "inútil" como "odiosa e prejudicial". Isto porque, na sua opinião, é justamente este sofrimento atroz que situa os loucos além dos homens normais e lhes dá acesso a experiências únicas, o que os torna incompreendidos e até invejados pelo comum dos mortais. Assim, Artaud entende a loucura como expressão máxima das contradições humanas, idealizando-a e inserindo-a numa visão romântica. No seu entender, a loucura é, então, dor e prazer insuportáveis e indescritíveis, é, ao mesmo tempo, luz e trevas, castigo e dádiva, inferno e iluminação. É intocável, inatingível, incurável, é irrecuperável, graças a Deus ou ao Diabo. É um destino a ser cumprido e nada, nem ninguém, tem o direito de tentar modificá-lo.

Ainda que, depois de Artaud, todos os outros escritos fiquem obscurecidos, é preciso continuar. Assim sendo, cito a autobiografia de Beers, publicada em 1908 nos Estados Unidos: "A Mind that found itself", publicada em 1908 nos Estados Unidos. Neste livro, Beers, como Artaud e muitos outros, denuncia as condições desumanas dos manicômios, onde os doentes mentais são vítimas do sadismo de médicos e enfermeiros. No entanto, contrariamente a Artaud, para quem o irracional faz parte integrante da vida e da arte, Beers acredita que é preciso, a qualquer custo, recuperar a razão perdida por meio da força da vontade e, desta batalha, declara-se vitorioso; afinal "sua mente reencontrou-se" graças a seus esforços para vencer a irracionalidade. Provavelmente este foi um dos motivos pelos quais seu livro caiu nas graças do público, foi posteriormente usado como referência pelo Movimento de Saúde Mental americano e adotado um

símbolo da luta em prol de melhores condições de tratamento para os alienados.

Entre 1960 e meados da década de 70, surgem novas obras de "loucos", agora dentro de uma perspectiva totalmente nova: estes falam do tratamento psicoterápico a que se submeteram, de seus sabores e dissabores, mas sempre enaltecendo a figura do terapeuta, visto como alguém confiável e compreensivo. Dentre estas, citamos três: a de Bárbara O'Brien, "A vida íntima de uma esquizofrênica: Operadores e Coisas"⁵⁷ publicada em 1960, a de Sylvia Plath, "The Bell Jar" editada em 1963⁵⁸ e o relato da experiência conjunta, escrita a quatro mãos por terapeuta e paciente, respectivamente Mary Barnes e Joseph Berke: "Viagem através da loucura", datado de 1971⁵⁹.

Mais recentemente, em 1992, vem a público o livro póstumo de Louis Althusser, "O futuro dura muito tempo", no qual o filósofo marxista francês faz um relato autobiográfico, com o objetivo precípuo de explicar-se a respeito das circunstâncias que o levaram a assassinar, por estrangulamento, em 1980, sua mulher Helène. Abordando a questão dos limites entre criminalidade e loucura, Althusser afirma que pagou muito caro pela impronúncia da qual se "beneficiou": apesar de livrar-se da prisão, não escapou da condenação ao ostracismo e ao silêncio. Alega que, se fosse um criminoso comum teria sido julgado publicamente, poderia explicar as razões do seu delito e, caso fosse condenado, pagaria uma pena que, uma vez cumprida, o deixaria quites com a sociedade. No entanto, tido como doente mental, foi "desaparecido" em uma clínica psiquiátrica sem qualquer possibilidade de se pronunciar sobre o ocorrido. Além disso, jamais será redimido perante a sociedade pois, não havendo motivos plausíveis para seu crime, estará sob eterna suspeita. A esse respeito, tece os seguintes comentários:

"Ora, para a opinião pública, que certa imprensa cultiva sem jamais distinguir a "loucura" dos estados agudos passageiros da "doença mental", que é um destino, o louco é considerado, logo de saída, um doente mental, e quem diz doente mental compreende evidentemente doente para o resto da vida e, por conseguinte, internável e internado para o resto da vida..." p.29

⁵⁷O'Brien, B. - A vida íntima de uma esquizofrênica: Operadores e Coisas . Rio de Janeiro, Imago, 1972.

⁵⁸citada por Porter (1990)

⁵⁹Barnes, M. & Berke, J. - Viagem através da loucura. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1989.

Nesta passagem, Althusser procura distinguir loucura e doença mental, ainda que o faça de modo dúbio e confuso. De qualquer forma, para ele, como para Artaud, a doença mental é um "destino" (termo que repetirá a propósito do crime cometido), ainda que se manifeste por "estados agudos passageiros". No entanto, a seu ver, a opinião pública confunde estas duas manifestações, entendendo a doença mental como um estado permanente e, portanto, seu portador deverá ser excluído da sociedade pelo resto da vida.

Penso que o desespero jamais abandona Althusser não só pela impossibilidade de explicar-se aos outros mas, principalmente, por ser ele próprio incapaz de encontrar justificativas para o seu ato criminoso. Para aliviar sua angústia frente ao inapreensível e irracional, vale-se da psicanálise, buscando incessantemente nas vivências remotas e recentes, as razões profundas para o crime atual e finalmente depara-se com uma explicação que lhe parece plausível, inclusive porque alivia, em parte, uma culpa nunca assumida:

"Meu analista vinha me ver uma vez por semana (...). Eu dava voltas e voltas, mas sem jamais me sentir culpado, em torno da razão profunda do meu crime. Lembro-me de ter avançado uma hipótese: o assassinato de Helène teria sido 'um suicídio por pessoa interposta'" (p. 235)

Na opinião de Althusser, Helène desejosa de suicidar-se, mas incapaz de praticar este ato com suas próprias mãos, usa-o como intermediário para alcançar a morte. Hipótese plausível do ponto de vista subjetivo, além de bastante confortável, pois, de certa forma, transforma o culpado em vítima. No entanto, jamais poderá ser confirmada ou rejeitada, uma vez que o suposto cúmplice não existe mais.

Mas não é só a incerteza quanto aos motivos do assassinato que o atormenta. Althusser queixa-se também de uma total amnésia dos fatos ocorridos na noite fatídica do estrangulamento, assim descrevendo o momento em que se deu conta da morte de Helène:

" No domingo 16 de novembro às nove horas, tirado de uma noite impenetrável e na qual desde então nunca pude penetrar, encontrei-me ao pé da minha cama, de roupão, Helène deitada à minha frente, e eu continuando a lhe massagear o pescoço, com a sensação intensa de que meus antebraços estavam muito doloridos: evidente, aquela massagem. Depois compreendi, não sei como, a não ser pela imobilidade de seus olhos e daquela pobre pontinha de língua entre os dentes e os lábios, que ela estava morta. (...) O destino havia-se cumprido" (p. 224)

Novamente repete-se o termo "destino", que Althusser já havia usado ao referir-se à doença mental. Afinal, a idéia de "destino" não só oferece um possível sentido, mas também alivia a culpa: destinado à loucura e ao crime, o que ele poderia fazer? Como os heróis gregos da Antigüidade, sua sina está nas mãos de forças superiores, não sendo responsabilidade sua os atos praticados para efetivá-la.

Com relação ao tratamento profissional recebido tanto por parte de psicanalistas como de psiquiatras, de modo geral, Althusser mostra-se grato, e até comovido, pela *"atenção e generosidade"* recebidas. Ao contrário de Artaud, que abominava toda e qualquer prática psiquiátrica, Althusser considera a internação como *"um refúgio quase absoluto contra as angústias do mundo"* (p. 237). Quanto à medicação mostra-se ambivalente: conta que as altas doses de cloral que lhe foram ministradas o beneficiaram, pois lhe permitiam dormir, mas o uso de imaos acarretaram efeitos colaterais devastadores. Assim sendo, se a prescrição de medicamentos por um lado proporcionou-lhe algum alívio, por outro, seu sofrimento também foi intensificado. Quanto aos polêmicos eletrochoques, Althusser considera-os, como a prescrição medicamentosa, males necessários e não manifestações do sadismo médico, conforme opinião da maioria dos "doentes mentais":

"Em compensação receitaram-me uma dúzia de choques: devia, portanto, estar muito deprimido... Ainda revejo o jovem médico com o rosto todo rosado que acompanhava a 'máquina' elétrica até meu quarto e, antes de passar às operações, fazia-me longos discursos sobre choques e suas vantagens. De modo que eu entrava na 'pequena morte' sem demasiada apreensão, mas ainda assim tinha um antigo pavor daquilo. (p.228)

Mais adiante completa:

"Finalmente depois dos choques e da melhora que produziram em mim, meu médico aceitou, mas com infinita prudência, e a passo a passo, que eu recebesse visitas."(p.230)

Além dessas obras estrangeiras, foram recentemente editados dois livros escritos por ex-pacientes psiquiátricos em nosso meio: o de Barros (1992) e o de Bueno (1993).

Bueno, atualmente militante do movimento anti-manicomial, com o "Canto dos Malditos" é mais um dos que denuncia os maus tratos dispensados aos internos dos hospícios, mostrando, com base na sua experiência, como a loucura é produzida dentro destas instituições. Bueno

não se admite doente mental, aliás relata que foi internado pela primeira vez devido ao consumo de maconha, sem sequer ser viciado. Austry, como é chamado na época da adolescência, pertence à geração dos anos 70 e, como muitos jovens de sua época, "curte um baseado"; o pai, ao tomar conhecimento disto, ingenuamente decide interná-lo para livrá-lo da droga. A partir daí, começa o pesadelo de Bueno que, dopado de sedativos e neurolépticos e vítima de freqüentes eletrochoques, quase se torna um doente mental irreversível. Neste contexto descreve o Canto dos Malditos, lugar aterrador onde se acumulam os chamados doentes mentais crônicos:

"Aquele canto era qualquer coisa diabólica. Como se o demônio tivesse o comando de suas mentes, nelas derramando sua ira e por divertimento os atormentasse, apenas por distração. Aquilo era satânico: pessoas urinadas, defecadas, virando os olhos, cabeças, querendo entrar dentro do concreto. Todo esse tormento só podia ser comparado ao inferno. Se ele realmente existe, sem dúvidas eu estava vendo um pedacinho dele, ali naquele canto - o canto dos malditos..." (p.38)

Na transcrição acima é nítida, embora possivelmente não consciente, a associação da loucura com a possessão demoníaca. Só que, na sua opinião, os demônios estão à solta no próprio manicômio, consistindo este, portanto, na ante sala do inferno. Após duas internações prolongadas, Bueno sente-se destruído, sem forças, nem vontade de continuar vivendo e, segundo seu relato, retorna à vida por um milagre obtido graças a uma novena a Nossa Senhora do Perpétuo Socorro:

"Estava recuperado, como se fosse realmente um milagre. Aquele sufoco, a angústia de ser uma folha seca, perdido como me encontrava... como por uma mão invisível, por um milagre - nas novenas (...) Creio, sim, que milagre existe! existe uma força superior que supera toda e qualquer mediocridade da nossa vã filosofia"(p. 101)

Faz sentido esta solução aventada por Bueno: embora não se assume como louco, ao menos não explicitamente, a loucura, para ele, é fruto de possessão demoníaca, e, portanto, nada mais adequado de que o recurso à Providência Divina para a debelar. Uma vez vencida pelo Bem a luta contra o Mal, Bueno muda-se para o Rio de Janeiro mas, depois de envolver-se numa briga, é preso e novamente deportado para o manicômio. Nesta ocasião, já é chamado pelo seu segundo nome, Carrano, indício da transformação do Austry-adolescente no Carrano-que-passou-pelo-inferno. Sofrido, desiludido e acima de tudo revoltado, Carrano "apronta" no hospício e acaba

trancado na solitária. Desesperado, põe fogo na cela e graças a esta tentativa de suicídio é retirado pelo pai do manicômio e retorna ao convívio social. Só dessa forma extrema consegue livrar-se de ter seu "cérebro transformado em pó" como os do Canto dos malditos.

Já a versão de Barros (1992) é bem diferente. Usando este pseudônimo, declara-se filho de família de classe média alta paulistana que, como outros jovens de seu meio, fumava maconha. Sua primeira crise ocorre aos 24 anos, após o consumo de drogas. Diagnosticado inicialmente como portador PMD (psicose maníaco-depressiva) e posteriormente como esquizofrênico, Barros, ao contrário de Bueno, assume-se como doente mental e apresenta a seguinte explicação para a sua condição, combinando as noções gregas de "moira"(destino) e "tyche"(acaso):

"Por que comigo? (...) Em algum momento antes do meu nascimento, uma composição genética aleatória determinou a possibilidade desse destino. Em minha juventude, talvez pelo uso abusivo de maconha - um mal da minha geração - a psicose aflorou: o destino se concretizou. (...) É "moira", é "tyche". Este é o meu "karma". Tenho que aceitar os fatos. É inútil tentar compreender a aleatoriedade do destino..." (p.114)

Esta é uma hipótese interessante e bastante elaborada, que combina explicações organicistas, psicossociais e espiritualistas, às quais se soma, de modo sutil, uma quarta, de fundo moralista: se não tivesse abusado da maconha, a doença mental poderia não se atualizar. Desta responsabilidade, Barros imediatamente se defende - este era "um mal da sua geração" - compartilhando a culpa. Aliás, a desculpabilização do doente mental é um dos mais sedutores argumentos utilizados pela psiquiatria.

É interessante notar que, como Althusser, Barros distingue loucura de doença mental:

"Eu diria (...) que 'louco' é quem perdeu a razão e que não tem mais a possibilidade de voltar a encontrá-la, e que 'doente mental' é alguém que oscila entre a loucura e a sanidade, sendo que às vezes, está lúcido e consciente e, às vezes, perde a razão (...) Assim (...) eu diria que a 'loucura' é irreversível e a 'doença mental' é tratável, passível de controle" (p. 89-90)

e conclui: "O louco é o SER e o doente mental é o ESTAR"(p.92)

O argumento é sem dúvida frágil, uma vez que ambas as condições são tidas como incuráveis, e portanto, inerentes ao ser. A diferença é, portanto, bastante tênue, sendo que Barros parece sugerir nas entrelinhas o seguinte: se não for tratada, a doença mental pode transformar-se em loucura.

Quanto às suas opiniões sobre o tratamento psiquiátrico, Barros, da mesma forma que Althusser, acredita que tanto os medicamentos, mesmo com seus nefastos efeitos colaterais, como os apavorantes ECT, que provocam uma *"sensação de morte iminente"*, são males necessários que, se bem empregados, podem auxiliar na recuperação do paciente. A respeito da internação psiquiátrica, Barros apresenta muitas restrições, mas considera-a necessária em casos extremos:

"A internação psiquiátrica é uma verdadeira violência contra os paciente e só deve ser utilizada em último caso".(p.73)

"Se é verdade que nenhum paciente deve ser internado desnecessariamente, da mesma forma é absolutamente necessário internar os pacientes maníacos que tenham perdido a condição de autocontrole." (p.79)

Assim sendo, embora Barros e Bueno, tenham vivido numa mesma época e iniciado sua carreira psiquiátrica devido ao consumo de drogas, apresentam uma visão bastante diversa da loucura e das formas de tratá-la. Barros, à la Althusser, assume-se doente mental e encontra certo conforto nas explicações e no tratamento oferecidos pela Psiquiatria. Bueno, ao contrário, considera-se uma vítima do sistema psiquiátrico que escapou por pouco da loucura cuidadosamente preparada pelas condições do manicômio. À la Artaud, o que ele quer é *"chutar o pau da barraca"*, para usar uma expressão sua.

Embora, nesta tese, não se trate de psicanalisar os "loucos" como Freud fez com Schreber, penso que é possível aplicar os ensinamentos do pai da Psicanálise para estudar suas representações sobre a loucura e/ou doença mental. O método clínico por ele preconizado pode ser empregado tanto com o intuito de suscitar associações que, de outro modo, permaneceriam inacessíveis, quanto com a finalidade de detectar aspectos latentes destas representações expressas na fala dos "loucos" e que façam sentido dentro do contexto de sua dramática.

Por outro lado, procurei mostrar neste capítulo que a versão dos loucos sobre sua vida e acerca da loucura merece ser ouvida e levada em

consideração, especialmente porque possibilita um "zoom" de aproximação do universo de representações que emergem de uma dramática especial: aquela inserida no seio do universo dominado pela Psiquiatria. Tidos como "incompetentes" por excelência pelo discurso psiquiátrico, na medida em que tudo o que falam é considerado destituído de sentido, são eles que, paradoxalmente, podem expor melhor ninguém suas vivências "loucas" e as consequências práticas desta condição. Como já foi dito anteriormente não se trata de idealizá-los, mas de ouvir o que eles têm a dizer, respeitando seu ponto de vista.

Com este intuito, parti dos escritos de loucos célebres como Artaud e Althusser que, embora desconsiderados para opinar sobre sua "doença mental", mantiveram, apesar disto, um certo crédito por parte da sociedade devido à sua reconhecida notoriedade. A seguir, comentei dois textos de autores nacionais, Barros e Bueno, que embora não sejam tão famosos como os anteriores, de algum modo tiveram acesso a editoras que se dispuseram a publicar o que escreveram. Procurei também mostrar que, mesmo sendo suas representações fruto do contexto histórico e social em que vivem ou viveram, o modo de articulá-las resulta em versões originais, provavelmente aquelas que melhor dão conta da angústia própria de cada caso particular. É de se notar, no entanto, que a explicação da loucura enquanto fruto do destino, está presente em todos eles, talvez porque pensando desta forma, é possível aliviar a culpa despertada tanto pelos atos impensados cometidos contra terceiros, quanto pela idéia de se perceberem até certo ponto responsáveis pela própria desdita.

Passemos então à exposição da metodologia empregada para ouvir e analisar o discurso dos pacientes psiquiátricos, sujeitos do presente trabalho, anônimos personagens que, pertencendo a uma classe social desfavorecida, usuária do SUS, jamais teriam condições, por si próprios, de se fazerem ouvidos e, por este motivo, delegaram-me a tarefa de apresentar ao leitor o seu ponto de vista.

CAPÍTULO V - O MÉTODO CLÍNICO NA CONDUÇÃO E NA INTERPRETAÇÃO DAS ENTREVISTAS

"O grande deficit da psicologia como ciência reside precisamente em que se parte do ser humano como um ente isolado e não como um ser social: seus problemas resultam de focalizar o ser humano de forma abstrata e não nas situações concretas de sua vida humana." (José Bleger, "Psicologia da Conduta")

"Os fenômenos típicos e universais devem ser, ao mesmo tempo, ações específicas, paixões individuais de homens determinados. O artista inventa situações e meios expressivos através dos quais torna-se evidente que as paixões individuais transcendem os limites do mundo puramente individual. É este o segredo para elevar a individualidade à tipicidade sem privá-la dos traços individuais, mas, pelo contrário, intensificando-os." (Georg Lukács, "Marxismo e Teoria da Literatura")

1 - ALGUNS PRESSUPOSTOS:

A metodologia deste trabalho é norteada por alguns pressupostos teóricos sobre a natureza da "conduta humana", tal como foi abordada por Bleger (1958, 1977). Este autor, inspirado no conceito de "drama" elaborado por Politzer (1928), reinterpreta-o à luz de uma abordagem psicanalítica, sem, no entanto, perder de vista os fundamentos da Psicologia Concreta. Tais teses, já apresentadas nos capítulos I e II, serão resumidas a seguir com a finalidade de explicitar algumas diretrizes básicas do método clínico utilizado no presente trabalho:

1 - As manifestações psicológicas do ser humano estão necessariamente relacionadas a experiências concretas vivenciadas por cada indivíduo durante sua trajetória vital. O conjunto destas experiências

constitui a "dramática humana"⁶⁰ que é vivenciada por cada sujeito de modo particular, embora alguns de seus aspectos também possam ser partilhados no plano coletivo, em virtude de existirem experiências comuns a vários indivíduos por pertencerem a determinada cultura, classe social, grupo étnico, religioso, etc.

2 - O "drama" não é nem interior, nem exterior ao indivíduo no sentido espacial do termo, uma vez que toda conduta humana⁶¹ é entendida como uma relação interpessoal, isto é, implica num vínculo com outros seres humanos. Neste sentido, todas as manifestações humanas individuais são também sociais, sendo o inverso também verdadeiro. Existe, portanto, uma relação complementar e dialética entre a dimensão individual e social da conduta.

Como afirma Bleger (1977), o ser humano caracteriza-se por ser concreto, social e histórico, sendo estas condições integrantes e determinantes de seu ser e de sua personalidade.

3 - O "drama" humano tem sempre um sentido original e, portanto, só pode ser esclarecido pela narrativa do sujeito enquanto protagonista desta encenação.

No entanto, como demonstrou Freud, nem sempre o sentido intencionalmente expresso pelo sujeito esgota todas as possibilidades. Existe um sentido latente que pode permear algumas condutas em princípio racionais e que está presente em manifestações aparentemente irracionais como, por exemplo, os sonhos, os atos falhos, os sintomas neuróticos ou psicóticos.

Como afirma Bleger (1977):

2006Na atualidade, podemos afirmar que toda conduta do ser humano é sempre significativa, tem um sentido, trate-se de condutas normais ou anormais, intencionais ou não, conscientes ou não."(edição brasileira, 1984, p. 85)

Conforme foi visto no capítulo II, entendo que, como acontece no sonho, as representações apresentam uma dimensão inconsciente, caracterizando-se como formações de compromisso entre a censura psíquica e a expressão do desejo inconsciente. Acredito que, usando a abordagem clínica para acompanhar a narrativa do sujeito, é possível desvendar o significado latente dessas representações. Estas, entendidas como pautas de conduta pré-conscientes ou inconscientes e, portanto,

⁶⁰termo empregado por Politzer (1928, 1973)

⁶¹conforme definida por Bleger (1977, 1984)

desconhecidas do sujeito, continuam, no entanto, presentes no imaginário social e individual e resultam em atuações no mundo externo.

2- PROCEDIMENTO:

Como afirma Frederico (1979):

"Quem quer pensar dialeticamente a realidade social não pode começar por "hipóteses de trabalho" e por definições a priori, tal como costuma fazer a sociologia acadêmica ávida por aprisionar o objeto de estudo em pressupostos conceituais que, por lhe serem exteriores, forçosamente o violentam. O pensamento, ao contrário, precisa respeitar seu objeto, acompanhando-o, com cuidado, em suas metamorfoses. Ele deve, como diria Hegel, ser sempre plástico em relação à realidade" (p.15)

Pensando desta forma, o objetivo do presente trabalho não é um levantamento estatístico das representações sobre a loucura e/ou doença mental com o objetivo de extrair dados estatisticamente relevantes. Ao contrário, trata-se de uma análise qualitativa do discurso dos sujeitos que busca, por meio do método clínico de coleta e análise dos dados, uma expressividade dessas representações dentro da população estudada: pacientes internados em Hospital Psiquiátrico conveniado com o SUS - Sistema Unificado de Saúde (HPSUS).

2.1 - Sujeitos:

Foram escolhidos, como sujeitos da presente tese, quatro pacientes, dois de cada sexo, tendo como critério a *tipicidade*. Não selecionei, portanto, pacientes "comuns" ou "médios" dentro da instituição, no sentido dos mais freqüentemente encontrados ou de uma média hipotética estatisticamente estabelecida, mas *pacientes especiais*, considerados típicos para o estudo das representações da loucura e/ou doença mental, por preencherem inicialmente a dois requisitos: são portadores de longa experiência institucional e interlocutores capazes de narrar suas vivências e experiências.

O primeiro desses critérios considera o percurso na "carreira" de doente mental como um indicador importante da experiência concreta dos sujeitos enquanto pacientes psiquiátricos internados e o segundo leva em conta sua aptidão não só para comunicar verbalmente suas idéias, mas também de relatá-las de forma a destacar os elementos mais expressivos de suas vivências e experiências.

Entretanto, não são apenas esses os traços que tornam típicos esses sujeitos. Outras duas características também são importantes para identificá-los como *especiais* dentro da instituição psiquiátrica:

- os pacientes selecionados fazem, cada qual a seu modo, uma ponte entre a instituição e os outros pacientes, estabelecendo uma mediação que, muitas vezes, implica em constituírem-se espontaneamente como representantes das reivindicações e anseios de seus pares.

- são sujeitos que, numa instituição sabidamente geradora de anonimato, onde os pacientes são tratados como meros objetos, conseguem fazer-se conhecidos tanto por pacientes como por representantes da instituição, mantendo assim sua individualidade.

Estes sujeitos, *pacientes especiais*, ocupam um lugar institucional de certo prestígio, que lhes permite circular entre os pacientes e, ao mesmo tempo, ter acesso relativamente livre aos representantes da instituição, garantindo-lhes, de certa forma, uma inserção especial dentro da "cultura institucional". **Estes *pacientes especiais* são, portanto, típicos para o estudo das concepções veiculadas na instituição sobre a loucura e/ou doença mental, porque, dadas suas características pessoais e dado lugar institucional que ocupam, têm condições de exprimir de modo mais rico e desenvolvido as representações que estão presentes nos outros pacientes, sob a forma de possibilidades.**

Como afirma Frederico (1979), o recurso aos traços típicos também está presente em outras áreas do conhecimento:

"Georg Lukács⁶², o grande pensador húngaro, nos seus estudos de literatura sempre recorreu a esse procedimento. Assim, por exemplo, ao criticar os romancistas que procuram retratar somente os indivíduos "comuns" e "médios", Lukács observou que em tais obras os grandes problemas ficam, por isso, necessariamente diluídos e enfraquecidos. A boa literatura, ao contrário, procura sempre criar personagens típicos, aqueles que, além de possuírem as características próprias e inconfundíveis de uma pessoa determinada, com uma identidade singular que a diferencia de todas as demais, contém em si, potenciado, o que há de universal e eterno no ser humano."(p.20)

Deste modo, os *pacientes especiais* são aqueles que, além de serem inconfundivelmente únicos e singulares, carregam em si potenciado o que está presente na maioria dos pacientes, ainda que de forma latente ou "adormecida". Em outras palavras, seus traços individuais expressam, de

⁶²Georg Lukács - *Marxismo e Teoria da Literatura*, Ed. Civilização Brasileira, 1968, p. 170.

forma exacerbada, o que existe nos pacientes "comuns" como possibilidades ou o que existiu algum dia nos chamados "crônicos", a quem restam apenas resquícios de humanidade..

Além disso, penso também que os *pacientes especiais*, pelas características pessoais que apresentam, têm melhores condições que os pacientes comuns para fornecer elementos para a constituição um discurso crítico em relação ao "saber" psiquiátrico, isto é, a partir de suas vivências dentro e fora da instituição, miná-lo e fazê-lo desdobrar suas contradições (Chauí, 1981).

Resta justificar o motivo da escolha de quatro pacientes, dois de cada sexo. Na verdade, assim o fiz por acreditar que o material colhido é bastante e suficiente para preencher os objetivos da presente tese e por pensar que os resultados enriquecer-se-ão pela contraposição e/ou complementação da visão dos dois sexos e das diferentes individualidades. Tomando como exemplo o trabalho por nós realizado a respeito de concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos acerca da doença mental (Tsu & Machado, 1988), os resultados mostram que ambos os sexos privilegiam explicações psicossociais, embora os homens enfatizem a "vida cruel" e as mulheres, o "coração magoado".

2.2 - Coleta de dados:

Os dados foram colhidos em entrevistas individuais não diretivas, isto é, sem um roteiro pré-estabelecido e a maioria delas realizou-se nas dependências do HPSUS, numa sala reservada. Foram utilizados também trechos de entrevistas acontecidas durante um dos períodos de internação de um dos casos femininos, anterior à realização da presente investigação, por considerarmos tal material extremamente rico tendo em vista o objetivo aqui proposto.

Durante as entrevistas, os sujeitos eram convidados a falar sobre suas vidas, suas experiências durante o período de internação psiquiátrica e suas representações (conceitos, imagens e fantasias) sobre a loucura e/ou a doença mental: causas, sinais e possíveis soluções. A instrução inicial foi a mesma para todos os sujeitos, com pequenas variações individuais, dependendo do contexto de cada entrevista:

"Estou escrevendo um livro a respeito das pessoas que são internadas em hospital psiquiátrico e gostaria de saber se você estaria disposto(a) a colaborar comigo falando

sobre a sua vida e sobre sua experiência durante a internação."

Sendo afirmativa a resposta, a entrevista seguia livremente a partir das associações do próprio paciente, restringindo-se as intervenções da entrevistadora, via de regra, a estimular a produção verbal do sujeito e a esclarecer um ou outro ponto que permanecesse obscuro. Quando o contexto envolvia alusão à doença mental, a questão era aprofundada a fim de se pesquisar as representações do sujeito acerca deste tema. O que se pretendeu foi estimular a narrativa do sujeito a respeito de sua vida e de suas experiências com a loucura, incluindo o tratamento a que foi submetido.

No decorrer das entrevistas, também foi utilizado o Procedimento Desenhos-Estórias (Trinca, 1976) que consiste em solicitar ao sujeito uma série de 5 desenhos livres. Ao final de cada um, o aplicador sugere ao indivíduo que conte uma história sobre sua produção gráfica recém concluída. Para a realização desta tarefa foi oferecido material gráfico (papel sulfite branco, lápis preto, lápis de cor e borracha) ao examinando, que pôde utilizá-lo livremente. Eventualmente também usei o mesmo procedimento sugerindo um tema para o desenho, tema este relacionado à doença mental e à internação psiquiátrica.

Este procedimento foi empregado com o objetivo de estimular o estabelecimento de um "ambiente" propício à produção de associações livres por parte do sujeito, o que poderíamos chamar de um "espaço transicional" na concepção de Winnicott (1975, 1982), isto é, uma área intermediária na comunicação entrevistador-entrevistado situada numa espécie de "penumbra" entre a consciência e o inconsciente. Difere do "teste dos rabiscos" de Winnicott, uma vez que não há interferência do examinador na produção gráfica, embora estejam previstas intervenções verbais através de perguntas que suscitem associações sobre o tema escolhido pelo sujeito para sua produção. Além disso, a análise do material obtido não visa, conforme proposto por Trinca (op.cit.), a investigação da psicodinâmica do paciente. Esta é considerada neste trabalho enquanto pertinente ao estudo de suas representações sobre loucura e/ou doença mental e ao sentido dramático a elas atribuído.

É importante assinalar também que as entrevistas foram permeadas, o tempo todo, pela subjetividade tanto da parte do entrevistado, por motivos óbvios, como do entrevistador através das pontuações e questões colocadas que possivelmente marcaram, em alguns momentos, um direcionamento das associações do entrevistado. No entanto, embora a relação entrevistador-

entrevistado incluía aspectos transferenciais, estes não foram interpretados na ocasião enquanto tais, dada a natureza do trabalho de investigação. Tenho consciência, entretanto, que a transferência certamente interferiu, em alguns momentos positiva, em outros, negativamente, na produção do sujeito.

2.3 - Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas com o conhecimento e anuência prévia dos sujeitos e, posteriormente, transcritas na íntegra (volume III desta tese).

O primeiro passo para a organização do material foi a leitura dos textos integrais a partir de uma certa "atenção flutuante"⁶³. Esta postura clínica possibilitou-nos acompanhar o encadeamento de associações próprio a cada entrevista e a cada entrevistado, atentando para algumas passagens mais significativas de sua experiência pessoal e outras mais expressivas de suas representações sobre a loucura e/ou doença mental.

A partir desta primeira leitura das entrevistas, elaborei dois textos separados, ambos destacados do texto integral e entremeados por comentários meus, um deles destinado a interpretar a narrativa da história de vida do sujeito e, o outro, a estudar suas representações sobre o tema da doença mental, considerando-as inseridas tanto no contexto social como na "dramática" singular.

O objetivo em relação ao primeiro tópico foi, a partir do discurso do entrevistado, focalizar o "drama" particular de cada um, tendo em vista os vínculos interpessoais desenvolvidos no decorrer de sua existência. Em outras palavras, voltei minha atenção para o indivíduo, buscando o sentido que este atribui à sua trajetória vital com base em vivências passadas. Trata-se, portanto, de uma abordagem psicossocial da sua "dramática" com o foco na sua situação individual, buscando inclusive compreender, do ponto de vista do sujeito, como, quando e por que ele passa a ser identificado como "doente mental". Este, sem dúvida, é um ponto crucial pois, a partir deste momento, sua vida sofre uma transformação radical: é excluído do convívio social e inicia a carreira de paciente psiquiátrico.

⁶³De acordo com Laplanche e Pontalis (1977), "é o modo como, segundo Freud, o analista deve escutar o analisando: não deve privilegiar *a priori* qualquer elemento de seu discurso, o que implica em deixar funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente. Esta recomendação técnica constitui o correspondente da regra da associação livre proposta do analisando"

O segundo tópico diz respeito às noções que o entrevistado desenvolveu tendo como base suas experiências pessoais vividas e elaboradas num contexto social. Aqui já muda o foco de atenção: esta é centrada nas representações em relação à loucura e/ou doença mental que, como afirma Moscovici (1978), originam-se nas relações interpessoais e, uma vez constituídas, passam influir diretamente nas condutas dos indivíduos para com o objeto social em questão. Neste caso, o lugar social e institucional que o indivíduo ocupa em determinado momento histórico é de suma importância, pois é dentro deste contexto que suas concepções acerca dos diferentes objetos sociais são formadas e cristalizadas. Isto implica num "salto" dos fatos da existência individual, para o plano das ideias socialmente partilhadas, ainda que estas sejam (re)elaboradas particularmente por cada indivíduo. Por este motivo, procurei sempre relacionar as representações detectadas com a situação particular de cada paciente, retomando, sempre que se fez necessário, a perspectiva individual.

Sintetizando, a interpretação das histórias de vida busca identificar e particularizar o sujeito do discurso através de um "close" de aproximação e o estudo de suas representações sobre a loucura e/ou doença mental implica num "zoom" de afastamento em relações aos fatos vivenciados, permitindo visualizar o indivíduo dentro de um universo socialmente partilhado, sem perder de vista o sentido que estas representações fazem dentro de seu universo particular. Trata-se, portanto, de estudar o fenômeno psicossocial de diferentes pontos de vista, buscando primeiramente o significado do "drama" em si e, a seguir, o sentido das ideias dele emergentes inseridas no contexto social mais amplo.

Assim sendo, pretendo destacar em diferentes momentos polos opostos que estabelecem entre si uma relação dialética: o particular e o universal, o individual e o social, os fatos e as ideias, sem perder de vista que cada um deles está sempre presente no outro. Neste sentido, o conceito de tipicidade expressa plenamente o que se pretende: os traços particulares, ao invés de se oporem aos universais, os ampliam, permitindo vislumbrar aspectos importantes que, caso contrário, passariam despercebidos.

Por outro lado, a análise clínica do material baseou-se no modelo psicanalítico porque, embora não se trate de psicanalisar os sujeitos, meu intuito é, não só articular os conceitos racionais conscientemente emitidos pelos *pacientes especiais*, mas também interpretar o sentido latente expresso em imagens e fantasias que permeiam seu discurso. Enfrentei a princípio muitas dificuldades porque, além das eventuais contradições e

ambigüidades presentes quando o pensamento segue predominantemente o modelo do processo secundário, em alguns momentos deparei-me com um discurso que fugia aos padrões da lógica formal, orientado quase que exclusivamente pelo processo primário de pensamento. Entendo estas ocorrências como fruto de intenso sofrimento psíquico, cujo sentido, embora à primeira vista inacessível, é passível de ser desvendado se as equiparmos ao sonho e lançarmos mão dos ensinamentos psicanalíticos a respeito de soluções de compromisso entre a censura consciente e o desejo inconsciente.

Via de regra, detive-me na análise do material fornecido pelo próprio sujeito, embora na apresentação de cada caso tenha incluído algumas informações disponíveis na instituição. Além disso, considerando a natureza da problemática emocional e existencial de um dos pacientes, sem dúvida associada a fatos desconhecidos conscientemente pelo sujeito, incluí uma entrevista realizada por profissional da instituição e relatada no prontuário deste paciente, por julgá-la imprescindível para a compreensão do âmago do "drama" por ele vivenciado.

Posteriormente à análise de cada caso, e nela baseada, elaborei uma síntese das representações dos entrevistados sob a forma teorias psicopatológicas segundo a ótica de nossos sujeitos, o que constitui um capítulo à parte. Neste momento, mantive-me distanciada do "drama" particular de cada indivíduo e focalizei o modo se interrelacionam os conceitos, imagens e fantasias sobre a loucura e/ou doença mental expressos por nossos *pacientes especiais* enquanto representantes típicos daqueles que ocupam o lugar social e institucional de "doentes mentais" internados em hospitais conveniados com o Sistema Unificado de Saúde.

Parti, portanto, da singularidade para a generalidade, do individual para o social, sem perder de vista que o caráter complementar e a relação dialética mantidos entre ambas as dimensões e "saltei" do plano das vivências para o das idéias, sem praticar o "abstracionismo", isto é, sem substituir o fenômeno psicológico por uma entidade abstrata. Procurei, ao contrário, focalizar peculiaridades essenciais e comuns a um grupo de fenômenos que apresentam como base a mesma situação concreta: a internação psiquiátrica.

Um dos objetivos desta síntese foi pesquisar as concordâncias e discordâncias entre as representações de nossos entrevistados, articulando o que é igual e o que é diferente, enriquecendo o primeiro com contribuições do segundo. A outra finalidade foi verificar até que ponto o discurso da

psiquiatria é por eles absorvido e em que circunstâncias há possibilidades da constituição de um contra-discurso conforme definido por Chauí (1981).

Finalizando assinalo que, de forma alguma, pretendo com a análise clínica empreendida ter esgotado a riqueza do material associativo obtido nas entrevistas com os pacientes psiquiátricos. Os textos que elaborei são apenas textos possíveis, levando-se em conta os referenciais teóricos da Psicanálise e da Psicologia Social e minhas condições pessoais a partir da relação transferencial estabelecida com o material.

Ouçamos, então, o que tem a dizer nossos *pacientes especiais...*

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Curso de Pós Graduação em Psicologia

***"UNIVERSO EM DESENCANTO": CONCEITOS, IMAGENS
E FANTASIAS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SOBRE
LOUCURA E/OU DOENÇA MENTAL***
VOLUME II

MARIA CHRISTINA LOUSADA MACHADO

TESE APRESENTADA AO INSTITUTO DE
PSICOLOGIA, UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO, COMO PARTE DOS REQUISITOS
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR
EM PSICOLOGIA.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA
CLÍNICA

ORIENTADORA: DRA. TÂNIA M.J.A.
VAISBERG

SÃO PAULO
1995

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Curso de Pós Graduação em Psicologia

***"UNIVERSO EM DESENCANTO": CONCEITOS, IMAGENS
E FANTASIAS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SOBRE
LOUCURA E/OU DOENÇA MENTAL***
VOLUME II

MARIA CHRISTINA LOUSADA MACHADO

SÃO PAULO
1995

CAPÍTULO VI

OS CASOS

De acordo com a proposta metodológica da presente tese, os casos serão discutidos neste capítulo um a um, estando o material de cada paciente organizado da seguinte forma:

1 - Apresentação

Contém alguns dados genéricos sobre o paciente aos quais tive acesso informalmente ou por meio de consulta ao prontuário disponível no HPSUS.

2 - A História da vida do sujeito

Neste item foi focalizado o "drama" individual a partir da narrativa que o sujeito fez de sua vida, com o objetivo de dar a conhecer ao leitor não só os fatos concretos, tal como foram vivenciados pelo sujeito, como também o possível significado que este, intimamente, atribui a estas vivências.

3 - Conceitos, imagens e fantasias sobre alcoolismo, loucura e/ou doença mental e sua relação com o drama do paciente

Estas representações foram destacadas do contexto geral das entrevistas e analisadas dos seguintes pontos de vista: etiologia, sinais e soluções que os sujeitos atribuem aos diferentes quadros psicopatológicos. Foram também levantadas as representações dos sujeitos acerca do hospital psiquiátrico.

Contudo, como as representações emergem tanto do contexto social quanto do drama individual, procurei retomar, sempre que possível, a dimensão individual.

1 - DAMIÃO

*"O que será que será
que andam suspirando pelas alcovas,
que andam sussurrando em versos e trovas,
que andam combinando no breu das docas,
que anda nas cabeças, anda nas bocas,
que andam acendendo velas nos becos,
que tão falando alto pelos botecos
e gritam nos mercados,
que com certeza está na natureza?"*

*O que será que será,
que não tem certeza, nem nunca terá
que não tem conserto, nem nunca terá
que não tem tamanho?"*

*O que será que será
que vive nas idéias desses amantes,
que cantam os poetas mais delirantes,
que juram os profetas embriagados,
que está na romaria dos mutilados,
que está na fantasia dos infelizes,
que está no dia a dia das meretrizes,
no plano dos bandidos, dos desvalidos,
em todos os sentidos?"*

*O que será que será,
que não tem decência, nem nunca terá,
que não tem ternura, nem nunca terá
que não faz sentido?"*

*O que será que será,
que todos os avisos não vão evitar,
porque todos os risos vão desafiar,
porque todos os sinos irão repicar,
porque todos os hinos irão consagrar,
e todos os meninos vão desembestar,
e todos os destinos irão se encontrar,
e mesmo o Padre Eterno que nunca foi lá,
olhando aquele inferno, vai abençoar
o que não tem governo, nem nunca terá
o que não tem vergonha, nem nunca terá
o que não tem juízo."*

(Chico Buarque e Milton Nascimento -
"O que será que será?")

1.1 - Apresentação

Damião é um paciente de 31 anos de idade que vem realizando automutilações nas mãos e braços, na maioria das vezes quando alcoolizado. De acordo com seu relato, tudo começou em 4 de novembro de 1982:

*"Desde 82 acontece de eu **se** cortar. Eu corto a mim mesmo, eu corto os dedos, o braço; isso tudo fui eu que fiz. Eu não sei porque... No começo eu achei que era a bebida mas, sem a bebida, eu já cheguei a fazer... Eu não sei, prá mim é um mistério, eu não sei o que é... Eu, até hoje tô procurando saber, eu tô tentando descobrir porque começou tudo isso. Até hoje não consegui ainda. De um tempo prá cá tá piorando. Essas duas últimas vezes que eu sai de alta daqui, acabei de tirar mais dois dedos... Quer dizer continuei dando seqüência no negócio, sempre **se** cortando, sempre que sai de alta, sempre **se** corta, interna. Se é internado, não **se** corta. Internado não me corto, eu me corto lá fora... É que essas vezes eu tenho bebido, então eu não sei. De 4 de 11 de 82 até hoje.*

*(O que aconteceu em 4/11/82?) Sai para ir na padaria; na volta de lá prá cá, eu tinha bebido um pouco, entrei numa rua sem saída. Quando eu entrei naquela rua sem saída, aí peguei aquele caco de vidro e me cortei... Não pensei nada; pensei só em **se** cortar. Eu não tenho explicação prá isso. Passou pela cabeça, deu aquela vontade de **se** cortar, eu **se** cortei a primeira vez. Depois deu seqüência, deu direto... Gozado que é só nos braço e nas mão porque nas outras parte do corpo eu sinto dor, nessa eu não sinto... Quando eu tô fazendo não, só depois que passa. Depois que passa aquela ferida, aí eu sinto, as dores vêm, aí vêm..."*

Damião não sabe porque pratica as automutilações. Primeiramente as atribui à bebida mas depois reconsidera, argumentando que isto já aconteceu quando sóbrio. Esclarece que é algo que não pode evitar, uma compulsão que dele se apodera, cujo apelo é irresistível e desperta um impulso inconsciente tão poderoso que momentaneamente inibe a dor e o horror. É um mistério que Damião não consegue desvendar, mas cujas consequências são trágicas. "Entre numa rua sem saída...", frase que pode ser considerada uma metáfora de sua situação, uma vez que Damião sente-se sem forças para controlar seus impulsos auto-destrutivos, tendo sido estes os determinantes de sua carreira de doente psiquiátrico, estigma do qual dificilmente conseguirá se desvencilhar.

Damião já sofreu cerca de 17 internações em instituição psiquiátrica, sendo 15 no HPSUS onde foi realizada a pesquisa. É conhecido por todos,

tanto médicos como funcionários e pacientes, não só devido à surpresa e horror que desperta, mas também por auxiliar a enfermagem nos cuidados com pacientes em piores condições e por assumir, eventualmente, posição de liderança entre os outros internos. A médica responsável por seu caso tem sérias reservas quanto a sua recuperação e afirma ter esgotado os meios disponíveis para ajudá-lo, uma vez que Damião abandonou espontaneamente o grupo terapêutico para o qual foi encaminhado. Resta-lhe mantê-lo internado por longos períodos pois, via de regra, nesta situação Damião não se agride. No entanto, as fugas são freqüentes após poucos dias de internação e os episódios de automutilação se sucedem após ingestão de bebidas alcoólicas.

O prontuário de Damião mostra alguns dados importantes a respeito da evolução de seu caso. Um deles refere-se à situação de abandono gradual por parte da família, incluindo a separação da esposa, depois do que suas crises tem se intensificado. Frequentemente tem comparecido ao HPSUS desacompanhado e embriagado, trazido por ambulância após atendimento médico em Hospital Geral, em péssimas condições de alinhamento e higiene, afirmando ficar sem se alimentar, andando sem rumo pelas ruas e dormindo debaixo de viadutos. Outro dado, importante do ponto de vista clínico, é que por ocasião das internações nunca foram observados sintomas produtivos (delírios ou distúrbios senso-perceptivos), apesar de Damião ter aludido durante as primeiras crises a alucinações visuais e auditivas: ver vultos à noite e ouvir vozes que ordenam que se mate. Esta referência foi única, apesar da disposição suicida ter sido esporadicamente relatada à enfermagem em outras ocasiões. Durante as últimas internações, anotações médicas referem-se à ocorrência de prejuízo intelectual e afetivo progressivo.

Atualmente, quase todos os dedos de ambas as mãos, exceção feita aos polegares, sofreram amputação cirúrgica em decorrência de esmagamento com pedras ou tijolos e retaliações com cacos de vidro ou facas. Os braços apresentam cortes profundos, alguns já cicatrizados, outros ainda em processo de regeneração.

1.2 - A história de Damião:

Damião nasceu em S. Luis do Maranhão, onde morava com a família, sendo que suas lembranças remontam aos cinco anos de idade, ocasião em que perdeu o pai. São poucas as recordações que guarda da figura paterna:

"Quando eu era pequeno tava tudo bem em casa, ia tudo bem. Com cinco anos, eu perdi meu pai... bebida, bebida alcoólica. Aí nós viemos embora para cá, para São Paulo(...) Meu pai morreu porque ele bebia bastante... Não me lembro quase nada não, porque não convivia com ele. Ele viajava, não parava em casa. Ele puxava arroz das usina, então eu não convivi com ele. Só no dia da morte dele é que eu vi ele... Eu me lembro que ele caiu lá, entortando a boca, as mão, só me lembro disso aí. Ele entortava as mão. Eu me lembro que ele foi no banheiro no quintal, voltou caindo, caiu sete vez, na sétima ele morreu. Só lembro disso daí, só. Agora do meu pai não..."

Este é o primeiro acontecimento marcante de que Damião tem memória. Guarda poucas lembranças do pai em vida, sendo este caracterizado como uma figura ausente, que pouca convivência tinha com a família. Paradoxalmente, sua morte é a única recordação viva, associada à bebida e à embriaguez, pontuada por um tom fatídico: *"Caiu sete vez, na sétima morreu"*, descrita em detalhes e colorida por imagens de impacto: mãos e boca que *"entortam"*, deformam-se, prenunciando sua morte e, de certa forma, o destino de Damião...

Após o falecimento do chefe, a família mudou-se para São Paulo e Damião fala sobre sua vida aqui:

"Aí nós viemos embora prá São Paulo, chegou aqui em São Paulo, com doze anos comecei a trabalhar, aos doze anos eu fugi de casa. Minha mãe ficou com sete filhos pequenos, só ela trabalhava, aí nós passava muita necessidade e aí eu vendo aquilo lá, com doze anos eu peguei e fugi com o circo, fui embora com o circo... Meus irmão eram tudo menor. Eu peguei e fui embora com o circo. Passou três meses, minha mãe me localizou, me trouxe prá casa. Aí ela viu que eu não parava de querer ir com o circo, até que um dia ela teve uma conversa com o dono do circo. 'Ó, ele não para mais em casa, então vocês cuida dele aí'. Aí eu fiquei no circo até uma certa idade, depois sai do circo e fui trabalhar em padaria."

Não suportando a vida de miséria na companhia da família, Damião foge com o circo, optando, ainda criança, por uma existência errante e descompromissada, onde a fantasia e a diversão predominam sobre a dura

realidade, onde as agruras e dificuldades da vida são esquecidas. A mãe, após localizá-lo, convencida da impossibilidade de mantê-lo em casa, concorda que permaneça na companhia circense.

Damião tem lembranças agradáveis da época em que acompanhou o circo, que despertam imensas saudades:

"Eu gostava do circo; fazia palhaço, fazia locução, fazia rola-rola. Eles põe assim um rolo com uma tábua em cima e fica rolando. Eu ficava em cima. Eu fazia tudo isso daí."

"Eu gostava, né, achava bonito, achava lindo aquela vida. Conheci várias pessoas, conheci várias pessoas de circo, vários artistas..."

*"O circo prá mim representa tudo, né. O circo prá mim representa a alegria, o circo é a riqueza prá mim, o circo é a minha riqueza, o circo prá mim é tudo, **tudo na minha vida é o circo**. Eu não consegui ficar dentro dele, né, aí, um dia, eu pretendo ter o meu... Eu gosto de tudo no circo. da praça, das praça que a gente vai fazendo, um dia tá aqui, outro dia tá lá, os lugares que a gente vai passando, a gente conhece todas as pessoas, as pessoas boas e as pessoas más. Então acho que é bom, é ótimo... Tem trabalho, mas é gostoso... trabalho de armar e desarmar, só, fazer a mudança. Depois que já mudou tudo é mais sossegado, aí fica tranqüilo."*

"Eu fazia também a parte teatral, mais comédia. Levava umas comédia bonita: 'A mão criminosa', 'A morte não tem preço', 'A vingança do cadáver', tudo essas peça aí. Era bonito, eu adoro. Só lembro de uma, né, de uma que é 'Não me bata, meu filho', ou seja, 'Minha mãe (ou mãe?) querida', essa daí é bonita, peça bem montada, né. Eu fazia o papel do filho ruim, o outro rapaz lá fazia o papel do filho bom e eu de filho ruim. Então eu apanhava prá caramba ... da mulher que tava fazendo o papel de mãe. Essa comédia era bonita, bem levada era linda. 'A mão criminosa' era muito pesada, né. O cara que faz a cena ele coloca uma mão de ferro, tipo mão que é de desenho, tipo uma máscara, a máscara e a mão, finge que mata as pessoas, né. Tá assim no deserto, faz o cenário do deserto e aí quem manda é só ele. Então quem for ali, ele elimina tudo ali, entende? Ele botava a máscara prá ninguém ver o rosto dele. Quando ele não ia matar ele tirava a máscara; agora, quando ele ia matar ele colocava prá ninguém perceber que era ele. Tudo assim, tipo faroeste. Ele fazia isso prá tomar os bens de uma terra, a gente fazia o cenário, né, ele queria as terras só prá ele. Então qualquer pessoa que chegasse ali, ele eliminava, entendeu? A outra era 'A morte de um cadáver', essa aí era pesada. Esse é o cara que morre e ele revive de novo. Ele vive, aí ele volta prá terra onde ele morreu lá, ele volta para a vingança dele, a vingança de um cadáver. Aí ele sai

matando as pessoas, ele sai matando quem matou ele, as pessoas que mataram ele, entendeu? São peças pesadas, de medo, de terror. São três: A mão criminosa, a morte do cadáver e minha mãe querida."

Damião era e continua sendo apaixonado pelo circo, onde trabalhava como palhaço e ator, desempenhando papéis em peças teatrais que chama de comédias mas que, no final, admite que *"são peças pesadas, de medo, de terror"*. O enredo destas estórias desvenda representações e fantasias não conscientes associadas às figuras parentais e, indiretamente, ao sintoma de automutilação de que é portador. Na primeira delas, *"Não me bata, meu filho"*, ou seja, *"Minha mãe querida"*, Damião identifica-se ao filho mau, que é espancado pela mãe, revelando pela duplicidade de títulos, uma acentuada ambivalência afetiva em relação à figura materna a quem, imaginariamente, retribui os maus tratos. Isto, sem falar na semelhança fonética entre mãe e mão, associação não consciente que se confirma na temática do segundo espetáculo teatral: *"A Mão Criminosa"*. Nesta encenação não fica claro se o assassino usa uma mão de ferro ou uma máscara para atacar suas vítimas mas, de qualquer forma, recorre a uma camuflagem para matar. Penso encontrar aí uma pista para entender o sentido das automutilações: Damião disfarça e, ao mesmo tempo, dá vazão a seus impulsos assassinos quando fere suas mãos. Isto explicaria também a suspensão da dor, uma vez que a vítima no seu imaginário seria outra pessoa, identificando-se Damião com o agressor. Quem Damião quer matar? Uma possível resposta talvez esteja no tema da terceira peça: *"A vingança do cadáver"* ou *"A morte do cadáver"*. Levanto a hipótese de que Damião, neste caso identificando-se com o pai morto, volta para vingar-se ao mesmo tempo que, paradoxalmente, quer matá-lo dentro de si ou, pelo menos, eliminar as imagens aterrorizantes da morte do genitor que o perseguem até hoje. Desta forma, no momento em que, impulsionado por forças inconscientes, Damião age violentamente contra si próprio, identifica-se simultaneamente com o pai-agressor que vinga sua morte (*"A vingança do cadáver"*) e o filho-assassino que deseja aniquilá-lo (*"A morte do cadáver"*). A esta suposição poderia ser acrescentado outro desdobramento, desta vez, envolvendo uma fantasia de fundo melancólico: matando o cadáver, eliminando as mãos que "entortavam", prenúncios da morte do pai, Damião deseja ludibriá-la e trazê-lo de novo à vida, reencarnando-o através de identificação com o objeto morto.

Voltemos à questão: Quem Damião quer matar? O pai, cadáver que volta para se vingar e/ou para ser definitivamente morto e talvez... também a mãe. Afinal, existe uma alusão a esta no tema da primeira representação

teatral, além da semelhança fonética já apontada entre "mãe" e "mão". É possível que ambas as figuras, paterna e materna, estejam acoplados numa imagem combinada e que Damião deseje eliminar ambas. Se esta hipótese estiver correta, assassinando seus genitores, origens de sua existência, indiretamente revela um desejo de aniquilar a si próprio.

A suposição da interferência de uma terceira pessoa nas automutilações, que se alterna no papel de autor e de vítima, apoia-se também no fato de que Damião emprega freqüentemente o pronome "se" ao referir-se ao ato de ferir suas mãos, "*Desde 82 acontece de eu se cortar*", podendo esta terceira personagem, como vimos, ser seu pai, sua mãe, ambos combinados ou ele próprio desdobrado na imagem de seu duplo.

Assim sendo, a par das lembranças marcadas pela sensação de prazer e liberdade, surgem outras, entrelaçadas às primeiras, não tão suaves, mas que serviram na ocasião em que trabalhava no circo, ao menos, para catarse de seus dramas íntimos. Foi também na época vivida no circo que Damião começou a beber, como ele mesmo nos conta:

"Eu comecei a beber no circo. Eu tinha doze anos de idade quando eu comecei a beber. Eu tava no parque essa época. Aí o dono do parque chegou prá mim e falou: 'Você vai tomar conta do parque aí que eu vou sair'. Eu falei: 'Tá bom'. Aí ele saiu; só que ele fingiu que saiu. Ele deu folga prá todos os empregados, prá mim não. Então os outros empregados foi embora. Então eu fechei as barracas e fui com eles lá pro bar, mas não prá mim beber, prá ficar olhando eles jogar, que eles jogava snooker, né. Eu tava olhando quando ele chegou lá. Ele falou: 'Ô moleque, você tá bebendo?' Falei: 'Não, tio, tô só vendo eles jogar. 'Você vai aprender a ser homem agora'. 'Que que é isso, tio?', já tava meio alterado. Ele arrancou a cinta e mandou encher o copo de pinga. 'Você vai beber, vai aprender a ser homem agora'. Aí eu bebi, daí prá frente, deu seqüência ... desde esse dia prá cá. No outro dia, eu falei prá ele: 'Já que você me ensinou a beber, o senhor me ensinou o vício'. Aí, eu comecei a beber direto... Ele forçou a barra, nesse ponto aí ele forçou a barra. Eu não bebia nada, era um moleque, tinha doze anos, né, nem tava bebendo, tava no bar olhando, ele achou que eu tava bebendo. Ele falou prá mim: 'Você tá bebendo'. Eu falei: 'Não, tio, não tô bebendo'. Eu, com medo de apanhar, vendo a cinta, peguei e bebi o copo inteiro... Fiquei bêbado, fiquei bêbado. Ele me carregou lá pro parque. Ele me carregou, os outro veio, cortou meu cabelo, bagunçou, cortou meu cabelo, jogou água ni mim, pintou e bordou comigo. No outro dia, eu falei: 'Já que o senhor fez isso, então agora, o senhor me ensinou o vício. Vou beber todo dia agora'. Aí comecei... mas não foi uma boa."

Novamente aparece no seu discurso o tom fatalista, como se o episódio acima relatado fosse o segundo e decisivo passo no cumprimento de sua sina, traçada quando da morte do pai. Damião isenta-se de toda e qualquer responsabilidade pelo rumo dado à sua vida, é uma vítima do destino ou do desejo alheio: iniciado no "vício do álcool", só lhe resta trilhar este caminho. Além disso, o "batismo de álcool" tem a conotação de um ritual de iniciação no universo masculino, "aprender a ser homem", representação que examinarei mais adiante, por ocasião da análise das representações e fantasias não conscientes associadas à bebida.

Damião viveu intensamente o período em que esteve no circo, tendo-o abandonado ao completar a maioridade. No entanto, aparecem no seu discurso imprecisões e contradições quanto à data e às razões que o levaram a deixar a companhia circense. Num primeiro momento, afirma tê-lo feito aos dezoito anos para honrar um compromisso assumido com a mãe:

"Eu sai do circo com uns dezoito anos. Sai do circo, aí comecei a trabalhar em padaria, porque a minha mãe pegou, eu já tava de maior, né, eu falei que quando eu estivesse de maior, eu ia voltar prá dentro de casa. Aí eu voltei prá dentro de casa e fui trabalhar em padaria, né, que é o meu ramo. Trabalhava como padeiro, balconista e copa, trabalhava na copa, no balcão e lá dentro como padeiro... Depois em 82, quando eu tinha 21 anos, mas já fazia isso aí. Aí, em 4/11/82, começou a fazer tudo isso, aí eu comecei com tudo isso daí, se cortar."

No entanto, ao referir-se à ex-esposa, Damião relata que a conheceu aos 21 anos quando trabalhava no circo, atribuindo seu afastamento da vida circense às pressões da mulher, que era muita ciumenta:

" Com 21 anos conheci minha esposa, ficamos noivos, tudo. No noivado é que ela descobriu que eu fazia isso. (...) Eu conheci minha mulher na praça. Montamos o circo lá, um dia ela ia passando, mexi com ela e aí começou o namoro. Mas é que ela não tinha nada a ver com o circo. Ela só ia assistir, só ia ficar comigo... Se eu não tivesse conhecido minha esposa, talvez eu estava lá até hoje. E ela detesta circo... porque eu era muito mulherengo."

Apesar das ambigüidades presentes no seu relato, existe uma relação inegável entre a renúncia à vida descompromissada do circo e o conseqüente enfrentamento de uma realidade social e familiar, quer assumindo responsabilidades frente ao casamento, quer perante à mãe, e o início das ocorrências de automutilações. Ilustrando com as palavras do próprio Damião: *"Deixei de ser um palhaço de circo, para ser um palhaço da*

vida". A "palhaçada" transfere-se do palco para a vida, tornando-se, fora do contexto de origem, uma "palhaçada" trágica.

Assim, a partir da fatídica data de 4/11/82, quando Damião começou a se mutilar, sua vida resumiu-se a internações sucessivas em hospitais gerais, de onde era, sistematicamente, encaminhado a instituições psiquiátricas. Inicialmente alegava que tinha sido vítima de assalto, porque tinha vergonha e medo que os outros o identificassem como louco, mas atualmente todos sabem que é o autor das mutilações, tanto os funcionários e médicos do hospital, como seus vizinhos que se prontificam a socorrê-lo:

"Eu penso que, se no começo eu tivesse avisado alguém, não chegaria no ponto em que eu cheguei, porque eu sempre escondi, nunca falei que fui eu. Alguma coisa passava pela minha cabeça, eu fazia, eu ia procurar socorro, me levavam pro Pronto Socorro, eu dizia no Pronto Socorro que fui roubado, que fui assaltado, ladrão que fez isso. Eu nunca falei que foi eu. Um dia descobriram que era eu... Eu sempre inventava alguma coisa... talvez era vergonha."

"Os braço tá tudo cortado; é tudo cortado os braço, tudo cheio de cicatriz. Pego um vidro e se corto, não sinto nada. A hora que tá cortando não sinto nada... Procuo uma rua que não tem ninguém, que ninguém vê o que eu tô fazendo e faço. Procuo sempre um lugar afastado, depois eu mesmo vou procurar socorro. A turma da COHAB já me conhece e sabe que sou eu mesmo, mas os outros, antigamente nenhum deles descobria que era eu. Aí foram descobrir que era eu e aí eu perdi a vergonha. Eu tinha vergonha de contar prá eles que era eu mesmo. Sei lá se eles iam pensar que eu era louco, alguma coisa..."

Damião imagina que, se tivesse buscado socorro precocemente, as coisas não teriam chegado ao ponto em que estão, que poderia ter prevenido o pior. Não o fez para fugir ao estigma da loucura, mas o "tiro saiu pela culatra". Na sua opinião, tentando esconder sua "loucura", esta traiçoeiramente dele se apoderou..

A respeito de sua vida conjugal, Damião pouco comenta, fazendo referências esporádicas a acontecimentos relacionados à bebida e às auto-mutilações:

"Aí ela me deu uma força, tudo. Agora estamos separados. Ela me dava uma força até essa última vez aí. Ela cansou mesmo de tanto ver, me ajudar, né, ela me ajudava bastante. Correria, ver hospital. Eu podia estar cortado onde eu estivesse eu ligava prá ela, eu machucado, ela ia, me pegava, me levava no hospital, tudo, entendeu?"

Agora, depois que a gente se casou, continuei a mesma coisa, então ela acho que cansou um pouco, né. Mas somos amigável, separamos amigos. Separamos amigavelmente, eu vou em casa ver meus filhos. Tem um de cinco anos e um de três. Quando foi agora domingo, eles vieram aí me visitar, dia dos Pais. Ela veio também, tudo. Ela falou prá mim ficar aqui, eu não tava querendo ficar..."

"Minha mulher chama M.L. Casei com ela e nós tamo separado agora, só que tamo amigado também. Mas tudo culpa da bebida, porque ela falou prá mim: 'Ó, bem, se você parar de beber, a gente volta. Até agora eu tô sozinha, só cuidando dos nossos filhos. Tô esperando você se decidir, você parar com essa bebedeira tua, a gente volta, que você, sem a bebida, não faz nada disso. Com a bebida você faz a coisa e prejudica sua vida'. Eu falei prá ela: 'Pode deixar que eu vou fazer tudo para parar'."

Assim, a esposa aparece na narrativa de Damião como alguém que o socorria, de quem eram exigidos constantes cuidados e atenção, uma mulher que desempenhava o papel materno e a quem Damião traía com a bebida... Ainda que reafirme inúmeras vezes durante as entrevistas sua intenção de deixar a bebida e recuperar-se, a todo momento suas ações a contrariam. Realmente é muito difícil Damião atingir este objetivo, uma vez que não dispõe nem de recursos próprios, nem conta com condições ambientais favoráveis que propiciem uma quebra do círculo vicioso que se estabeleceu: internação, alta ou fuga, bebida, mutilação, reinternação.

Após a separação da esposa, Damião nos intervalos entre as internações mora com a mãe, num conjunto habitacional da COHAB, onde também habitam a esposa e os filhos, em outro apartamento. Sobre sua família de origem, Damião conta que tem sete irmãos, em cuja história também está presente a bebida, de modo mais suave ou mais violento:

"Todos os meus irmão bebe. O mais velho foi pro Norte. Eu e meu irmão Cosme somos o do meio, somos gêmeos, eu sou junto com ele. O primeiro é o Ricardo, o segundo, Walter, o terceiro, Cosme e Damião, depois vem o Leonildo, depois a Darcí, o Júnior, depois vem a Delu, que trabalhava no Hospital das Clínicas. Através dela, eu consegui internação lá..."

"Eu tenho um irmão gêmeo comigo, só que ele é mudo e surdo. Ele nasceu assim, de nascença... porque é de família. Eu tenho uma prima que é muda e surda. Acho que é de família, puxou ela. Ele casou no mês de maio, mas mora com a minha mãe prá facilitar... Por sinais, por gestos, a gente se comunica. Eu se dou muito bem com ele. Ele nunca bebeu, tem até bronca de mim quando eu bebo, dá bronca fala que 'bebida não', fala: 'Por que faz isso? Tá se

sacrificando?' Ele fala tudo isso daí por sinal. Eu me dou muito bem com ele. Os outros são desnordeado, né. Um tá em S. Luis, outro tá em Goiânia. Um já morreu, né. Walter morreu porque mataram ele. Ele tava dormindo numa COHAB abandonada aí, de noite os caras entraram lá e mataram ele, prá roubar. Levaram ele lá e mataram ele lá dentro. Faz um ano agora, dia 15... Os que tão no Norte tão tudo bem, tão tudo ótimo. Esses aí não bebem não. Bebe final de semana, como se diz, socialmente. Walter bebia e bastante. Era separado também, a bebida só leva a isso mesmo..."

"Tem também o Ricardo, o Ricardo está com Aids. Ele tá lá no Emílio Ribas, ele tá internado no Emílio Ribas, ele mexia com droga, né, ele era viciado em droga. Ele foi preso, depois que ele foi preso, aí saiu da cadeia adquiriu essa doença aí. Acho que ele foi ingerir a droga, que ele usava cocaína, maconha, então ele pegou isso daí... Ou então na cadeia, porque os presos, um fatura o outro, tem relações sexuais, então um que tá com Aids... Agora ele tá ruim, só vive internado. Melhora um pouquinho o médico dá alta, vai prá casa, fica em casa um tempo, depois volta. Quer dizer, tá mais prá morte do que prá vida. Mas ele mesmo que escolheu, né... E tem as mulheres, né, a Delu e a Darci. Elas tá bem, tá casada, tudo. A Delu tem um sítio pro lado de Ibiúna, tem uma fabricazinha de borracha. A outra também, a Darci tá bem de vida, tudo bem casada. Tá tudo bem de vida, o mais danado da família sou eu. Não, o Ricardo é pior que ele escolheu, ele escolheu a droga..."

A tragédia parece rondar os filhos varões desta família: morte em vida de Ricardo que está com Aids, morte violenta de Walter, trágica tem sido a vida de Damião, todos vítimas do álcool ou do tóxico. Cosme, irmão gêmeo de Damião também paga tributo a ambas, com uma deficiência "hereditária". A salvo, pelo menos no imaginário de Damião, estão Leonildo e Júnior que vivem longe da família, "desnordeados", isto é, que seguiram rumo ao Norte para fugir do mesmo destino. As mulheres também parecem ter sido salvas através do casamento.

Será mesmo uma questão de destino (por identificação com a figura paterna que faleceu vítima de alcoolismo) ou de herança familiar (de acordo com a teoria da degeneração da raça)? Pensar assim é, antes de tudo, esquecer as experiências de miséria, abandono e sofrimento por que passou esta família. As principais vítimas desta situação foram as crianças, amparadas unicamente pela mãe que, viúva precocemente, viu-se obrigada a sustentar sozinha uma prole de sete filhos menores numa terra estranha, sem qualquer repaldo da sociedade. A vida parece ter lhes ensinado que a realidade é cruel demais para ser suportada sem a camuflagem da droga,

paraíso ilusório, cuja porta de saída é a mesma pela qual se mergulha no inferno. Enquanto Damião era criança pôde viver no circo em cima de seu "rola-rola", equilibrado precariamente mas, quando teve que enfrentá-la, entrou numa "rua sem saída", em cujo final encontrou à sua espera a instituição psiquiátrica, armadilha preparada pela sociedade para aqueles que ousam desafiar seus padrões e valores.

Atualmente, Damião está aposentado pelo Estado, recebendo uma pensão irrisória, sem muitas perspectivas de voltar a se inserir numa atividade produtiva

"Tô aposentado, aposentei por invalidez... depois de tudo isso que aconteceu, né, tirei todos os dedos, né... Alguma coisa eu posso fazer. No ramo meu, na padaria não pode mais fazer, a não ser no balcão, trabalhar na copa, né. Mas os patrão acha que, por enquanto, não... Da aposentadoria eu recebo três salários mínimos que eu me aposentei como padeiro faz dois anos agora. É uma boa, né... Não é uma boa, mas é melhor do que ficar sem ganhar nada. Pois é, na minha situação é jogo duro..."

Novamente Damião cai na cilada: considerado inválido é aposentado, o que lhe fornece meios para sobreviver sem trabalhar, mas também o estimula à ociosidade e à bebida. Quais seriam as chances de escapar deste "beco sem saída"? Sem dúvida, o panorama é desanimador.

1.3 - Conceitos, imagens e fantasias sobre loucura e alcoolismo e sua relação com o "drama" de Damião

1.3.1 - Loucura, alcoolismo e doença mental: sinais e concepções etiológicas

Como vimos por ocasião da apresentação do caso de Damião, este, a princípio, atribui as automutilações que pratica a um mistério ainda não solucionado. A partir desta afirmação inicial, o enigma a que se refere é associado a representações de diversas naturezas, fornecendo indícios para desvendar as crenças em que se apoia para explicar suas auto-agressões.

Uma das pistas já nos foi fornecida quando Damião, mesmo guardando certa reserva, associa as auto-agressões ao consumo de bebidas alcoólicas. Retomando o texto já citado:

"Não sei. No começo, eu achei que era a bebida mas, sem a bebida, eu já cheguei a fazer. Eu acho que não é isso... Não sei, prá mim acho que é um mistério, eu não sei o que é. Até hoje tô procurando saber. Eu tô tentando descobrir porque começou tudo isso. Até hoje não consegui ainda. De um tempo prá cá tá piorando. Essas duas últimas vezes que eu sai de alta aqui, acabei de tirar mais dois dedos. A última vez se cortei aqui. Quer dizer, continuei dando seqüência no negócio, sempre se cortando, sempre que sai de alta, internado não me corto, eu me corto lá fora... É que essas vezes eu tenho bebido..."

Damião explica que, após a ingestão de bebidas alcoólicas, a ocorrência de automutilações tem se intensificado. Assim sendo, estas não acontecem quando está internado, já que nesta situação não tem acesso à bebida. E continua, explicando em que condições seus impulsos autodestrutivos entram em ação:

"Quando eu tava sozinho em casa, minha mãe saia prá trabalhar, eu não tava internado, ela saiu prá trabalhar, eu peguei a faca e cortei. Eu tinha bebido, né. Dessas vez todinha que eu tenho me cortado agora, eu tenho bebido, né, impulso da bebida. Impulso da bebida, porque sem a bebida é raro, é difícil eu me cortar. Com a bebida é mais fácil. Com a bebida tem mais aquele impulso, tem mais coragem. Agora não, sem a bebida eu não faço, quer dizer, nas Clínicas eu já fiz, me passou pela cabeça, eu fiz, mas foi uma vez só que eu fiz. O resto foi tudo com a bebida, a bebida parece que impulsa mais alguma coisa, sei lá, acho que é a bebida..."

Uma vez de posse da liberdade, Damião, dispondo de privacidade, não resiste aos apelos do álcool, agindo este como o desencadeante de impulsos poderosos e incontroláveis, que o impedem de raciocinar e só são aplacados após a concretização das mutilações. A solução que vislumbra, neste caso, é parar de beber para evitar o pior, ainda que permaneça o risco de cometê-las quando sóbrio. Mas isto é exceção:

"Eu tenho que parar de beber, eu tenho que pôr na cabeça de parar de beber, porque se eu beber, eu vou se machucar e cada machucado que eu dou é um ferimento grave. Da última vez foi grave, esse aqui e esse aqui. Quer dizer, se continuar bebendo, vai acontecer o pior... o braço cortar mais e acabar cortando um dos braços fora. Os dedos já cortei quase tudo, agora só falta os braços... Os braços já tá tudo cortado, é tudo cortado os braços, tudo cheio de cicatrizes. Pego um vidro e se corto, não sinto nada... Na hora, só penso em se cortar, só passa na mente isso. Procuro uma rua que não tenha ninguém, que ninguém veja o que eu tô fazendo e faço. Procuro sempre um lugar afastado. Depois eu mesmo vou procurar socorro. A turma da COHAB já me conhece e sabe que sou eu mesmo, mas os outros antigamente nenhum descobria que era eu. Aí foram descobrir que era eu e aí eu perdi a vergonha... Eu tinha vergonha de contar para eles (ri) que era eu mesmo. Sei lá se eles iam pensar que eu era louco, alguma coisa... (E você, o que acha?) Eu sei lá. Louco eu sei que não sou. Louco eu tenho certeza que eu não sou... (O que é um louco na sua opinião?) Louco é aquele que não pensa, que faz besteira, é aquele que bate a cabeça, prá mim é louco. Eu não, eu só faço isso daí, mas com a bebida, né. Então eu acho que louco eu não sou, acho que tem alguma coisa prá mim, os médicos e a medicina não acredita nisso; acho que tem alguma coisa feita."

Apesar da gravidade das ações cometidas contra si próprio, que poderiam ser consideradas sinais de loucura, Damião justifica sua sanidade mental usando a bebida como álibi. Esta não só o estimula a praticar atos inaceitáveis em sua consciência, dos quais se envergonha quando sóbrio, como também o anestesia, evitando que a dor aja como alarme e proteção contra impulsos autodestrutivos. No entanto, Damião tem dúvidas quanto à possibilidade de ser ou não louco: *"Sei lá se eles iam pensar que eu era louco, alguma coisa"*, usando a projeção como um mecanismo de defesa contra a angústia despertada por esta idéia. Assustado, afasta-a, caracterizando o louco como alguém incapaz de refletir que, independentemente de condições externas (no caso, a bebida), *"bate a cabeça"*, isto é, ataca o cérebro, sede do pensamento, e provoca lesões orgânicas. Ele não; comete atos impensados sob ação do álcool, fator

externo introduzido no seu organismo e, mesmo assim, preserva o cérebro, praticando agressões em outra parte do corpo (mãos e braços). Tudo isso num esforço para escapar ao estigma da loucura, caracterizada como uma suspensão do juízo, que, no entanto, continua uma ameaça sempre presente, ainda que camuflada pela bebida.

Estas considerações remetem à noção antiga, defendida por Morel (in Ackerknecht, 1962) e primeiros "alienistas", de que a loucura manifesta-se por "acessos", podendo permanecer oculta no íntimo de cada um. No caso de Damião, o "acesso" é despertado por um excesso ou abuso de bebida alcoólica e, quando isto acontece, o desvario impõe-se de modo irreversível e incontrolável, inibindo qualquer intermediação do pensamento. Desta forma, Damião sugere que o "vício" desmascara a loucura, ficando subentendido que esta pode ser um castigo por um deslize moral, idéia que mais adiante reaparecerá associada a novas circunstâncias.

Não satisfeito com os argumentos acima expostos, Damião ainda sentindo-se acuado pela possibilidade de ser identificado como louco, recorre a explicações mágicas: *"Então eu acho que louco eu não sou, acho que tem alguma coisa prá mim, os médicos e a medicina não acredita nisso; acho que tem alguma coisa feita"*.

Coisa feita, uma das faces do mistério a que Damião alude desde o início. Entramos no domínio da magia, do irracional, do inexplicável, em oposição ao lógico, racional e explicável, representado pelo discurso médico. Este discurso, tido como competente sobre a loucura (Chauí, 1981), é assimilado num nível superficial porque, afinal, Damião é usuário do hospital psiquiátrico. No entanto, crenças mágicas adquirem força no momento em que é pressionado a admitir sua "loucura". Horrorizado diante desta ameaça, descortina-se à sua frente uma paisagem fantástica povoada por superstições que habitam há milênios o imaginário popular, como veremos a seguir, retomando sua fala:

"Eu acho, eu tô chegando à conclusão, né. Apesar que eu nunca procurei, nunca fui atrás, num dá tempo (ri). Não dá tempo, saio de um hospital entro no outro, quer dizer eu acho, mas a medicina, né, a medicina não acredita nisso aí... Eu acho que foi uma garota que eu fui noivo dela, deixei dela, né, por essa minha noiva, eu acho, não sei. Foi no tempo do circo, né, do circo, que eu abandonei o circo, já tava noivo, né, abandonei ela, tudo, eu acho, larguei meus documentos tudo lá, depois dessa tarde que começou a começar tudo isso. Os pais dela era de centro... (Se você acha que a causa é esta, por que não procurou ajuda num centro?) Porque eu tô internado, no hospital eu me sinto

bem, no hospital não acontece nada. Agora, é sair lá fora e pronto..."

Por outro lado, representações mágicas sobre a loucura perdem credibilidade diante do discurso médico e Damião fica ambivalente porque, até certo ponto, sente-se protegido dentro do hospital. No entanto, insiste nestas representações, contando que foi vítima de um malefício por ter traído uma mulher. A figura desta mulher aparece associada à imagem do circo, onde Damião deixou seus documentos, abandonando ambos. Traída, a mulher-circo apossa-se de sua identidade, utilizando-a como meio de executar sua vingança.

Conforme já foi assinalado, penso que a magia do circo, de algum modo, dava conta de sua angústia, fazendo-o esquecer as dificuldades da vida, ao mesmo tempo que propiciava, se não uma elaboração, ao menos um extravazamento de suas angústias, através de atuações dramáticas. Esta hipótese parece se confirmar na atual configuração, acrescida de um novo dado: deixando o circo, Damião, em última análise, traiu e perdeu a si próprio. É como se uma parte sua tivesse permanecido no circo, ficando sua identidade irremediavelmente mutilada.

Continuando:

"Imagino isso daí que eu falei, que tem alguma coisa feita. É isso que eu imagino, que tem um espírito mau que encosta em mim quando eu bebo, ou algum negócio feito na bebida prá mim, que é só quando eu bebo (...) Porque é eu triscar na bebida, o negócio prá mim tá feito na bebida... Imagino que colocaram alguma coisa na bebida prá mim, sei lá, alguma coisa de macumba, essas coisas que fizeram na bebida, fizeram eu beber... Porque foi só eu sair do circo, deixar dessa garota aí. Eu não gostava dela, gostava assim da minha noiva, da minha mulher, né. Dela, era só passatempo, né. Ela gostava de mim, né. Agora tô pagando o castigo, né, tô pagando o que eu fiz de errado, enganar ela, deixar ela, é duro, né."

Segundo Damião, o feitiço consiste na incorporação de um espírito malévolo que age por meio bebida, veículo de magia negra. Esta, uma vez ingerida, abre as portas do sobrenatural, dando acesso ao inferno e passagem ao demônio que dele apodera-se para torturá-lo, obrigando-o a praticar atos inomináveis contra si próprio, cumprindo uma terrível vingança. É o tributo a pagar pelo delito cometido, pela traição a uma mulher que o amava. Lembro que, em trabalho anterior (Tofolo & Machado, 1993) realizado com alcoolistas, estes também aludiram à bebida como

instrumento utilizado pelo demônio para induzir a vivências alucinatórias, estando estas associadas ao vislumbre do inferno.

Observando a mesma situação por um outro ângulo, recorro a um dos primeiros escritos de Bataille (1922-40), "A mutilação sacrificatória e a orelha cortada de Vincent Van Gogh", no qual o autor equipara ambas as situações:

"Práticas análogas constatadas em nossos dias nos dementes aparecem assim não somente como genericamente humanas, mas como muito primitivas; a demência só faz suspender os obstáculos que se opõem em condições normais ao cumprimento de um impulso tão elementar como o impulso contrário ao que nos faz comer"
(Bataille, vol I, p. 267)

Bataille, para quem o rito sacrificial nas sociedades primitivas tem o sentido de transposição entre o concreto e o mítico, de apagamento das fronteiras entre a vida e a morte, de vivência de comunhão com o sobrenatural, considerava que os aspectos propiciatórios ou expiatórios do auto-sacrifício são secundários à ocorrência de uma transformação radical ocorrida no próprio ser do sacrificador:

"Uma tal ação caracterizar-se-ia pelo fato de que teria o poder de liberar elementos heterogêneos e de romper a homogeneidade habitual da pessoa: ela se oporia a seu contrário, à ingestão de alimentos como se fosse um vômito. (...) A vítima caída numa poça de sangue, o dedo, o olho ou a orelha arrancados não diferem sensivelmente de alimentos vomitados. A repugnância é apenas uma das formas de estupor causada pela erupção horripilante, pelo transbordamento de uma força que pode engolir. O sacrificador é livre de se deixar levar por tal transbordamento, livre, identificando-se continuamente à vítima, de vomitar seu próprio ser, como se estivesse vomitando um pedaço de si mesmo, isto é, livre de jogar-se de uma vez só fora de si como um bugalho."(Bataille, op.cit. p. 270)

Aproveitando as observações de Bataille e usando os recursos da psicanálise, entendo que Damião, "engolido" por forças incontroláveis provenientes do inconsciente, pratica uma mutilação sacrificatória, "vomitando" uma parte de si próprio e por meio desta, imaginariamente, seu ser total com o objetivo de transpor os limites da vida. Seguindo este raciocínio, o desejo inconsciente expresso através das automutilações é o suicídio. Só que este desejo não está desacompanhado: vem complementado pelo medo, igualmente poderoso, de morrer, em cujo âmago está presente o desejo de continuar vivendo. Diante desta contradição,

configura-se inconscientemente um compromisso entre a vida e a morte, o qual se manifesta, disfarçadamente, nos episódios de automutilação: o ataque a partes do corpo substitui a aniquilação de si próprio, satisfazendo simultaneamente ao desejo de morte e ao impulso para a vida.

Voltando à análise das entrevistas, se, por um lado, bebida é identificada como um veículo do mal, por outro, é vista como benéfica, pois alivia tensões emocionais geradas por fatores psicossociais como desemprego, preconceito contra deficiência física, más companhias, decepções amorosas e/ou problemas conjugais, aos quais Damião alude nos trechos abaixo transcritos, ora acoplando-os, ora distinguindo-os:

"Tinha motivo assim, desemprego, tava desempregado, dois filhos, problema de defeito na mão. Igual eu achava, ia procurar emprego não achava, então botava aquele complexo na cabeça e ia desabafar na bebida. É onde acabava acontecendo tudo, né..."

"Tenho muitos amigos de copo. Essas amizades prá mim estraga. Às vezes você não quer beber, mas o amigo chega e eu acho que se falar não para o amigo vou ofender ele. Então eu tenho que me afastar dessas amizades, que eu tenho muita amizade de copo. Qualquer coisinha, 'Vamos ali tomar um negócio. Vamos, mãozinha, vamos tomar um negócio ali'... Eu pego e vou. Então, quer dizer, eu acho que eles nunca quer ver o meu bem, quer eu sempre na pior. Eu acho isso daí comigo, né, porque é aonde eu vou beber e acaba acontecendo tudo. Quer dizer, eles tão bom e eu tô ruim, né."

"Tenho muita amizade, muito amigo lá fora. Então que nem eu falei na outra entrevista, não sei dizer não. Se a pessoa me convida 'Vamos tomar um negócio', eu não sei dizer não, prá mim eu acho que vou perder ele, então acabo indo. De uma passa prá duas, de duas prá três e vai aumentando a quantidade. Aí a quantidade já é bem, né, quando vê, eu vou parar só quando tiver de fogo, né. É onde tudo acontece, de eu se cortar, né. Quer dizer o vício da bebida é um vício bem puxado, porque sozinho a pessoa não consegue parar. Eu mesmo já tentei parar sozinho, mas não consegui..."

"Tem tempo que eu passo bem, tem tempo que não passa nada, não acontece nada comigo. Agora, ultimamente, quando a doutora deu alta, sai daqui no dia 20... Tava com uns problemas com a esposa, que nós tamo separado, né. Ela viajou sem avisar, foi prá Bahia com meus dois filhos, eu pensei que ela tinha ido embora e levado meus filhos, né, aí eu fiquei naquilo, bebi um pouco, quando eu bebi, a primeira coisa que veio na cabeça foi se cortar. Aí no dia 21, voltei prá cá."

Damião explica, agora com o "pé na terra", isto é, usando argumentos racionais, que frustrações de natureza social ou psicológica estimulam o consumo de bebidas alcoólicas, enfatizando situações em que se sente ameaçado de perda afetiva (familiares ou amigos) ou em que se sente frustrado em sua capacidade produtiva (desemprego), situações estas que contribuem indiretamente para uma baixa na sua auto-estima. Nestas condições, a bebida, considerada um "vício", é percebida como uma faca de dois gumes: aplaca sua angústia mas, ao mesmo tempo, libera seus impulsos auto-destrutivos, isto é, liberta sua "loucura".

Assim a bebida é, ao mesmo tempo, amiga e traiçoeira, sendo portadora de uma dupla face pois, com a promessa de ser um refúgio frente à realidade cruel, acaba abrindo as portas do inferno e... da instituição psiquiátrica. E não é só... Também está impregnada por representações altamente erotizadas como nos mostra o próprio Damião ao relatar o episódio que marcou o seu "batismo de álcool" e que será retomado a seguir:

"Eu não bebia nada, era um moleque, tinha 12 anos, né. Nem tava bebendo, tava no bar olhando, ele achou que eu tava bebendo. Ele falou prá mim: 'Você tá bebendo'. Eu falei: 'Não, tio, não tô bebendo'. Eu, com medo de apanhar, vendo a cinta, peguei e bebi o copo inteiro. Fiquei bêbado, fiquei bêbado. Ele me carregou lá pro parque. Ele me carregou, os outro veio, cortou meu cabelo, bagunçou, cortou meu cabelo, jogou água ni mim, pintou e bordou comigo. No outro dia, eu falei: 'Já que o senhor fez isso, então agora, o senhor me ensinou o vício. Vou beber todo dia agora'. Aí comecei... Não foi uma boa. A perdição da minha vida tá na bebida. Depois víciei. Apesar que eu não sou um alcoólatra, aquele alcoólatra. Um alcoólatra tem que beber todo dia, né, Mesmo em casa, eu não bebia todo dia. Bebia assim, dia de festa... Só que agora, desses tempos prá cá, tá freqüentemente eu bebendo e se machucando. Não tem jeito, a bebida machuca a gente, com a bebida a gente perde tudo."

Damião relata que começou a beber ainda criança, quando trabalhava num parque de diversões, obrigado pelo patrão que, empunhando uma cinta, forçou-o a ingerir um copo de pinga sob o pretexto de ensiná-lo a ser homem. No entanto, as associações que se seguem remetem fantasias não conscientes de cunho sexual, assemelhando-se a uma orgia. Indefeso sob a ação do álcool, Damião é levado ao parque pelos companheiros, que "*pintam e bordam*" com ele, ocupando um papel predominantemente feminino, vítima da violência masculina. É como se, para "aprender" a ser homem, Damião tivesse que primeiro sentir na própria pele o que é ser uma mulher, tida como

mero objeto do desejo sexual masculino. Estão, portanto, associadas à bebida representações não conscientes carregadas de erotismo, nas quais destaca-se a imagem feminina da mulher prostituta, desejada e partilhada por vários homens. E Damião só consegue parar "*quando tiver de fogo*", isto é, quando estiver "incendiado" de desejo. A satisfação obtida com esta situação, permanece atuante no registro inconsciente, tanto que afirma: "*A perdição da minha vida tá na bebida*". A bebida "vicia", é uma paixão que Damião não consegue vencer com a razão.

Desta vez, Damião é vítima da mulher-bebida, que o atrai para traí-lo em seguida, ao contrário da situação anterior em que ele é o autor da traição. Os papéis são intercambiáveis, mas permanece a idéia da traição no relacionamento amoroso vinculada à questão do vício e do castigo moral.

A representação da bebida associada à sexualidade é difundida em nossa cultura, bastando observar as propagandas de bebidas alcoólicas, onde a mulher, enquanto objeto sexual, está sempre presente. Em trabalho de nossa co-autoria (Tsu & Machado, 1991) estudamos as representações sobre a bebida num grupo de alcoolistas internados em instituição psiquiátrica. Uma das fantasias não conscientes que se destaca é a bebida caracterizada enquanto mulher sedutora e pérfida, personificada na figura bíblica da serpente do Jardim do Éden.

Assim a bebida é, ao mesmo tempo, paraíso e inferno, alívio e tortura, carregando representações altamente erotizadas associadas à salvação ilusória da angústia gerada pelas agruras da vida e simultaneamente, à perdição, ao pecado original, ao castigo, à loucura e à auto-destruição. É um "vício" em oposição à virtude, uma conduta condenável pela sociedade porém, paradoxalmente, por esta estimulada ao evocar representações não conscientes que prometem prazer sem limites. Contém em si uma dupla mensagem, onde conotações ambíguas estão sobrepostas e entrelaçadas, cilada perfeita para manter o "vício", mesmo porque o desejo de beber nunca é plenamente saciado: quem o experimenta, sempre quer mais.

Embora Damião identifique tanto o consumo de tóxicos como o do álcool à noção de vício, faz uma distinção entre ambos, distinção esta baseada na liberdade de escolha e nas consequências sociais decorrentes de cada um:

"O Ricardo é pior porque ele escolheu, ele escolheu a droga. Se não fosse a droga ele estaria bem de vida, porque ele é um rapaz inteligente. Mas escolheu o caminho da droga. (...) Eu não nasci bebendo. Infelizmente eu fui forçado

a aprender esse vício aí, aprendi. Mas acho que é fácil largar, é só dizer não, saber dizer não prá pessoas."

E a respeito de si mesmo:

"Sempre bebi muito, desde 12 anos. Então acho que a bebida me atrapalha um pouco, talvez pelo vício, por ser viciado na bebida. Experimentei droga e não gostei da droga. Não quis prosseguir no caminho da droga porque eu achei que a droga não era o caminho certo, preferi a bebida. A bebida, pelo menos não dá polícia, né. A droga dá polícia, dá cadeia, né, com a droga vai prá cadeia. No hospital a gente se trata, se recupera. Quer dizer, eu tenho a intenção de parar de beber. A Dra. N. mesmo falou que eu vou ficar um bom tempo. Mas trancado direto, como eu tô trancado direto? Eu me sinto, apesar de tudo, prisioneiro, sabe..."

Num primeiro momento, Damião enfatiza que o toxicômano opta pelo uso de drogas, sendo, portanto, responsável pelo rumo dado à sua vida e passível de sanções penais. Já o alcoólatra é visto como vítima do destino, induzido ao vício por outrem, devendo ser "tratado" e não punido. O primeiro, culpado, é caso de polícia e vai para a prisão; o segundo, sacrificado pelo destino, é objeto da medicina e é encaminhado ao hospital psiquiátrico. Assim o alcoolismo fica no limite entre o vício e a doença, aparecendo entrelaçadas as duas representações, mostrando-se Damião ambivalente quanto a assumir a condição de culpado ou de vítima. Termina denunciando-se como autor da escolha quando afirma que "*preferiu*" a bebida, porque "*no hospital a gente se trata, se recupera*". Será? Damião sabe que não é bem assim, já que estabelece uma equivalência entre a prisão e a instituição psiquiátrica: em ambas, o preço pago pelo "vício" é a perda de liberdade.

Se Damião fica em dúvida quanto à natureza do alcoolismo, a loucura, no seu entender, é uma "doença mental" que apresenta uma etiologia orgânica e é inata:

"Aqui eu tenho muitas amizades, todos alcoólatras. Só que aqui, uns pega alta, volta com 15 dias, volta com três dias. Chega lá fora, bebe e volta... Agora, os que são loucos não pega alta, né. Eles não pega alta, porque eu vejo aqui dentro que tem pouco louco, eles são doente mental, né; faz tempo que eu venho internado aqui e eu vejo eles sempre aqui, sempre no mesmo lugar, então eu acho que eles não tem melhora, né. Eles tão no pavilhão 2; o pessoal chama eles de crônico, né. No pavilhão 1 só tem alcoólatra e aqueles de sistema nervoso. Louco, louco não tem não... Os que tem o sistema nervoso abalado, são agressivos, isso e aquilo, qualquer coisinha, né. No 1 tem isso aí. Quando tem briga a gente separa, ajuda a separar e aí o enfermeiro pega

e toma as providências. O enfermeiro pega e transfere pro outro pavilhão lá até se acalmar. (...)

(Por que você acha que uma pessoa fica louca?) Eu acho que deve tomar alguma pancada na cabeça ou tóxico, usar muito tóxico. Acho que deve ser isso, né. A maioria desses rapaz novo que fica assim com esses problemas é por causa de tóxico ou alguma pancada na cabeça, alguma coisa, algum problema. Eu acho isso daí... Agora os louco, eles tem problema na cabeça deles mesmos, já nasceu com aquilo ali, né. Acho que é uma doença, o acesso de loucura, ele já nasceu com aquilo ali. Já nasceu, então tem que ficar com aquilo ali..."

Inicialmente, Damião estabelece uma distinção entre os alcoólatras e os loucos, usando como argumento sua distribuição pelas dependências do hospital. Os alcoólatras e "os que tem o sistema nervoso abalado" habitam um pavilhão, os loucos, chamados "crônicos", outro. Damião identifica-se aos primeiros e observa o que acontece com os segundos. Os "verdadeiros loucos", considerados "doentes mentais", são na sua opinião os crônicos, que nunca deixarão o hospital e não obtêm qualquer tipo de melhora. Estes são portadores de uma doença incurável que carregam desde antes do nascimento e que se manifesta por "acessos de loucura". Os "de sistema nervoso", por sua vez, quando ficam agressivos são transferidos para o pavilhão dos "loucos", devido à equivalência de sintomas, até se "acalmar". A etiologia de sua perturbação está associada a lesões orgânicas no cérebro provocadas por "pancada na cabeça" ou consumo de tóxicos. De qualquer forma, Damião considera que, direta ou indiretamente, as perturbações mentais estão relacionadas a um comprometimento orgânico, endossando, portanto, a representação psiquiátrica da loucura. Por outro lado, como já apontamos, o louco é caracterizado como aquele que "bate a cabeça", provocando lesões no cérebro, sendo estas vistas simultaneamente como causas e efeitos da doença mental, estabelecendo-se, assim, uma explicação circular.

A relação entre vício e doença aparece novamente na sua fala, desta vez explicitando que aquele, com o tempo, provoca lesões orgânicas, gerando a "doença mental", idéia que, aliás, já estava implícita em sua fala anterior:

"Eu acho que meu problema tá na bebida. Eu acabei de concluir isso aí no sábado que eu fugi daqui. Eu tava sem beber nada. Fui lá em casa ver meus filhos, minha ex-mulher. Mas, no caminho encontrei um colega: 'Ô, não vai beber nada?' 'Fugi do hospital agora, me dá uma aí.' Inclusive ele tava fazendo tratamento aqui, foi embora, tava

de licença, aí pagou um copo. Ele pagou, eu bebi. Pagou um, pagou outro, pronto. Foi dois copo cheio de pinga, acabou. Só bebi esses dois copo. Eu não lembro de nada mais do que eu fiz. Aqui dentro, eu fiquei sabendo que eu queria quebrar a padaria, que eu dei o maior show. Quer dizer, agora, eu pus na minha cabeça que a bebida eu não quero mais. Isso aconteceu no sábado, eu não lembrei nada. Eu sei que eu bebi a bebida, agora eu não sei nem como eu vim de volta prá cá. Eu vi que eu cheguei na ambulância. Quem chamou não sei, diz que tinha até polícia, não vi polícia. Então eu acho que é a bebida mesmo. A bebida, qualquer bebidinha que eu bebo, tá dando alteração em mim, eu acabo fazendo tudo isso e não lembrando mais. No começo eu lembrava, agora não tô lembrando. Quer dizer que a bebida tá ofendendo alguma coisa, né..."

Damião repete que condições psicológicas e sociais são responsáveis pelo "vício" da bebida, o qual, por sua vez, provoca uma suspensão temporária do juízo e crítica de seus atos. Nestas condições, Damião dá o maior "show", como quando era palhaço, e só não é detido pela polícia devido a seus antecedentes psiquiátricos. Termina acrescentando: *"a bebida tá ofendendo alguma coisa..."*, sugerindo que o álcool está agindo no seu organismo, provocando alterações no funcionamento cerebral, sendo prova disto o fato de estar perdendo a capacidade de recordar-se das ações que pratica quando embriagado. Na sua opinião, com o tempo, o vício transforma-se em doença, gerando um apagamento da memória, o que também justifica a necessidade do tratamento psiquiátrico. Mais uma vez, fica implícita na fala de Damião a suspeita de que a loucura o está rondando; se não é a causa direta de seus atos desatinados, será a consequência inevitável do "vício".

1.3.2 - Soluções para o alcoolismo e para a doença mental

Embora Damião considere a loucura como doença mental decorrente de comprometimento orgânico e o alcoolismo como vício, acredita que a psiquiatria nada pode fazer pelos loucos, ainda que possa proporcionar um certo alívio para os alcoólatras:

"O hospital psiquiátrico, eu acho assim, um lugar que num tempo ele é bom, né, ele é bom. Ele ajuda bastante as pessoas nessa parte da bebida, né, nesses problema ajuda bastante, eu acho isso aí... Ajuda a se recuperar do vício do álcool, do tóxico, desses vício, né. Agora, em outra parte assim, eu acho que não ajuda em nada... Na outra parte assim, no caso assim, louco. Os louco, os débil mental, eu acho que eles não melhora em nada. Eles acaba segurando o paciente, deixando eles de lado e eles acaba morrendo dentro do hospital. Já passei em vários hospitais. (...) Aqui eu tenho várias amizades, todos alcoólatras. Só que aqui, uns pega alta, volta com quinze dias, volta com três dias. Chega lá fora, bebe e volta..."

Desta forma, para os loucos, a internação psiquiátrica tem a função apenas de excluí-los do convívio social, uma vez que a loucura é entendida como doença mental incurável, equivalente à debilidade mental, não dispondo a medicina de meios para revertê-la. Por outro lado, pode auxiliar na recuperação de "vícios" como o alcoolismo e a droga-adição, ainda que tenha uma ação meramente paliativa, porque o alcoólatra "*chega lá fora, bebe e volta*". A função da instituição psiquiátrica é, na sua opinião, proporcionar alívio para os sintomas orgânicos dos alcoolistas por meio de prescrição medicamentosa e, no plano psíquico, coibir o acesso à bebida durante a internação.

Se o alcoolismo é o desencadeante dos episódios de automutilação, Damião raciocina que o primeiro passo para solucionar seu problema é controlar a ingestão de bebidas alcoólicas fora do hospital:

(Qual seria, na sua opinião, a solução para o seu caso?)
"Não sei, não tenho a mínima idéia, não sei qual é a solução. A solução que eu encontro, que eu vejo em mim é parar de beber. É a primeira solução, né. Igual eu não faço, sem a bebida eu não faço. Lá fora não, só com a bebida. A solução primeira, imediata, tem que ser esta, parar de beber. Porque eu fiquei um bocado de tempo sem beber; casei, tive dois filhos, fui normalmente, não aconteceu nada, depois começou outra vez por causa da bebida. (...)
É onde acaba acontecendo tudo. Eu sei dizer que eu quero ter uma solução. Primeira solução: parar de beber. Isso é o que eu quero. (E você acha que tem condições de

parar de beber?) Tenho sim, tem esse grupo de Alcoólatras Anônimos aí. Eu já freqüentei. eu acho que se eu freqüentar o grupo firme mesmo, eu vou parar de beber..."

E mais adiante:

"Tanto é que eu fiquei muito tempo sem beber e não se machuquei. Agora, a gente tem um pouco de dúvida, né. Se parar com a bebida, será que vai ficar normal? Eu acho, vou fazer uma força, né. Eu quero, né. Da última vez eu se machuquei, agora eu vou pôr na minha mente, vou parar de beber, não quero mais saber de bebida, vou procurar um grupo de Alcoólatras Anônimos e vou procurar sair fora das amizades, que eu tenho muitos amigos de copo. Essas amizades prá mim estraga..."

Damião acha que para resistir ao álcool, atuações a nível psicossocial podem auxiliar como, por exemplo, comparecer às reuniões dos Alcoólatras Anônimos e evitar más companhias. Medicamentos destinados a gerar aversão por bebidas alcoólicas também podem prestar certa ajuda, mas não são suficientes:

"O vício da bebida é um vício bem puxado né, porque sozinho a pessoa não consegue parar. Eu mesmo já tentei parar sozinho mas não consegui. Parei três vez só, três vez. Só tomando medicamento e mesmo assim ainda bebia com medicamento. O medicamento ... era tipo assim, um comprimido branco. Se a gente bebesse com ele, mexia com a pressão da gente. A gente ficava vermelho, começava a avermelhar, sentia mal, passava mal se bebesse com ele. Várias vezes eu bebi com ele, mesmo sentindo mal ... A bebida é um vício danado, né."

Sendo o alcoolismo um vício, Damião tem consciência de que, em primeiro lugar, a solução está em suas mãos (ou não, porque as está destruindo), isto é, depende de sua vontade abandoná-lo:

"É só eu querer, porque eu bebo se eu quiser, se eu não querer ninguém vai pôr na minha boca, não é verdade? Se eu não querer beber, ninguém vai forçar eu beber. Quer dizer, eu mesmo tenho que controlar a mim mesmo, não é verdade? ... Eu tenho que saber dizer não pros colega. Esse negócio de colega só na hora do copo, de pagar a bebida. Depois que você tá arrebitado, eles não quer nem saber de você. Então isso daí que tem que pôr na cabeça... Quer dizer, é nessas horas que a gente tem que pensar e ver que amigo de copo só, não adianta."

Em alguns momentos, Damião acredita ser capaz de controlar seu desejo pela bebida, dividindo com os colegas a responsabilidade pela sua

capitulação frente à tentação. Em outros, não está tão certo de conseguir resistir. Por experiência, sabe que é difícil, que necessita de ajuda, que a vontade nem sempre é suficiente para vencer o desejo, que muitas vezes a paixão é mais forte que a razão. E a paixão é vizinha da loucura...

Na verdade, duas questões aparecem entrelaçadas: o primeiro problema é como conseguir parar de beber e a seguir, permanece o segundo: será o alcoolismo é o único responsável pelas auto-agressões que pratica? Damião fica ambivalente: "*Se parar com a bebida, será que fica normal?*" e lança mão da noção matemática de porcentagem para transmitir-nos suas dúvidas e... sua ambivalência:

"Se eu não tocar na bebida, eu controlo. Que nem eu tô aqui dentro, eu tô sem beber e sem se machucar. Agora, se eu beber, provavelmente 50% eu vou se machucar. Porque é o efeito da bebida, o álcool me leva a dar um impulso maior. Eu, sem o álcool, eu não me machuco. Então se eu evitar o álcool, eu tô livre de se machucar, né."

"Eu tenho bastante amigo no hospital. Tem o Denizard, o Nivaldo, tem um bocado deles, né. O Nivaldo chegou há pouco tempo, ele veio por causa de bebida. A maioria é tudo alcoólatra, a maioria é por causa do álcool. (...) 50% do pavilhão é alcoólatra, né. De 80, acho que 40, 45 é alcoólatra. A maioria é alcoólatra, tem bastante. Agora vamos ver como é, se o pessoal do AA vem de novo. Pelo menos é uma hora que a gente passa e escuta o que eles dizem, a história deles; às vezes ajuda a gente também. A gente faz pergunta, né. Aquele problema que ele passou, a gente pergunta como foi eliminado. Cada um pergunta o que quiser. Depois que termina a reunião, cada um pergunta o que quiser, cada um pergunta uma coisa, né. Uma vez eu perguntei o que é o AA. O cara explicou prá mim que o AA é uma associação, que nasceu de alcoólatra mesmo, de pessoas que bebiam. O cara contou o caso dele, que ele bebia, batia na esposa, fazia isso, fazia aquilo. Ele fez o AA, ele parou totalmente com a bebida, freqüentou o AA muitos anos e não bebeu mais. Voltou tudo bem com a esposa, não tem mais aquilo que ele fazia com a bebida, né. Ele tirou o vício da bebida dentro do AA..."

Interpretamos que Damião, inconscientemente, não só acha que se beber existe 50% de probabilidade de atuar as auto-agressões, mas também teme sua "metade louca", seu duplo, e deste ele sabe que a psiquiatria não dá conta. Assim sendo, será que a Associação dos Alcoólatras Anônimos é realmente uma solução definitiva como ele gostaria que fosse?

Finalmente, após tantas ambigüidades e contradições que denunciam, ao mesmo tempo que mascaram, seu medo de ser identificado como louco,

Damião decide-se a fazer um teste, na esperança de encontrar uma solução definitiva para seu caso:

"Vou ver se é a bebida mesmo que leva ao impulso de se cortar. Tipo assim fazer um teste, porque sem a bebida eu não me corto, com a bebida eu me corto. Eu quero ver lá fora isso daí. Tem que fazer, porque a gente tem que fazer tipo um teste, se der bem, fica com aquilo, com aquilo que é bom prá gente. Se a gente se der mal, então aí não pode ser a bebida, né, aí pode ser outras coisas... Outras coisas que eu não sei, então só pode ser aquilo que eu falei, né... Eu acho, tenho essa opinião aí comigo. Deve ser, sei lá, apesar que ninguém acredita nisso. Eu acredito que existe porque eu já vi gente sofrer com isso aí. Já conheci uma menina que ela sofria disso aí. O ex-namorado dela fez um negócio prá ela que ela perdeu todos os cabelos, ela ficou da finura de um palito, ela ficou internada e os médico não descobria que doença que era. Depois que a mãe dela levou ela no centro, tudo, ela ficou boa. Hoje ela é casada, bem casada, recuperou todos os cabelos. Quer dizer, eu acredito porque já vi com os meus próprios olhos. Quer dizer, muita gente não acredita, os médico mesmo não acredita porque eles tem, sei lá, o Deus deles. O Deus deles é a medicina, que eles não acredita em nada, eles só acredita na medicação, não é verdade? Eu acredito primeiramente em Deus, né. À parte de Deus, eu acredito que existe essas coisa... Vamos ver, vou fazer esse teste aí..."

Assumindo que a bebida é um vício, Damião, neste momento, afirma que está a seu alcance eliminá-lo, embora em outras ocasiões não esteja tão certo assim. Abandonando a bebida, espera que os impulsos automutilatórios também desapareçam, uma vez que, no seu entender, é o "impulso da bebida" que desencadeia sua "loucura". E se isto não acontecer? Então, num esforço supremo para evitar o diagnóstico psiquiátrico de doente mental, afirma que só pode ser "coisa feita". Neste caso, só lhe resta recorrer à magia e Damião, para reforçar esta hipótese, relata o caso de uma conhecida sua, vítima de magia negra, que a medicina não conseguiu resolver e cuja solução foi encontrada num "centro".

Diante deste impasse, Damião coloca a medicina e a magia em pé de igualdade; tudo é uma questão de fé. Os médicos tem fé no seu Deus que é a Medicina, cujo poder benéfico se manifestaria na medicação. Damião "acredita" no Deus-Medicina mas, à parte, acha que também existem "outras coisas"... E para o que o Deus-Medicina e a medicação não tem solução, o Diabo e a magia podem ter. Falhando a Medicina, resta apelar para as forças ocultas; caso a razão não dê conta, é preciso recorrer ao irracional. Se o Bem é impotente para combater o Mal, este deve ser o novo aliado; se sua

"loucura" é provocada por macumba, Damião ainda tem uma chance: um pacto com o sobrenatural. A solução definitiva seria recorrer a um centro espírita para tentar desfazer a "loucura" que nele foi inoculada por um espírito maligno.

Mas ainda permanece uma condição para o teste de realidade que se propõe a fazer: abandonar a bebida. Será que sua vontade é suficiente para se sobrepor ao seu desejo? Empresa duvidosa e de difícil sucesso, porque o desejo é alimentado por imagens não conscientes calcadas no imaginário social, diluídas no seu discurso, porém extremamente poderosas enquanto agentes de comportamento. E será que Damião arriscar-se-ia a este teste? Caindo por terra o álibi da bebida, restaria o recurso ao Centro Espírita. Caso este também não solucione seu problema, o que lhe resta? Assumir a condição de "louco" ou "doente mental".

Observamos, no decorrer deste texto, o quanto Damião teme ser caracterizado como "louco" ou "doente mental", uma vez que isto implica em admitir um comprometimento irreversível das funções mentais gerado por uma doença orgânica. Resta dar uma espiada no "reverso da medalha": a atração que esta representação exerce pois, por pior que seja, parar de pensar também pode significar acabar com o sofrimento. É aí que reside o perigo porque desejo e medo fazem parte de uma mesma configuração, articulando-se numa relação dialética. O que Damião teme é seu próprio desejo e assim, a representação psiquiátrica da loucura assemelha-se à da bebida, sedutora e traiçoeira, salvação e perdição, que proporciona alívio, mas também leva à degeneração e à morte.

1.3.3 - Representações sobre a instituição psiquiátrica

A internação psiquiátrica representa para Damião, ao mesmo tempo, alívio para os sintomas de sua "doença" e punição pelo "vício" da bebida.

"No hospital a gente se trata, se recupera, né. Quer dizer, eu tenho a intenção de parar de beber. A Dra. N. mesmo falou que agora eu vou ficar um bom tempo. Mas, trancado direto, como eu tô trancado direto? Eu me sinto, apesar de tudo prisioneiro, sabe, vem mil coisas na cabeça, vem mil bobagens na cabeça... Bobagens que vem na cabeça é de fugir, de não aparecer mais. Às vezes eu tenho vontade de trabalhar, alguma coisa, de ajudar, fico pensando, mas ela tá me dando castigo, não vou ajudar ninguém não. Tem serviço lá, se tem que ajudar, eu ajudo. Mas às vezes eu penso: Não vou ajudar não, se ela tá me deixando preso desse jeito, eu não vou ajudar não... É um castigo, a gente

não tem liberdade, né. Que nem eu, eu fui criado na liberdade, né, eu acho que ficar preso aqui não dá, sabe, fico muito angustiado, passa mil coisas pela cabeça, penso em fugir, penso em ir embora e não voltar mais, mas, ao mesmo tempo, eu penso que eu preciso do tratamento. (Qual é o tratamento que você recebe aqui?) Só medicação, medicação prá tomar, medicação só... Pro álcool ajuda, né. Agora desse outro lado, eu acho que não... Mas dormir, eu durmo bem. Aqui eu me sinto bem no hospital. Aqui eu me sinto bem. Parece que quando eu venho prá cá é um alívio. Todo hospital que eu vou, eu me sinto bem, eu me sinto seguro, aqui eu não vou se machucar, eu tô seguro. Por que? Porque eu não vou ingerir a bebida alcoólica. Então, acho que me sinto seguro. Se eu sair lá fora, eu sei que qualquer coisinha eu pá, que eu sou o tipo de uma pessoa assim 'Oh Damião, vamos no bar ali tomar um negócio', eu não sei dizer não... Eu, prá mim, se eu disser não, vou ofender ele, então eu pego e vou. Aonde eu vou com ele, acabo bebendo. Só que ele não sabe depois o que vai se passar comigo. Tem uns que não sabe o que vai se passar depois. E acaba se passando tudo isso. Entendeu? Aqui eu me sinto seguro, eu não tenho a bebida. Eu tô sem a bebida, eu tô bem. Agora, lá fora, se eu sair, eu tenho certeza que qualquer coisinha eu vou pro bar."

Nesta passagem, Damião expõe com muita clareza sua ambivalência em relação ao tratamento recebido no hospital. Por um lado, a internação é vista como uma medida de proteção contra impulsos auto-destrutivos desencadeados pela embriaguez, uma vez que dentro do hospital, está a salvo da tentação do álcool. No entanto, embora admita o alívio obtido, sente-se castigado: *"Eu me sinto, apesar de tudo, prisioneiro"*. Sendo tolhido na sua liberdade de ir e vir, o tratamento assume também uma função correccional: *"É um castigo, a gente não tem liberdade"*. Damião revolta-se, nega-se a realizar atividades no hospital que poderiam aliviar o peso da ociosidade e pensa em fugir para escapar à punição que lhe desperta intensa angústia. Mas acaba reconhecendo alguns benefícios do tratamento e fica dividido. Para Damião, o tratamento, que se restringe à medicação, funciona para o alcoolismo, sendo porém ineficiente para *"esse outro lado"*, isto é, seu lado "louco". E ainda assim, funciona na recuperação do alcoolismo apenas como uma medida paliativa, porque saindo do hospital, Damião não consegue resistir aos apelos dos *"amigos de copo"*, nos quais projeta seu desejo de beber.

Afinal, para Damião no que consiste o tratamento durante a internação? Medicação para os sintomas orgânicos (desintoxicação), proteção contra a tentação da bebida e castigo para o "vício". A idéia de que o alcoolismo é simultaneamente uma doença e um vício reflete-se na

maneira como são tratados os alcoolistas, funcionando a exclusão como proteção e punição. Damião vê-se diante de um beco sem saída: fora do hospital é escravo de seus impulsos e internado é prisioneiro da instituição:

"Ela falou que meu tratamento vai ser prolongado. Falou: 'Sem licença'. Aí eu vou ficar aí até o dia que ela achar que ela deve me dar alta... Eu acho que ela tem razão, porque um pouco ela quer me guardar aqui, que nem ela falou: 'Eu quero poupar você, evitar o que acontece com você lá fora. Por isso que eu não te dou licença. Se eu te der licença, vai acontecer o mesmo. Você vai beber, vai fazer isso, vai acontecer'. Eu acho que num ponto ela tem razão, né. Afinal eu não tô preparado para sair lá fora. Acho que num ponto ela tem razão, então eu vou ficar aí até a data que ela quiser. E assim a gente toca o barco. Só que é duro, né, internação sem licença. Seria bom se ela desse uma licença, mas ela não quer dar licença, ela tem medo... Ela tem medo de eu se machucar, né. Eu falei prá ela que se eu não beber, eu não me machuco. Se eu beber, me machuco. Então ela falou: 'Eu acho arriscado. Você, qualquer coisinha, você vai beber. Eu acho arriscado, eu não vou te dar licença'. O que eu posso fazer?"

Por outro lado, Damião também transfere para a instituição, representada pela médica, a responsabilidade pela sua proteção e punição. Recebendo a punição de outrem, está protegido não só do castigo que infringe a si próprio, mas também da culpa pelo prazer que a bebida (ou as próprias mutilações?) lhe proporciona(m).

Assim, o hospital assume por Damião tanto o papel de controlar de seus impulsos, quanto o de refrear seus desejos. Travestidos em medo, aparecem dissociados e projetados na médica, que assume no seu imaginário o controle de seus atos e a posse de seus sentimentos. Toda esta manobra não consciente, compartilhada pela instituição, Damião nos conta a seguir:

"No hospital eu me sinto bem, no hospital não acontece nada. Agora é sair lá fora, pronto... Lá fora eu sinto vontade de beber, aí vai beber, né. Pode ser que no primeiro dia não aconteça nada, no segundo também, mas do terceiro em diante, eu tenho certeza que não passa..."

Continuando:

"Dessa vez eu vim sozinho mesmo. Achei melhor ficar aqui, mais seguro, né (suspira). Porque aqui eu não bebo, não se machuco. Se eu sair lá fora, eu vou beber, vou se machucar, então é pior. O jeito é ficar o tempo que a médica quiser, fazer o tratamento direitinho, de acordo com a médica e tudo bem. É o melhor, né. O plano que eu tenho é ficar bom, né, sair daqui, sair daqui recuperado, né, sem acontecer nada disso mais comigo de eu se machucar, nem beber, né. Porque aqui dentro eu não bebo, lá fora eu bebo. Então eu ficando um bom tempo aqui vai ser melhor prá mim. Então eu aproveito já saio daqui bom, sem a bebida. Se eu ficar aqui uns três ou quatro meses aqui dentro, acho que eu não bebo mais. Aqui não dá vontade de beber. Lá fora, através das amizade, as amizade, elas oferece a bebida, eu pego e vou beber. Aí eu me prejudico todo..."

"Aqui não dá vontade de beber", "lá fora eu sinto vontade de beber", sugerindo que só na presença da bebida seu desejo é despertado, desaparecendo quando esta fica inacessível. Então, por que Damião foge? Não seria também para satisfazer o desejo de beber? De qualquer forma, Damião ilude-se dizendo que o tratamento vai resolver seu problema apesar de saber, por experiência própria e observando a de seus companheiros, cujas internações se sucedem, o quanto é difícil a recuperação do alcoólatra. Negando a complexidade da situação, simplifica-a para aliviar sua angústia; afinal é preciso manter acesa a esperança de um dia levar uma vida digna.

Além do castigo da falta de liberdade, Damião queixa-se também da ociosidade e da ausência de atividade que tornam monótona sua estadia no hospital:

"Já falei prá doutora, fico o tempo que ela quiser aqui. Mas tenho que ter um pouco de liberdade também. Só ficar trancado dentro do pavilhão não é fácil não... Não tem nada para fazer. De vez em quando a gente vê televisão. Tendo uma atividade, fazendo uma coisa, fazendo outra, ajudando, né, tudo bem. Aí é bom porque a gente distrai a mente, não põe muita coisa na mente, né. Você pensa em ajudar, que nem eu, eu ajudava bastante aqui, agora ela me proibiu, tô proibido agora porque eu fugi, mas eu fugi porque eu fui prá casinha, tava aquilo limpo. Vou falar prá ela na semana que vem que eu não vou mais fugir, que eu quero ficar em tratamento prá ver se eu consigo parar com essa bebida, que eu quero parar de beber".

Mais adiante complementa:

"...Ela falou: 'Você sabe se controlar? Qualquer coisinha você já vai beber'. Então ela falou: 'Se por qualquer motivo você vai beber', então ela não pode me dar licença. (E o que você acha?) Eu acho que ela tem razão nesse ponto aí. Mas é duro ficar, não sei, sem licença. Visita tem, mas assim só trancado, trancado no pavilhão o dia todo? Se ao menos tivesse uma atividade prá mim fazer até seria uma boa, né. Que nem ela propôs prá mim, ela falou que tá vendo uma atividade prá mim fazer, mas não diz nada. Qualquer negócio, ajudar aí, qualquer serviço, qualquer coisa, qualquer atividade, serviço ou ajudar o pessoal aí, Eu só não quero ficar trancado no pavilhão o dia todo. Ao menos distrai a gente e a gente ajuda os outros. Isso ajuda a gente também porque isso aí é uma terapia ocupacional que chama, né. Nas Clínicas eu fazia isso daí, fiquei sete meses lá. Lá eu ajudava o pessoal, ficava nas visita ajudando. Quando tinha visita ajudava a enfermagem, entendeu? Quer dizer isso distrai a gente, ajuda a gente. Agora aqui, ficar só trancado, do café prá cama, da cama pro café. Porque não tem nada, fica o dia inteiro um olhando prá cara do outro. Ultimamente tá sendo assim. Tomar café, assistir um pouco de televisão, enjoa da televisão, vai pro quarto, enjoa do quarto sai de novo. É assim, o dia todo assim. Falta atividade, não tem nenhuma atividade. Antigamente tinha TO, mas agora não tem mais nem a TO prá gente fazer trabalho, não tem nada. Quer dizer, fica parado, né. Isso aí a gente evita ficar parado o dia todo. Janta, dá um intervalo, vai prá televisão. Da televisão vai pro quarto. A gente acaba ficando acamado o dia todo, sem ter nada o que fazer, né, acaba ficando acamado... Antigamente eu ficava, no começo eu ficava deitado, depois não. Eu falei: 'Isso aí vai viciar o corpo, o negócio é atividade'. Às vezes eu ajudo dar banho ni um, trocar um, levar a roupa, às vezes eu ajudo a mulher da rouparia. Mas que nem agora, a última vez que eu fugi, a doutora tá me deixando trancado porque eu fugi. Ela perdeu a confiança porque eu fugi. Mas, logo, logo, ela pega confiança de novo. Eu espero, né (ri), porque ficar desse jeito trancado não dá. Eu acho que ela vai chegar num acordo. Mas eu fugi mais..., que nem eu falei, às vezes a gente fica assim trancado, trancado, quando você pega certa liberdade, então vem na mente sua de fugir. Isso aí é qualquer um, vem na mente de qualquer um que tá aqui dentro, né, ou em outro hospital. Fica trancado o dia todo, quer dizer que você pega um pouquinho de liberdade, a primeira coisa que vem na sua mente é o que? É a fuga, né. Mas não resolve nada porque vai, acaba voltando. Quer dizer, não resolve nada a fuga.(...) Ah, sei lá, tô meio indeciso com esse tratamento meu, tá meio parado, né, sem atividade nenhuma sabe? (...) Atividade aquece, né"

A questão da atividade tem vários desdobramentos. Em primeiro lugar, como diz Damião, *"atividade aquece", "a gente distrai a mente"*, representações estas que descendem da noção de que exercitar o corpo descarrega as tensões e "evita maus pensamentos". Seus fundamentos estão na idéia, herdeira da filosofia espartana, de que a mente sã habita o corpo sadio (*"mens sana in corpore sano"*), muito em voga na psiquiatria do início do século representada, no Brasil, pelo Dr. Franco da Rocha e ainda hoje atuante no imaginário popular. Segundo esta concepção, a saúde física e mental estão intimamente relacionadas, ou seja, promover a primeira resulta necessariamente num incremento da segunda, ao mesmo tempo que o comprometimento de qualquer uma delas reflete-se na outra. Daí resulta o conceito de "loucura" como equivalente à doença mental de origem orgânica. Esta idéia, posteriormente, desdobrou-se na teoria da degenerescência da raça, essencialmente moralista, de acordo com a qual a loucura é um transmissível geneticamente, sendo que os descendentes pagam com esta "doença" pelos erros e vícios praticados por antepassados (Morel). Lembramos que tal teoria, mesmo carente de qualquer comprovação científica, foi usada com fins ideológicos, tendo alimentado, inclusive, os ideais da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundados na psiquiatria alemã em vigência durante a época do nazismo (Costa, 1981).

Em segundo lugar, remete à representação do doente mental como um ser improdutivo e inútil para a sociedade. Numa sociedade burguesa e capitalista, aquele que não produz é considerado incapaz, não sendo reconhecido como membro atuante e participante (Foucault, 1972 e 1975). Daí decorre a concepção de que o trabalho, atividade útil e produtiva, auxilia na recuperação das perturbações mentais, noção esta já presente entre os primeiros alienistas. Damião reclama sua identidade de trabalhador, ao mesmo tempo que endossa representações de que o trabalho é o tratamento que garante sua reinserção na sociedade. Além disso, provando que pode ser útil, distancia-se da representação de "doente mental" que tanto teme: *"Ao menos distrai a gente e a gente ajuda os outros. Isso ajuda a gente também, porque aí é uma terapia ocupacional que chama, né"*.

Assim sendo, no ideário burguês, os impulsos sexuais e agressivos devem ser administrados a fim de reverter em atividades produtivas e úteis (Foucault, 1985). O vício, e talvez a loucura, entendidos como uma busca declarada do prazer, são inadmissíveis constituindo uma afronta aos ideais burgueses, porque implicam numa má administração dos impulsos. É preciso submetê-los ao controle da razão, jamais deixar-se levar pela emoção e pela

paixão, uma vez que neste caso, os atos conseqüentes não reverterão em produção e utilidade. Como diria Freud, os impulsos precisam ser sublimados.

No entanto, a seguir, Damião aponta para um paradoxo fundamental: a sociedade exige produtividade e o hospital oferece ociosidade, estimula a passividade. No hospital, Damião limita-se a comer, dormir, tomar remédio, assistir televisão e, desta forma, sente-se prisioneiro da instituição que, em princípio, deveria promover sua recuperação. É, na melhor das hipóteses, uma casa de repouso: *"A gente acaba ficando acamado o dia todo, sem ter nada o que fazer"*. E conclui: *"Isso aí vai viciar o corpo, o negócio é atividade"*, sendo o vício da bebida substituído por outro, o da ociosidade, estimulado pela instituição. Deste modo, Damião é submetido a uma dupla mensagem: teoricamente a recuperação da doença e do vício deveria ser promovida pela atividade produtiva e útil, mas, na prática, a instituição oferece a inatividade. Como dizia Foucault, o hospital psiquiátrico é, por excelência, o lugar da produção da loucura, ainda que à primeira vista proponha-se a curá-la.

Similarmente à postura ambígua adotada pela instituição, Damião, ainda que reclame da inatividade e da falta de liberdade, quando lhe é oferecida a oportunidade de ser útil dentro do hospital e de beneficiar-se de certa liberdade, logo pensa em fugir. Fecha-se o círculo vicioso: Damião adquire certa liberdade dentro do hospital na medida em que se mostra prestativo no cuidado com outros paciente. Entretanto, de posse desta, utiliza-a para fugir. *"Mas não resolve nada porque vai e acaba voltando"* e a estória recomeça, repetindo-se novamente. E a cada vez, a marginalização social se acentua, até o dia em que não tendo mais para onde ir, Damião fixe residência definitiva no hospital ou *"aconteça o pior"*.

1.3.4 - Observações finais

Destaca-se, tanto nas representações que Damião elabora em relação a si próprio, como naquelas referentes à etiologia e ao tratamento da loucura e do alcoolismo, a presença constante de uma divisão meio a meio, revelando uma dialética não superada entre dois opostos.

Assim sendo, usando suas próprias alusões ao conceito de percentagem, para Damião o alcoolismo é 50% vício, 50% doença; a loucura, 50% doença e 50% obra do demônio; as automutilações, 50% "impulso da bebida", 50% loucura; a bebida, 50% inferno, 50% paraíso; 50%

salvação, 50% perdição; a solução para seus problemas deve ser buscada 50% na Medicina, 50% na Magia; 50% em Deus, 50% no Diabo; a instituição psiquiátrica traz 50% alívio, mas também é 50% castigo; a autoria das automutilações é 50% assumida por ele e 50% atribuída à incorporação de espírito maligno. Isto sem falar no fato de Damião ter um irmão gêmeo, uma metade destacada de si, talvez o suporte para a projeção inconsciente de seu duplo.

Nesta dialética entre a vida e a morte, entre a esperança e o desespero, as automutilações cumprem seu papel, pagando tributo a ambas.

2 - ISABEL

*"Me disseram que ela foi vista com outro
num fuscão preto pela vida a rodar
e bem vestida igual a dama da noite
cheirando álcool e fumando sem parar
Meu Deus do céu, diga que isto é mentira.
Se for verdade, esclareça por favor.
Daqui a pouco eu mesmo vi o fuscão
e os dois juntos se desmanchando de amor*

*Fuscão preto, você é feito de aço,
fez meu peito em pedaços
também aprendeu matar.
Fuscão preto, com seu ronco maldito,
meu castelo tão bonito, você fez desmoronar"
(Atílio Versutti & Jeca Mineiro - "Fuscão
Preto")*

2.1 - Apresentação

Isabel é uma paciente com idade estimada entre 35 e 40 anos que foi trazida ao hospital por policiais, encontrada perambulando pelas ruas em péssimas condições de higiene, em estado de confusão mental, sem noção sequer da sua própria identidade. Internada no HPSUS foi "batizada" pelos funcionários como "Isabel", nome pelo qual atende até hoje.

No ato da internação seu quadro é diagnosticado como "psicose esquizofrênica", com a seguinte sintomatologia: pensamento desconexo, incoerente, desagregado, delirante, ainda que distúrbios senso-perceptivos estejam ausentes. Entre as afirmações que faz na ocasião, diz que não tem nome, que *"esse corpo não é meu"*, que ainda não nasceu, que está no ventre da mãe e que sua cabeça está cheia de algodão. O exame clínico sugere uma possível gravidez, que posteriormente é confirmada.

Nos meses seguintes à internação Isabel fornece nomes diversos ao Serviço Social e apresenta-se, segundo dados fornecidos pelo prontuário, agitada e insone, o que se acentua com a proximidade do parto. Sete meses depois de internada, Isabel dá à luz a uma menina dentro do HPSUS, sendo transferida com a recém nascida para um hospital geral, de onde retorna no dia seguinte sem a criança, que fica sob a guarda da Vara de Menores.

Ainda de acordo com o relato da enfermagem, depois do parto Isabel passa a atuar agressivamente em diversas ocasiões, chegando a quebrar vidros sob o comando de vozes. Fica andando à noite pelos corredores, gritando e pedindo para ver sua filha. Os episódios de agitação com liberação de agressividade se sucedem e, nestas ocasiões, Isabel chega a solicitar à enfermeira que a amarre, gritando que sua vida não tem sentido. Com o tempo, Isabel acalma-se, ainda que continue, esporadicamente, sujeita a mudanças bruscas de humor.

O Serviço Social depois de tentar, sem sucesso, identificar Isabel com base nas informações por ela fornecidas, registra queixa no DEIC. Policiais comparecem ao HPSUS para recolher sua impressão datiloscópica, não tendo sido encontrada até o momento qualquer indicação da real identidade desta paciente.

Cerca de um ano após a data de internação, Isabel informa ao Serviço Social que se chama M.I.O., fornece dados completos sobre sua família e um endereço para o qual é enviada correspondência, mas que retorna por não ter sido localizado o destinatário. No entanto, Isabel continua afirmando que este é seu verdadeiro nome.

Segundo a enfermagem, Isabel é a "mascote" do hospital. Gosta de participar das atividades recreativas e, na última festa junina promovida pelo sanatório, dançou a quadrilha vestida de "noiva", acontecimento que ficou registrado numa fotografia. Sua médica a considera um caso crônico do ponto de vista clínico, sem expectativas de melhora, o Serviço Social ainda que se empenhe, já perdeu as esperanças de localizar sua família e os funcionários em geral já a incluíram no "folclore" do hospital, identificando-a como "Isabel, a desconhecida".

2.2 - A história de Isabel:

A narrativa que Isabel faz de sua vida durante as entrevistas, não obedece a referências ordenadas cronológica ou logicamente. Ao contrário, os fatos a que se refere aparecem como "flashes" de diversos momentos e situações marcantes de sua vida, estando, muitas vezes, intensamente coloridos pela fantasia.

Inicia seu discurso referindo-se à internação:

"Minha mãe queria me pôr num hospital. Eu fiquei na rua, não sabia o que tava fazendo. Ela me chamava prá tomar café, vir prá casa, eu ia. Ela falava: 'Não fica na rua.' Mas ela não soube me levar, eu fiquei na rua... Eu tava ficando invisível, meu pé tava ficando invisível, tava ficando fantasma já. Eu pensava que tava, mas não tava. Só pensamento, nunca aconteceu. É pensamento, a gente vê coisa mas não é verdade, é tudo doença. O pé, eu não tava vendo porque eu tava doente... Eu pedia comida nas casas, um cachorro me mordeu, eu tomei ônibus, eu fui atropelada e me atirei nos carros. Fui atropelada, o carro me atropelou, deu uma batida mas só me deu dor intestinal, foi só... O carro deu uma batida que eu voei longe. Ele falou: 'Você quer morrer?' E foi assim, o carro me deu uma batida e me jogou na grama. O homem parou o carro e daí falou de me levar para o hospital. Eu falei: 'Não precisa não.' E levantei toda dolorida, peguei minhas coisas e continuei andando. Deitava na calçada, dormia lá mesmo, pedia um pão. O homem me dava café com pãozinho. Eu queria voltar para casa mas tava muito longe, não conseguia tomar ônibus. Ficava abandonada e saía prá namorar. Minha mãe falava: 'Não quer ir logo prá casa, não termina o namoro?' Agora eu não conheço mais dinheiro, não sei quanto custa o ônibus, não sei quanto custa o café com pão. Eu não sei mais, minha cabeça não ajuda mais. Eu tô muito velha."

Em meio a um relato desordenado, Isabel conta que a mãe insistia em levá-la para casa ou interná-la num hospital. Isabel não a atendeu e preferiu

ficar andando pelas ruas, mendigando. Não via seu pé, achava que estava ficando invisível, transformando-se num "fantasma". É possível entender esse dado como uma metáfora do seu estado psíquico: por um lado, tinha "perdido o pé", isto é, perdido o contato com a realidade e, por outro, sentia-se um fantasma porque ninguém a "via", ninguém lhe dava atenção, era como se já não existisse mais. No entanto, Isabel interpretava suas vivências como decorrentes de uma "doença" porque *"não sabia o que estava fazendo"*. Retomando suas palavras: *"Mas era só pensamento, nunca aconteceu. É pensamento, a gente vê coisa, mas não é verdade. É tudo doença"*. Assim, desde o início, Isabel assume-se como "doente mental", sendo que os contratempos e sofrimentos pelos quais passou enquanto vivia perambulando pelas ruas (inclusive a tentativa de suicídio), são despidos de significado subjetivo e entendidos como meros sinais ou conseqüências da "doença".

Inquirida sobre sua origem, Isabel conta que foi entregue por sua mãe verdadeira para uma outra senhora, chamada Josefina, que a criou e registrou como filha:

"Eu nasci no Socorro, a minha mãe, uma senhora gorda, teve eu no Socorro, aí foi embora. Ela não criou eu. Fiquei com uma senhora. Só me lembro quando uma senhora pegou eu na igreja, na porta da igreja, eu era pequenininha, acho que minha mãe deixou eu na porta da igreja. Eu nasci, nasci né, minha mãe foi ter eu no Socorro. Era escrava, tava no meio de escravos... Eu dentro da barriga dela, já falava. Falava prá minha mãe: 'Eu quero nascer'. Porque eu sou vidente. Porque eu sou vidente, eu já falava dentro dela. Nasci vidente, sou vidente. Eu sei as coisas antes de..., eu adivinho as pessoas que vão embora, eu sei as coisas que vai acontecer. Eu sou vidente.

Fiquei morando no Socorro. Minha mãe teve eu e foi embora. Daí fiquei na casa dessa senhora que chamava Josefina ficou comigo, a filha dessa senhora muito caridosa."

Isabel conta que foi abandonada recém-nascida por sua mãe na porta da igreja, sendo criada por uma senhora "caridosa". As imagens que associa ao seu nascimento são marcadas pela idéia de escravidão e permeadas por um pedido de socorro, anunciando um destino de abandono e rejeição. Isabel fica à mercê da caridade alheia; não é objeto de amor e sim, de caridade. Diante de tal panorama, lança mão de um mecanismo de compensação: imagina-se dotada de um dom especial, a "vidência", que, por sua vez, acaba inserido no mesmo contexto desalentador: *"eu adivinho as pessoas que vão embora"*.

Continuando:

"Acontece que a minha mãe de verdade não me queria, né. Ela não fica triste de eu contar, né... Minha mãe de verdade era uma outra. Deixou eu pequenininha e foi embora. Ela teve eu e aí foi embora. Deixou eu com uma senhora, ela me criou. A mãe dela morava na fazenda, tirava leite de vaca prá eu tomar, naqueles caldeirão. Mandava doce, mandioca da fazenda, as coisa vinha tudo da fazenda. Era uma casa grande com cinco tias, quatro tias e cinco tios e três primas e meus primos. Ela chama Josefina, a mãe B. e a pai P.O., o pai dela. Eu sou M.I.O. Eu fiz 42 anos agora, o mes passado. Ela morava no Socorro, agora tá morando em Suzano, com a filha dela em Mogi das Cruzes. Ela morou em Suzano, na casa do pai de santo. A filha dela é casada com ele. Então minha irmã mora em Mogi das Cruzes, minha mãe mora na Vila Jóia."

"Eu fui criada no Socorro. No Socorro, a dona da casa chamava Anita... Minha mãe morava do lado. Ela trouxe a bagagem, trouxe tudo. Depois que a minha avó morreu, a minha mãe trouxe papagaio, trouxe tudo. Depois a minha mãe casou a segunda vez com um rapaz chamado José."

As recordações de sua infância estão ligadas à família da senhora que a criou, aos lugares onde morou, associando os fatos de modo superficial e confuso, usando-os como pontos de referência despidos de colorido afetivo, expondo estes eventos descritivamente e situando-se como espectadora de sua própria vida. A lembrança mais marcante de sua infância é, a seguir, relatada por Isabel em diversos momentos das entrevistas e diz respeito a uma suposta operação realizada por seu pai, ou a mando deste, destinada à mudança de sexo.

"...Da operação que meu pai fez, não lembro mais... Me operou embaixo... Não sei, operou embaixo, operou o sexo. Eu tinha dor embaixo, ele operou embaixo na casa da minha mãe. Não foi meu pai, foi meu tio que me operou, meu tio Zé Carlos. Não sei contar; eu sou doente, eu não sei contar. Acho que meu pai operou e eu era outro corpo, eu não sei. Não era outro não, era esse mesmo. Ele me operou, só foi isso só. Eu tava na escola, no pré infantil, tinha amigas, brincava com elas. Eu tenho um botãozinho, mas eu sou menina, não sou menino não..."

"Antes eu era menino, meu pai cortou. Acho que fui menino até 6 anos, não lembro bem. Meu pai cortou, ele operou com injeção, com uns aparelho. O pipi tava doendo, o meu pai cortou, não sei porque. Ele achou melhor ele cortar, ele cortou fora. Fez plástica e eu fiquei com sexo de mulher."

"Lembro que eu gostava de brincar de casinha. Sabe o que aconteceu? O meu pai, eu nasci menina, né; o meu pai então fez operação em mim, pôs pipi, implantou e depois ele cortou fora de novo. Porque eu não sou homem, eu sou mulher. Ele fez operação em mim, eu era pequenininha. Ele chamou os enfermeiro para operar, deu injeção e cortou fora. Ele me tirou uns tempos da minha mãe de verdade. Meu pai de verdade chamava Zé Carlos e minha mãe chamava Dinha. Mas eu não chamo de pai não, chamo de tio. Ele não deixa eu chamar ele de pai, eu chamo ele de tio. Morei com a minha avó, essa senhora que me criou eu. Conheci a mãe da minha mãe de verdade, conheci minha mãe. Ela não falava: 'Eu sou sua mãe e ele é seu pai'. Eu que vi eu nascer, eu lembro que eu tava dentro da barriga dela, ela foi chegando para ganhar eu... Eu lembro de quando eu fui nascer. Então ela entrou na casa da D. Benedita, no Socorro. Ela entrou lá dentro e teve eu lá dentro. Eu não tinha pipi mesmo; meu pai pôs e cortou fora. Veio com uma pastinha assim. Eu, na cama, chorando, ele que operou eu..."

Quem é Isabel? Quem são seus pais? Isabel desconhece sua ascendência, desconhece sua identidade sexual. No entanto, uma recordação traumática está sempre presente: o pai a teria operado, alterando seu sexo original. Um pai que não é pai, é tio e que, num outro momento, passa a ser seu verdadeiro pai, embora este negue o fato. A imagem é de uma criança chorando na cama, vítima de violência sexual masculina. Isabel fala de uma mudança de sexo; fantasia de castração ou recordação encobridora de uma realidade terrível? Fragmentos de uma cena de estupro e incesto? Meras fantasias? Nunca saberemos ao certo. O que sabemos é que dois elementos básicos para a constituição da sua identidade estão seriamente comprometidos: sua origem e seu sexo. Para Isabel, ambos os atributos não são inerentes à pessoa e sim, cambiáveis.

Outra lembrança relativa à sua infância refere-se a um convento onde convivia com freiras:

"Eu lembro que eu tive no convento com as freira, rezava. Eu vestia um vestidinho branco com três aninho, né. Olha, eu nasci menina e o meu pai, ó, implantou esse pipi ni mim. Eu nasci menina. Quando eu tava no convento com três aninho, eu corri com esse vestido branco. Eu era branca, de olhos azuis, cabelo loiro. Mas minha mãe ficou tomando conta de mim e agora eu sou mulata. Eu sou loira de olhos azuis e fiquei preta, meu cabelo ficou assim e eu fiquei dessa cor... Mudei quando eu fui morar com ela, fiquei dessa cor. Ela achou melhor ficar dessa cor... porque ela é de pele escura..."

"Eu morava no convento com elas (freiras). Elas cantava assim prá mim: 'Pequenina do coração..., você vai crescer, pequenina, pequenina. A luz dos seus olhos derrama a luz das estrelas, você vai crescer, pequenina, pequenina. O seu vestidinho branco é uma ... em você, você vai crescer, pequenina, pequenina.' Depois dos três anos, minha mãe tirou eu e eu voltei com ela. Eu não lembro quem tirou eu. Me contam que foi essa senhora e eu fui ficando com ela..."

Desta vez é uma lembrança terna e agradável: as freiras cantavam para Isabel, que se imagina uma menina branca, loira e de olhos azuis usando um vestido branco. Mas Isabel cresce e tudo muda: abandona o universo exclusivamente feminino, é transformada em menino pelo "pai" através de um "implante de pênis" e tem a cor da pele, do cabelo e dos olhos magicamente modificada pelo desejo materno. Como a origem e o sexo, as características físicas também são, para Isabel, qualidades que podem ser modificadas. Abandonando o "paraíso" do convento e penetrando no mundo pagão, onde convivem homens e mulheres, Isabel conta que adquire um pai e uma mãe, os quais, no entanto, transformam totalmente sua identidade: a menina loira torna-se num menino negro. Assim, desejo e realidade misturam-se fantásticamente, tendo como resultado uma identidade mal estabelecida tanto em termos das origens e dos traços étnicos, como das características sexuais. Isabel perde a si mesma e não mais é capaz de reencontrar-se; indubitavelmente, as inúmeras dificuldades que a vida colocou em seu caminho contribuíram decisivamente para sua atual condição. Isabel torna-se uma mutante.

Associadas à atmosfera religiosa, surgem inesperadamente recordações ligadas à primeira relação sexual, ocorrida aos 18 anos, da qual decorre sua primeira internação em hospital psiquiátrico:

"Quando eu era pequenininha, estive no convento, nas festas da igreja, ajudava a arrumar a igreja prá missa. Ajudava o padre a arrumar a igreja. Ele mandava arrumar a igreja, limpar, arrumava a mesa do padre fazer a missa, arrumava os papel da missa, a hóstia... O convento é bom, é santo, é onde fica as santa, né. As freira, né, são santa, né. São puras, são santas, são servas de Deus. São puras porque Deus é puro... Eu não sou pura, eu me perdi. Não casei, me perdi ainda menina, né... com dezoito anos. Foi um rapaz chamado Juvenal, foi numa favela. Vi ele no ponto de ônibus, fui prá favela, tive lá na casa dele uns dia e ele teve relação comigo. Aí minha mãe me internou depois que eu tive a primeira relação com ele. Eu contei prá minha mãe e ele me internou. Aí minha mãe começou a me internar também. Foi depois que eu me perdi ... porque eu tava doente, ela descobriu que eu era doente..."

Se à santidade está associada a pureza, à sexualidade estão associadas a perdição e a doença mental, ficando implícita a idéia, exposta de modo confuso e tortuoso, de que o pecado leva a loucura. Depois da primeira relação sexual, a mãe começou a interná-la porque "*descobriu que eu era doente*". Isto remete à noção de que a doença mental pré-existe no indivíduo, podendo permanecer escondida durante muito tempo, até que um acontecimento a desmascare. No caso de Isabel, esta noção está claramente impregnada de preconceitos relativos à sexualidade: a mulher que "se perde", não está em seu juízo perfeito e "perder a inocência" equivale a perder a si própria. Loucura e sexualidade caminham juntas no caso da mulher, sendo que a manifestação da segunda torna-se um indício da presença da primeira. Neste caso, também as noções de pecado e doença estão superpostas, aglutinando assim representações moralistas e médicas sobre a loucura, ambas atuando enquanto instâncias repressivas e punitivas da sexualidade feminina.

Continuando:

"A primeira vez que me internaram, eu tava com o Juvenal, um rapaz. Eu encontrei com ele... A primeira vez, eu era virgem. Pertenci a ele, ele me internou. Não sei porque ele me internou. Depois disso... minha mãe me internou, me pôs na Hospital V. M. Ele me visitava e dizia que eu ia voltar prá minha mãe. Eu, com saudades dela, voltei. Eles depois aí não me quis mais. Eu era moça, se perdeu. No começo, muita coisa ela levou prá mim: doce, roupa, comida, ela e a minha irmã".

"No começo, muita coisa ela levou prá mim...", depois progressivamente Isabel é abandonada pela família e segue sua carreira de "doente mental", confirmando sua "sina" de viver à margem da sociedade, solitária e rejeitada. Tudo se encaixa no entendimento de Isabel. Do nosso ponto de vista, no entanto, devido a uma série de circunstâncias que envolvem seu nascimento e suas vivências infantis, carregadas de desamor e violência, Isabel é levada a atualizar no seu comportamento uma série de representações socialmente construídas, impregnadas por preconceitos, que a encaminham ao suposto destino de "doente mental".

Segundo o relato de Isabel, depois da primeira internação, outras se seguem em diversas instituições psiquiátricas públicas e nos intervalos entre as internações, mantém relacionamento com vários homens e torna-se mãe de três meninas cuja vida, ao que tudo indica, segue desde cedo as pegadas do destino materno:

"Tive três meninas, eu namorei com o Walter. Meu segundo namorado foi o Carlos. O Carlos, eu conheci... e a minha filha com ele chama Rita. Não, a segunda chama Teca e a terceira chama Cíntia. Ela, eu tive quando fiquei na rua. Aí eu tive ela quando eu vim pro hospital. Ela nasceu normal. Eu tava dormindo na rua, dormindo nas calçada, não queria ir prá casa. Uma senhora me trouxe eu prá cá. Já estou aqui há dois anos... Faz um ano que a menina nasceu, ela nasceu em novembro, a Cíntia; eu gosto muito do nome de Cíntia. Diz que tá com a minha mãe, a minha mãe levou, agora eu não sei..."

"Minha família não me quer, elas não me querem. A minha filha também deve estar sofrendo com ela. A minha filha diz que ela bate nela por causa da minha irmã. Minha filha diz que apanha dela na rua... A minha filha mais velha tá comigo. Teca, ela deu pros outros cuidarem. Até agora eu não vi a Cíntia que eu deixei no berçário, quem tá com ela eu não sei, que ela não veio me ver. Dois anos já que eu tô aqui... A Cíntia nasceu tão bonitinha, desse tamaninho, linda, perfeitinha, branquinha, bonitinha nasceu. Já tá andando, falando, não vi mais ela. Às vezes eu penso nela, outro dia eu chorei de saudades. Eu queria pegar ela no colo uma vez, dar banho, trocar roupinha... Mas ela falou prá mim ficar na rua... A minha mãe mandou eu sair, passear, fomos até a estação, eu falei prá ela que eu queria ficar na rua, tomar ônibus, viajar... A minha mãe quis que eu voltasse prá casa e eu não quis voltar, quis ficar na rua... Tomei o ônibus, fui parar em, fui deitar na calçada, ia na padaria, pedia pão, café, tomava... mas não tinha relação com homem não. Foi só um deitar comigo, desceu do ônibus e fez criança... Ele desceu do ônibus e deitou em cima de mim e fez a Cíntia. Aí eu comecei a andar, ele foi embora, não falou nada. Nem pensei em nada..."

De acordo com Isabel, somente a mais velha de suas três filhas ficou na família e, ainda assim, é maltratada por D. Josefina; a segunda foi entregue a cuidados de terceiros e Isabel não tem notícia do paradeiro da última, gerada acidentalmente num contato sexual com um homem desconhecido. A família não a quer, nem a suas filhas mas, diante desta idéia, Isabel recua e passa a culpar-se pela separação da mãe: esta a queria, foi Isabel que *"quis ficar na rua"*, porque parece-lhe muito terrível assumir a rejeição e abandono da família. Ao relatar esses fatos, a afetividade de Isabel se retrai, manifestando-se unicamente em relação filha Cíntia, que viu apenas recém-nascida. Em relação à família, Isabel parece guardar uma grande mágoa que procura camuflar por meio de um discurso descritivo e contraditório.

Além disso, é patente a atitude passiva de Isabel frente aos acontecimentos de sua vida, sendo que sua rebeldia expressa-se apenas na

opção por uma existência andarilha para fugir à prisão da instituição psiquiátrica. Não vê outra saída.

Outras recordações esparsas surgem no decorrer das entrevistas, intercalando Isabel reminiscências infantis e lembranças de acontecimentos mais tardios, isto é, entrelaçando passado remoto e recente:

"Eu tive no pré-primário, no 1º ano, 2º ano, 3º e 4º ano. Repeti o 1º ano, mas depois passei. Fiz o 2º, 3º e 4º ano. Depois fui para a 5ª série junto com a meninada. Mas não pude continuar porque era muito caro. Então fiz pela televisão, madureza, né. Depois foi muita judiação, muito choque na cabeça.. No Hospital V. M. todo dia eu tomava choque, mas não adianta, não adianta, eu não fico boa..."

"Depois eu aprendi corte e costura, fiz roupa prá mim, né, trabalhei no Brás com produtos... quando eu tava esperando a Rita, né. Lá tinha uma banheira grande lá, eu lavava a banheira, dormia no quartinho lá no fundo. Quando eu sai lá do quarto, comprei um bolo, comprei um disco. Eu nem sabia que tava grávida. Quando eu sube que tava grávida, eu pedi a conta do serviço e fiquei em casa. Fiquei em casa esperando o nenê nascer, gerar, né. Eu ficava com vontade de tomar um sundae. Comi tanto chocolate quando tava esperando a Cíntia e então a Cíntia, eu acho que nasceu com chocolate, de tanto chocolate que eu dava prá ela. Agora, quando eu sair daqui eu vou tomar um sundae de chocolate..."

Isabel conta que fez o curso primário e abandonou os estudos porque era *"muito caro"*. Depois continuou estudando por conta própria, mas acabou interrompendo os estudos porque acha que atualmente não tem mais condições de aprender, devido à *"judiação"* e aos eletrochoques. Relata também que trabalhou como doméstica, tendo abandonado o emprego quando soube que estava grávida e ficado em casa *"esperando o nenê nascer, gerar"*. Nesta ocasião comeu muito chocolate, o que, segundo Isabel, explicaria a cor da pele de sua filha.

Basicamente são estes os fatos narrados por Isabel sobre sua vida. Durante as entrevistas, sua história foi relatada de modo descontínuo estando repleta de lacunas, assemelhando-se ao "trailer" de um filme, que focaliza alguns acontecimentos e os destaca do contexto geral. Estes fatos, quase sempre tingidos de forte colorido fantasioso, referem-se a traumas afetivos e sexuais, embora a repercussão emocional destes não se manifeste claramente. Os vínculos afetivos apresentam-se frágeis e superficiais e as perdas afetivas acumulam-se durante sua existência: da

mãe verdadeira, da mãe adotiva, das filhas e, finalmente de si própria, ao assumir a identidade de "desconhecida".

A questão da negação da identidade pessoal e sexual é expressa eloqüentemente em sua produção gráfica realizada no decorrer de nossos encontros. Transcreveremos, a título de ilustração, as associações de Isabel a partir dos desenhos de dois personagens: o gato-lebre e o coelho.

"É gato, né, gato e lebre, gato-lebre. É gato-lebre; esse gato aparece sempre no telhado, né, na minha casa. Não tem braço, tem o braço cortado. Ele me assusta muito, o gato. Tenho medo dele, ele é preto e aparece sempre no telhado. Na casa que a gente morava, ele aparece... O braço dele é cortado assim, sem o pelo. É ele mesmo, esse gato que aparece prá mim. Acho que é a minha irmã, ela cortou o braço, ela cortou o braço do gato, quebrou o braço, judiou dele, a minha irmã. Eu fico assustada. Ele aparece no telhado, fica no telhado da minha casa, ele pula no muro, atravessa assim, no quintal da minha casa e me assusta. Ficava bem na porta do meu quarto; meu quarto dá para fora. Tinha a cômoda, a penteadeira, a cômoda e o criado-mudo, o guarda-roupa, a televisão fica em cima da cômoda e o radinho assim do lado. O sapato, as roupas na cômoda, a minha cama, a garrafa de água, o copo, meu baton, o pó de arroz, o espelho, o pente. Na gaveta tinha os tricô, as calcinha, as meia..."

"Agora vou fazer um coelho. A cenoura é amarela, né? ... O coelho, quando eu era criança, minha madrinha me deu um coelho de espuma, sabe? Minha madrinha me deu um coelho de espuma, com uma cenoura na mão. Eu brincava com esse coelho, brincava em cima da cama, enfeitava ele. Eu brincava de casinha, eu brincava com ele. Prá mim, coelho é um bicho que come muita cenoura. Depois vem os dentes da moça, a moça, quando aponta os dentes assim nela, aponta a pinta. Quando aponta a pinta, a mãe dá a primeira cenoura prá ela comer. A pinta, né, o sexo. A mãe dá cenoura, dá couve, angú também é bom, né. Eu gosto muito de comer amendoim... É, eu gosto de... sozinha, de ... sozinha com o dedo. A madrinha me deu o coelho, eu passava a cabeça na pinta... Mas aqui eu sou Isabel, né. Eles me chama de Isabel, mas meu nome é M.I.O. Mas eu sou Isabel agora; trocou meu nome agora. Porque quando eu entrei, eu não conseguia falar o meu nome, então eles pôs Isabel e eu fiquei Isabel. Eu sou M.I.O. mas,... posso marcar o outro também? I - Sa - bel. Eu chamei o outro de gato-lebre por causa do braço dele aqui, que é assim quebrado, eu não sei se é gato ou se é lebre, então pus gato-lebre. Mas acho que é gato, né, é gato preto, ele é feio, né? Eu quero pôr Isabel em todos os desenhos, eu sou complicada, eu fiquei pensando a noite inteira. Eu me chamo desconhecida agora..."

Isabel parece perceber a si própria como uma figura híbrida, mista de gato e lebre, havendo uma identificação especial com o gato, que constitui, a meu ver, uma projeção de seu lado "louco", assustador e "amputado" em decorrência de violência e agressão ("judiação", em suas palavras). Esta imagem reflete, indiretamente, sua concepção de loucura, que também aparece permeada por conotações sexuais, no sentido de gato-lebre ser uma palavra composta contendo alusão aos dois gêneros. Além disso, ao afirmar que, "... acho que é gato, né, gato preto, ele é feio, né?", Isabel mostra uma identificação predominante com o gênero masculino e com a cor preta, configurando uma imagem "feia" e assustadora de si própria, impregnada de preconceitos raciais, com a qual Isabel evita se deparar.

A seguir, desenha um coelho, que embora semelhante à lebre, é portador de uma cenoura (símbolo fálico) e é utilizado para atividades masturbatórias. Neste momento Isabel estabelece, de modo bastante confuso e irreal, uma equivalência entre os dentes, a cenoura e "a pinta", equivalente feminino do órgão sexual masculino, misturando conteúdos orais e genitais e trazendo à tona fantasias não conscientes que toma como verdadeiras, nas quais a mãe desempenha um papel fundamental: o de dar continência à sua sexualidade. Na verdade, a identificação sexual é falha e incompleta levando a uma identidade também dupla: M.I.O. e Isabel, nome que lhe foi atribuído no hospital. O resultado desta mistura é a dissolução da identidade pessoal: *"Eu me chamo desconhecida agora"*. Talvez esta construção tenha principalmente uma função defensiva contra a angústia de ser uma figura híbrida, um gato-lebre, um monstro; neste caso, percebe castrados tanto seu lado masculino como feminino, e o resultado é que se torna ninguém, uma desconhecida qualquer.

Retomando:

"Eu me chamo desconhecida agora ... porque eu desconhecia o pecado quando me perdi. Sexo, né, ter relação com homem... Eu cheguei aqui como desconhecida. Mas depois me lembrei, eu tava grávida, começou a crescer a minha barriga, daí perdeu a graça; começou a crescer barriga ni mim, eu não era mais virgem... O pai, eu nem sei o nome dele, ele foi embora daqui..."

"A minha vida foi conhecer um rapaz, depois conhecia outro. Sou prostituta, né. Posso ir para a zona? Quero ficar morando na zona..."

Usando um raciocínio tortuoso, Isabel associa o "desconhecimento" à pureza e argumenta que, uma vez "conhecendo" o sexo com um homem, ela

própria torna-se desconhecida, talvez como um castigo pelo "pecado" cometido. Depara-se, portanto, com uma contradição: o conhecimento do sexo leva ao desconhecimento de si. Modificando seu raciocínio, Isabel afirma que, embora tenha chegado como desconhecida ao hospital, depois lembrou, isto é, "tomou conhecimento" de que estava grávida e, portanto, havia "conhecido" o sexo. De qualquer forma, ao constatar sua gravidez, "*perdeu a graça*", isto é, caiu em desgraça, torna-se uma prostituta que "conheceu" vários homens, uma mulher qualquer. Assumindo esta identidade, pensa na possibilidade de sair do hospital para morar na zona. Afinal, já que perdeu sua identidade, pensa que talvez seja melhor ser uma prostituta desconhecida de que uma "desconhecida" doente mental. Ao menos assim preserva sua liberdade.

Pelo relato que Isabel faz de sua vida e das produções gráficas acima comentadas, concluímos que sua problemática existencial gira basicamente em torno da questão da identidade associada diretamente à questão do conhecimento e das repercussões emocionais desta associação. O conhecimento está diretamente ligado a fantasias sexuais infantis, fundadas numa suposta operação para mudança de sexo. Mas não é só isso: Isabel desconhece suas origens (ainda que fantasie a esse respeito) e também acredita que a cor de sua pele e outras características físicas foram modificadas. Na verdade, Isabel não se percebe constituída enquanto sujeito; é um ser mutante, cujas características essenciais podem ser modificadas de acordo com o desejo alheio. Sendo várias pessoas, possuindo vários corpos, tendo vários pais, na verdade quem é Isabel?

2.3 - Conceitos, imagens e fantasias sobre loucura e/ou doença mental e sua relação com o drama de Isabel

2.3.1 - Sinais de loucura e/ou doença mental

Inquirida sobre os motivos de sua internação psiquiátrica, Isabel assume-se como doente mental, demonstrando absorver o discurso psiquiátrico sobre a loucura:

"Acho que é porque eu sou doente da cabeça, débil mental. A minha irmã me xinga de débil mental. Então, eu acho que eu sou doente da cabeça, débil mental... minha mãe sempre me internou. Eu xingava minha irmã, minha mãe me internava. E agora tô sem pensamento, tô com os pensamentos dos outros na minha cabeça. Entra os pensamentos dos outros na minha cabeça. A pessoa fala o pensamento, entra no pensamento e a cabeça fica pensando. Acho que vão operar a minha cabeça."

Isabel julga-se "doente mental", "débil mental", porque é assim nomeada pejorativamente pela irmã, sendo as desavenças familiares os desencadeantes de sua internação psiquiátrica. A seguir, explica o que entende por "doente da cabeça" quando afirma: *"agora tô sem pensamento, tô com os pensamentos dos outros na minha cabeça"*, isto é, percebe-se como alguém que não pensa, cujos pensamentos foram substituídos pelos de outras pessoas.

O que Isabel quer dizer com isso? Num primeiro momento, parece querer dizer que assumindo como suas as idéias da irmã, teria se tornado uma "doente da cabeça", devido a uma debilidade (fragilidade) mental, isto é, a uma incapacidade de fazer frente à opinião alheia. No entanto, o que pensa sua irmã reflete o conteúdo do discurso psiquiátrico sobre a loucura, pois, ao ser internada, confirma-se o "diagnóstico" fraterno. Tida como "doente mental", e assumindo-se como tal, Isabel absorve a caracterização do louco oferecida pela psiquiatria: alguém cujos atos e pensamentos não têm sentido, não devendo, portanto, serem considerados, por constituírem meros sintomas da "doença mental". Convencida disto, Isabel imagina que seus pensamentos devem ser aniquilados e, o vazio por estes deixado preenchido pelas idéias alheias (irmã/psiquiatria). Em outras palavras, sendo identificada como "doente mental" pela psiquiatria, passa a crer que suas idéias não têm valor e, desacreditando de si própria, absorve as noções psiquiátricas. Paradoxalmente, pensando desta forma, torna-se "doente mental" de acordo com os parâmetros que havia estabelecido anteriormente: alguém que não

pensa por si próprio, justamente por absorver "os pensamentos dos outros". Cilada terrível, beco sem saída: tudo o que fizer ou falar será interpretado como sintoma de "doença mental" e, naturalmente, desconsiderado. Resta-lhe falar a mesma linguagem da psiquiatria para ser ouvida mas, anulando a si própria, novamente configura-se sua "doença mental". Afinal, por definição, louco é aquele que não pensa.

Isabel continua explicando porque se acha doente:

"Porque, eu não sei... acho que é porque a cabeça não tá boa, é fraca, tá fraca, não tenho memória de gente normal, meus pensamentos são de gente doente... Eu escuto vozes que fica me pedindo as coisas: Faça isso, faça aquilo."

A justificativa que oferece tem como ponto de referência a noção de normalidade e a de saúde. Sua cabeça está enfraquecida e, portanto, está doente. Estando enfraquecida, sua memória e sua vontade também ficam comprometidas e Isabel torna-se vulnerável às "vozes" que a comandam. É possível que tais vozes, no entender de Isabel, sejam justamente os pensamentos dos outros que "entram na sua cabeça". Desta forma, ser "doente da cabeça" equivale a perder não só o domínio de suas idéias e de sua vontade, estando sujeita ao controle dos pensamentos e desejos alheios, como também o conhecimento (memória) a respeito de si própria e, portanto, a própria identidade. Neste sentido, são bastante ilustrativos os comentários que faz a respeito de um desenho em que representa graficamente um "marciano".

"Aqui é um marciano. Marciano, prá mim, é gente de outro planeta... Ele é marciano que tá no planeta Marte, que tem o computador dele, que vive lá. É como se fosse eu, que vive lá, é como se fosse eu, que tem dia que eu não tô com a minha mente, é outra mente, é um paciente, é como se fosse um robô."

Neste trecho Isabel descreve, sem se dar conta, mas com surpreendente perspicácia, a percepção que tem de sua situação. Sente-se isolada num universo estranho, o planeta Marte (seu mundo interno), mas este isolamento é artificial porque, justamente por estar nele imersa, fica à mercê da interferência de mentes alheias que a manipulam através de um "computador", ou seja, que programam seus pensamentos e suas ações. Isto transposto para uma realidade social, poderia significar a ação subliminar de representações sobre a loucura veiculadas pelo saber competente que, aderidas a representações e fantasias não conscientes, determinam seus pensamentos e ações, isto é, capturam sua mente e a transformam numa

"doente mental". Isabel torna-se, então, alguém destituído de individualidade, um paciente, uma desconhecida, um robô. Assim, na sua concepção, o paciente psiquiátrico é aquele que perde sua identidade, ficando exposto às idéias e desejos alheios, que assimila sem qualquer tipo de crítica ou elaboração, justamente por estar imerso dentro de si próprio. É a "voz" da psiquiatria que a comanda e a leva a agir e pensar como "doente mental"; Isabel é refém e prisioneira da representação médica da loucura de cujo poder de penetração não consegue se desvencilhar.

Por outro lado, sentir-se como um "marciano" reflete a representação social do louco como alguém diferente, que se destaca do comum das pessoas, "um ser de outro planeta", cuja humanidade está perdida. O louco é percebido como alguém essencialmente e estruturalmente diferente dos demais seres humanos. E é exatamente como Isabel se sente: um E.T.

Em raros momentos no decorrer das entrevistas, Isabel coloca em dúvida sua condição de "doente mental", fugazes manifestações de rebeldia que não se mantêm e acabam sucumbindo à supremacia da representação psiquiátrica:

"Juqueri é onde fica pessoa louca, que não sabe o que passa na cabeça, não sabe o que pensa, fica pelada, come pedra, não sabe o que tão falando, fazendo, imagina as coisas, vê coisa, não dorme, ficam falando, gritam. Precisa de remédio, de injeção, não é normal... A pessoa que não é normal, não tem a cabeça no lugar..., fica pensando, não pensa normal. Se eu não fosse normal não sabia ler, escrever, não sabia o que falava, né. Eu sei o que eu falo, eu sei tudo, eu sou normal... Quando eu tava com o Juvenal, eu fui ter relação com ele, fiquei doente da cabeça com ele."

Na sua concepção, o louco é aquele que apresenta distúrbios ao nível do pensamento, da percepção, do discurso e das ações, atuando do modo desviante em relação à suposta normalidade, estabelecida de acordo com os padrões do comportamento socialmente esperado. Uma pessoa com tais características é, na sua opinião, um doente mental e necessita ser medicada por apresentar um comprometimento orgânico. Afinal, *"a pessoa que não é normal, não tem a cabeça no lugar"*.

Isabel, num primeiro momento não se reconhece na descrição que faz da pessoa louca, descrição esta que, diga-se de passagem, coincide com a descrição psiquiátrica dos sintomas da doença mental. No entanto, inesperadamente, depois de afirmar que é "normal" porque sabe se expressar em linguagem verbal e escrita, isto é, consegue comunicar simbolicamente suas idéias e pensamentos, dá uma guinada e assume-se

como "doente da cabeça", atribuindo a causa de sua doença à sua primeira relação sexual. Loucura e sexo passam a fazer parte da mesma configuração...

2.3.2 - Concepções etiológicas da loucura e/ou doença mental

Assumindo explicitamente a representação médica que considera a loucura como uma manifestação de doença mental, Isabel, no entanto, a associa a determinações religiosas, fundadas na crença do sobrenatural, acreditando que as perturbações mentais são fruto da vontade divina que traçou seu destino, antes de seu nascimento: *"Deus me fez assim, nasci doente, só pode ser"*. Em outras palavras, a doença mental é herdada e determinada pelos poderes divinos excluindo Isabel, neste momento, qualquer outra possibilidade.

No entanto, no decorrer das entrevistas, motivos relacionados à influência ambiental, adquirem destaque no seu discurso, em especial aqueles de natureza orgânica, ainda que fatores psicossociais sejam secundariamente considerados. A ação de fatores orgânicos está presente não só por ocasião do aparecimento dos primeiros sinais da loucura, mas esses continuam atuando na produção da doença mental por intermédio do tratamento médico a ela dispensado. Do ponto de vista de Isabel, terapêuticas como eletrochoque (ECT) e medicamentos, ao invés de curar a doença mental, a desencadeiam no caso de pessoas normais e agravam o comprometimento das que já estão "doentes". Isabel defende, sem o saber, a idéia de que a terapia psiquiátrica é iatrogênica:

"Passei por tanta judiação, tanto choque na cabeça. Tanto remédio que me deram prá cabeça, acho que a minha cabeça tá apagada. Acho que eu era normal, sabia ler, escrever, fazia lição. Depois que eu conheci o Juvenal, a minha mãe começou a me internar, achando que eu sou nervosa, porque depois que judiaram de mim, por causa de... de... de eu ter me perdido, que ela não queria que eu me perdesse. Então começaram a me judiar... No Hospital V.M. lá, todo dia eu tomava choque, mas não adianta, não adianta, eu não fico boa, não adianta aplicar choque... Estoura a cabeça da gente, a gente fica tonta e não sara. A gente fica pensando em coisas... Aplicar choque na cabeça da gente é loucura. Eles não sabe como é que é... isso é loucura... Então, se deixassem operar minha cabeça, eu saro. Tem uma coisa, eu não tenho nada. É briga da minha mãe com a minha irmã que querem me pôr no Juqueri. É briga das duas. A minha família não me quer, elas não me querem..."

Ainda a respeito do ECT, Isabel tece as seguintes considerações, que nos deixam entrever o pavor que ainda experimenta frente à lembrança da aplicação de tal procedimento, cujas características nos reportam a castigos e torturas medievais:

"Lá no V. M. eu tomei choque. A gente fica tonta, a cabeça fica virando, virando, tonto, tonto, tonto. Não sara, fica pior. Eu fico tonta, passando mal. Eu tenho medo de tomar choque porque põe um negócio assim na boca, passa um gás quente assim. Eu deito na cama, fico deitada, deito um pouco mais prá baixo, mordo o negócio, o gaz(e) né, já desmaio, não vejo mais nada. Acordo assim, não tenho nenhuma noção; em mim dá muito forte, sabe? Me deixam por último, que eu tenho medo, né. Preciso de três ou quatro prá me segurar... Mas aqui, só tomo remédio..."

As passagens acima transcritas demonstram claramente que Isabel considera a terapêutica psiquiátrica altamente traumatizante. Na sua opinião, foram os traumas sofridos dentro do hospital, tanto a nível orgânico (ECT + remédios) como psicológico (judiação), que provocaram sua doença, "apagaram sua cabeça", mergulharam-na na "escuridão", eliminando seus pensamentos e desejos. Isabel conclui que *"Aplicar choque na cabeça da gente é loucura; eles não sabem como é que é."* Neste caso, refere-se à loucura do médico que é imposta ao seu duplo, o paciente. Como explicá-la? A seu modo, Isabel desmascara o suposto "tratamento", em especial o eletrochoque, de cuja experiência guarda amargas recordações, denunciando que se trata, na verdade, de um método correcional. Considera que, por ter perdido a virgindade, é rejeitada inicialmente pela família, que a interna, alegando um suposto descontrole emocional (*"achando que eu sou nervosa"*) para que, excluída do convívio social, seja convenientemente penalizada. Novamente, sexualidade e loucura aparecem juntas mas, desta vez, a condenação à "doença mental" é a punição pelo exercício da sexualidade. A pena, segundo Isabel, foi tão terrível, que a tornou incapaz de discernir a diferença entre os sexos, transformou-a num "gato-lebre", num "marciano-robô", numa "desconhecida" (aquela que, conhecendo o sexo, é penalizada com o desconhecimento de si própria). A seguir, imagina que talvez a solução seria "operar" sua cabeça, da mesma forma que, segundo relatou anteriormente, o pai operou seu sexo. Assustada com esta idéia, que lhe suscita lembranças aterrorizantes, Isabel nega que seja doente e atribui sua internação à rejeição de sua família que se justifica perante os médicos e a sociedade, imputando-lhe a condição de louca.

Assim sendo, Isabel parece distinguir os motivos de sua internação daqueles referentes à etiologia da doença mental. Isabel foi internada por razões de natureza psicossocial (desentendimentos com a família devido à perda da condição de virgem), sendo a doença mental desencadeada pela internação psiquiátrica e pelas práticas terapêuticas da psiquiatria às quais foi submetida, à revelia, durante este período.

Continuando sua versão sobre a etiologia da doença mental, observamos que esta aparece ora associada, ora diferenciada, dos motivos de sua internação psiquiátrica, mostrando que Isabel hesita em manter a posição anteriormente defendida:

(Por que você acha que as pessoas ficam loucas, doentes da cabeça?) "Ah, já nascem assim. Alguns ficam depois, com o tempo eles pega doença... Depende do que acontece. Eu, foi assim: Juvenal acha que eu fiquei porque ele teve relação comigo, doeu, eu dei um tapa na cara dele, nós tava brigando, né, porque eu não agüentava de dor, né. Ele punha eu na cama e fazia, né... A primeira vez, ele levou eu no parquinho, tomei ônibus com ele, encontrei ele no ponto de ônibus. Eu fugi de casa, arrumei as roupa, pus tudo na sacola, né. Eu tinha 18 anos, né. Ele convidou eu prá ir com ele, pro quarto dele. Eu tava procurando endereço no jornal de um quarto prá mim morar, né. Então eu acompanhei ele, a gente tomou ônibus, eu desci no quarto dele, era na favela, né. Eu não sabia ter relação, eu nunca tinha tido relação com homem, né, não entendia nada. Ele tirou a roupa, eu tirei a roupa também, ele deitou em cima de mim e começou a colocar. Quando ele colocou, doeu, entrou muito prá mim e doeu, doeu, doeu, doeu. Eu sou operada, né, tirou o pipi, aí deu infecção. Doeu porque eu era virgem, né. Ele tirou a virgindade, saiu muito sangue, sabe. Eu ia no banheiro dele, enchia de sangue, sabe. Então ele falou assim prá mim: 'Vamos prá casa da sua mãe que eu não quero mais, eu não quero você.' Daí nós continuou a brigar. Então eu bati no rosto dele, dei um tapa nele, sabe. Aí ele: 'Ah, sua louca, vou por você no Juqueri'. E eu fui pro Juqueri. Depois a minha mãe soube... Eu fiquei doente. Não sei se eu fiquei doente, ele que achou.(Em geral, você acha que as pessoas ficam loucas por que?) As pessoas ficam loucas porque são perturbadas, alguma coisa que acontece, alguma coisa de destino. (Destino?) Acontece alguma briga, alguma desavença na vida então ficam loucas, né. Comigo não aconteceu nada não, foi tanto que eu briguei com ele, que ele ficou sentido e me pôs no Juqueri. Ele tem ciúmes de mim, eu vi ele falar que tem ciúmes de mim, por isso me pôs no Juqueri."

Apesar de ter dúvidas quanto ao fato de ter ou não se tornado doente mental após sua primeira relação sexual, fica nítido nesta passagem o peso

que Isabel dá a fatores psicossociais ("depende do que acontece") na etiologia dos distúrbios emocionais. Dentre estes, enfatiza a violência sexual masculina, concretizada na figura do homem que se aproveita de sua ingenuidade, para, depois de consumado o ato sexual, rejeitá-la. Isto, sem falar na maneira crua e destituída de sentimentos como Isabel descreve sua primeira relação sexual. Esta consiste, acima de tudo, num ato de violência como aquele supostamente praticado por seu pai quando "operou" seu sexo. Na sua versão dos fatos, o namorado, depois de obter satisfação sexual, decide livrar-se dela, entregando-a à mãe, e como Isabel, revoltada, o agride, este decide interná-la no Juqueri, interpretando sua reação emocional como sinal de "loucura". Como afirma Tsu, (1993) agressividade e insubordinação femininas são motivos para internação psiquiátrica por serem consideradas sintomas de doença mental, uma vez que fogem à expectativa social em relação ao papel feminino. Isabel, a princípio, concorda: "*Eu fiquei doente*" mas, a seguir consegue diferenciar sua opinião da de Juvenal: "*Não sei se eu fiquei doente, ele que achou*". Felizmente, está viva, ainda que incipiente, a individualidade de Isabel!

Quanto aos motivos que levam as pessoas em geral à loucura, Isabel afirma que esta se deve ao "destino", fator que em seguida desconsidera, enfatizando as desavenças entre as pessoas, isto é, os fatores emocionais como determinantes da "doença mental". No seu caso particular, conclui que a internação no Juqueri foi motivada pelos ciúmes do namorado, salvaguardando deste modo seu amor próprio e negando a condição de "louca".

Posteriormente Isabel retoma este assunto, expondo, mais uma vez sem ter consciência do fato, mas de modo comovente e eloqüente, as repercussões emocionais da desilusão amorosa que foi o acontecimento desencadeante de sua condição atual:

"Eu me vesti de noiva, fui a noiva na festa junina, eu dancei, o Sr. A. tocou sanfona, eu dancei Fuscão Preto. 'Fuscão Preto, você é feito de aço, fez meu corpo em pedaços, também aprendeu matar. Fuscão Preto com seu rosto maldito, meu castelo tão bonito você fez desmoronar. E decerto, amanhã está com outra, Fuscão Preto, pela cidade a rodar. Igual dama da noite, cheirando álcool e fumando sem parar...' A minha vida foi conhecer um rapaz, depois conhecia outro. Sou prostituta, né. Posso ir para a zona? Quero ficar morando na zona."

Vestindo-se de noiva durante a festa junina promovida pelo hospital, a realidade vivida por Isabel entra em contraste com a possibilidade de um

destino diferente, consonante com a expectativa social em relação à mulher. Esta encenação atual remete Isabel ao acontecimento que provocou não só o fim de seus sonhos de casamento, mas também encerrou com suas esperanças de viver com dignidade. A primeira relação sexual com um homem negro, "feito de aço" (alusão provável à ereção masculina e simultaneamente à frieza emocional deste), despedaçou seu corpo, desmoronou seu "castelo" de ilusões e a "matou". O "fusão preto" usou seu corpo para depois desprezá-la, trocando-a por outra, sem levar em conta seus sentimentos e transformou-a numa prostituta perdida na noite, buscando alívio para sua solidão e seu sofrimento nas drogas e no vício.

Concluindo, Isabel considera que perturbações emocionais são provocadas por fatores psicossociais (desilusão amorosa com o namorado e rejeição por parte da família) e determinam a internação psiquiátrica. O efeito desta, por sua vez, é acentuar os traumas emocionais e gerar outros de natureza orgânica que, somados, desencadeiam a doença mental caracterizada por um comprometimento que atinge tanto a esfera conativa como intelectual: primeiramente *"estoura"* e depois *"apaga sua cabeça"*.

2.3.3 - Representações sobre o hospital psiquiátrico

Para Isabel, o hospital, longe de ser considerado uma possível solução para a doença mental, é visto como o determinante desta. A respeito de si própria, Isabel considera que, dada a terapêutica psiquiátrica, sua "doença" atualmente encontra-se numa fase irreversível.

"A cabeça não ajuda mais; agora não saro mais não. Se eu ficar aqui, aqui eu acho que não dá porque tem muito... Eu não mereço, eu mereço um hospital que tem mais ajuda. Choque, eu não preciso mais não. Como eu tô abandonada, eles me dão muito choque, choque, choque. Como eu tô abandonada, eu queria ficar num lugar onde eu pudesse dormir, tomar remédio, mas sem tomar choque, sem ser judiada. Se fosse uma casa de família, uma família que tomasse conta de mim... Aqui eu não sou tratada, eu não acho aqui bom, não tratam de mim. A minha roupa é vestida nas outras pacientes, eu não gosto assim. Eu gosto que a minha roupa vem prá mim; a roupa não é minha? Quando vai lavar, eu gosto que volta prá mim. Quando volta, vai prá outras pessoas, outros usa. Eu tomei muito choque. Será que não tem um asilo? Eu queria um asilo. Acho que não precisa mais tanto, tanto remédio. Agora não tem mais jeito mais, não precisa mais. Já tô muito velha. Não adianta, não adianta. Eu não quero mais ficar tomando. Eu quero

sossego, eu quero um lugar que me deixasse mais deitada, dormindo, só... mais sossegada."

"Agora não tem jeito mais, não adianta mais..."; o mal já está feito, não há como repará-lo. O que Isabel deseja é um lugar sossegado onde não seja mais "judiada", um "asilo" onde a deixem em paz. Acha que já foi castigada o suficiente, sendo o ECT a concretização desta punição; quanto aos medicamentos, estes, na sua opinião, não surtem mais qualquer efeito, nem benéfico, nem maléfico. Isabel sente-se velha e cansada, acha que já pagou, e muito caro, pelos seus "pecados", acha que não "merece" mais castigo. Ressente-se também do fato de se ver desprovida de vestuário próprio, o que a revolta por despi-la uma vez mais de sua individualidade. Enfim, a seu ver, tudo contribui para penalizá-la.

Ainda sobre suas vivências no hospital, Isabel comenta:

"Aqui eu não acho bom não, quero ir embora desse hospital. Minha mãe me pôs para eu ficar morando aqui, tem muito mato aqui, muito abandonado, muito perigoso. A gente apanha, não gosto de ficar apanhando, não mereço; as menina bate. Eu gosto do café com pão, é gostoso. Aqui eu arrumei uma briga com uma tia, a tia me bateu, bateu sim, me chutou, deu uns tapa nas minhas orelhas de burro. Eu quebrei os vidro porque eu tava escutando vozes que mandava eu quebrar e no meu pensamento precisava quebrar, não sei que, e eu quis que a tia viesse me acudir. A minha cabeça não tava boa e eu não sabia como chamava. As vozes... são o meu pensamento. Não é que tem barulho, barulho, é dentro da cabeça, é o pensamento. É pensamento meu, mas não sei quem que fica falando."

Isabel sente-se abandonada e indefesa no hospital, percebido como um lugar hostil e perigoso onde é maltratada e espancada, ao invés de ser compreendida. Fica à mercê de vozes que comandam seus atos, vozes que se confundem com seu próprio pensamento e a enfermeira que deveria ajudá-la, acaba penalizando-a, por não compreender o que se passa subjetivamente com ela. São seus atos, considerados sintomas de doença mental, que são levados em conta e ... punidos. Fica implícita, mais uma vez, a função correccional que Isabel atribui à instituição psiquiátrica.

Retomando suas queixas a respeito da instituição em que vive, Isabel afirma:

"Aqui eles não vêm me visitar, não tem nada. Não tem sabonete, desodorante; não tenho pasta de dentes, fico com mau hálito. Eu tive na rua, por isso me internaram. A senhora me arruma uma casa de detenção onde fica as mulheres abandonadas? É melhor ficar na casa de detenção"

do que no Juqueri... Daqui eu não gosto, elas bate na gente, as tias bate, elas amarram as pacientes, não dão calcinha, não dão remédio."

Além do abandono, Isabel sente-se totalmente desamparada: está privada de objetos pessoais, não tem condições de cuidar de sua higiene pessoal e fica à mercê das "tias", que agem mais como carcereiras do que como enfermeiras. Fica implícito que se vê vítima de um processo de infantilização e de despersonalização: tratam-na como criança que deve submeter-se sem réplica ao desejo dos adultos, sofrendo mortificações contínuas ao nível de sua individualidade e identidade. A associação com "*casa de detenção*", erroneamente empregada no sentido de asilo, denuncia sua percepção da função de exclusão e de punição do hospital psiquiátrico.

Concluindo, Isabel deixa claro, mais uma vez, o modo como percebe a instituição psiquiátrica: um lugar de produção da doença mental, em virtude da prática de tormentos contínuos e sucessivos tanto no plano orgânico como psíquico. Estas mortificações teriam o caráter de punição por comportamentos socialmente considerados inadequados, com destaque especial para a prática sexual no caso de Isabel. Na sua opinião, cumprida a função de penalização, isto é, instalada definitivamente a "doença mental", a instituição psiquiátrica passa a servir de asilo para os seres inúteis que produziu.

2.3.4 - Soluções para a doença mental

Como observamos, Isabel está desiludida com o tratamento psiquiátrico chegando a acreditar que não existe mais solução para seu caso.

No entanto, em alguns momentos, uma luz surge no final do túnel, tênue esperança de salvação baseada, no entanto, em soluções mágicas calcadas em fantasias improváveis ou impossíveis.

A primeira delas surge mesclada a uma mensagem de desesperança e é depositada na figura da mãe, de quem guarda imensa mágoa por tê-la abandonado, mas a quem Isabel atribui o poder de reverter magicamente sua situação atual:

"Eu não tô boa, não tenho pensamento prá falar com a senhora. Só falo bobagem, eu não tô sendo útil. Eu queria ser operada, queria ficar bonita, eu queria que a minha mãe viesse hoje, que tivesse visita da minha mãe. (O que você acha que seria bom para melhorar a sua situação?) Levar eu embora prá minha casa, prá minha mãe arrumar outro hospital prá mim ficar. Avisar minha mãe que eu tô aqui prá

ela vim me ver, me visitar... Eu queria ir embora, né... Eu cansei de hospital, não sou nada importante pro hospital, minha cabeça não é de professora, não dá prá pensar direito. Eu não sou importante, não sou útil."

O desejo de Isabel é rever sua mãe e voltar para casa. Mas sabe que, mesmo que isso ocorra, a mãe a internará novamente. Surge, nesta ocasião, a idéia de que não é importante, nem útil para o hospital, o que condiz com a representação social do doente mental, um ser inútil para a sociedade. No entanto, esta mesma argumentação pode ser usada para libertá-la de jugo psiquiátrico: uma vez que já foi destruída mentalmente de modo irreparável, não há porque torturá-la ainda mais. Não havendo mais salvação, pelo menos que a deixem em paz...

Neste contexto, uma nova possibilidade se insinua em seu discurso: *"Eu queria ser operada, queria ficar bonita, eu queria que a minha mãe viesse hoje, que tivesse a visita da minha mãe"*. Isabel explica mais adiante no que consistiria tal operação:

"Eu tô atrapalhada da cabeça porque eu deito assim, tô dormindo assim, fico ouvindo um monte de coisas, longe... meus pensamentos... Eu tava pensando e vi um cavalo, vendo em pensamento, coisa que eu imaginei, apareceu um cavalo no meu pensamento. Eu tinha um pouco de medo do cavalo, porque queriam raspar a minha cabeça e implantar cabelo do cavalo. Minha mãe... até hoje ela pergunta se eu quero. Ela raspa a crina, né, corta rente, deixa tudo preparado, os aparelho eletrônico né, e raspa a minha cabeça e implanta tudo o cabelo do cavalo na minha cabeça. Porque assim eu fico bonita, assim, branca."

Talvez a solução para seus problemas, imagina Isabel, seja retomar o laço afetivo com sua mãe para que esta a opere novamente, revertendo de modo mágico a cirurgia realizada pelo pai que a transformou em um menino negro. O objetivo é implantar cabelo liso que, por aproximação, modificaria também a cor de sua pele e Isabel retornaria à situação da menina branca, que brincava feliz e inocente no convento de freiras. É possível que Isabel pense que, com estas características, teriam aumentado suas chances de um "destino" melhor, no que não está totalmente equivocada, dados os preconceitos e estereótipos aderidos à figura do negro. Além disso, desta vez a operação seria realizada na cabeça, sede do pensamento. O sentido desta fantasia poderia ser o de extirpar as representações negativas inoculadas pela ciência psiquiátrica (gato-lebre, marciano-robô) e "implantar" representações positivas, o que reverteria numa reconstrução de sua auto-

imagem. Em outras palavras, retirar os pensamentos dos outros e devolver-lhe os seus. No entanto, são meras fantasias...

Ainda que Isabel imagine esta possibilidade no plano concreto, o que naturalmente é impossível, talvez esta fantasia expresse uma demanda incipiente de ajuda psicológica, no sentido de um trabalho de resignificação de sua história de vida e de reformulação de sua condição de doente mental. Sem ter conhecimento da natureza dos serviços psicológicos, Isabel intui que nem tudo está perdido, que ainda é possível um resgate de sua individualidade. Talvez haja outra solução que não seja o asilo, fim de linha para a carreira de doente mental. Pena que seja pouco viável dentro do panorama atual de atendimento à saúde mental.

A segunda solução proposta baseia-se na esperança de um "milagre", fantasia acompanhada de conteúdos orais que, do ponto de vista psicanalítico, remete a privações relativas a fases muito primitivas do desenvolvimento emocional. No entanto, observada por outro ângulo, também diz respeito à crença de que, sendo a doença mental é causada por uma debilidade orgânica, esta pode ser curada se suprida por uma alimentação adequada:

"Eu vou desenhar um peixe. (Conte uma história sobre este peixe). É um peixe, quer dizer, tá navegando, navegando na vida. É preciso comer muito peixe, muito peixe prá sarar. Peixe é bom prá cabeça, né. Eu acho que é isso, vai me curar. Nossa Senhora Aparecida vai me dar a bênção, vai aumentar o peixe no mar e aumentar a saúde prá mim... Eu lembro que tive na praia uma vez. O mar tava revoltado, meu tio teve que me salvar porque o mar tava me levando, ele pegou e salvou eu. Foi a primeira vez que eu fui na praia. Fui de biquini. Mas eu fui prá água e o mar tava me levando, me levou lá pro fundo. Aí minha prima veio, o marido da minha tia me tirou lá da água".

Isabel inicialmente identifica-se com o peixe, um peixe que "navega na vida". Depois alude à idéia que uma boa alimentação aumenta a saúde, fortalecendo-a física e mentalmente. Esta alimentação será providenciada por uma figura religiosa feminina de cor negra (simbolizando a figura materna) que, suprimindo-a oralmente, realizará o milagre da sua recuperação. Deus determinou sua doença, Nossa Senhora a curará através de uma boa alimentação. Uma figura masculina idealizada ocasionou sua "doença"; uma figura feminina igualmente idealizada poderá curá-la. Diante destas imagens, entretanto, a situação se inverte: o mar, representando o universo feminino torna-se perigoso, pode afogá-la e é preciso uma figura masculina para

salvá-la. Estas associações, provavelmente, fazem parte de uma rede de representações inconscientes pertinentes a situações precocemente vivenciadas. Não cabe desvendá-las aqui mas, de qualquer forma, estas evocações apontam para uma profunda carência de cuidados tanto materiais como afetivos. Para sua salvação, imagina Isabel, é necessária a presença de um casal parental, cada um cumprindo adequadamente sua função, uma mãe e um pai "suficientemente bons", usando os termos empregados por Winnicott.

Diante da fragilidade das soluções propostas, em si mesmas alienantes por desconsiderar fatores políticos e sociais como determinantes de sua condição de doente mental, resta a Isabel o mergulho na "loucura" para continuar a suportar sua condição e sobreviver dentro da instituição psiquiátrica. No seu entender, a alienação parece ser a conduta mais adequada à sua situação atual e, infelizmente, talvez tenha razão. A loucura, em si expressão de sofrimento psíquico, é utilizada como forma de escapar da dor e, neste sentido, seria a solução mais "sadia" para o seu caso. Haja contra-senso!

Interpreto a seguir as idéias finais de Isabel que, após nos apresentar o hospital psiquiátrico como uma instituição de tortura e sofrimento, inverte completamente a situação quando solicitada a representá-lo graficamente:

"Aqui é o hospital, esse Juqueri aqui. A entrada, né, a saída. Entrada e saída. A antena de televisão, aqui os fio da antena, aqui é a porta, aqui é a outra porta, aqui é a porta da saída, aqui é a porta da entrada. Aqui é o banquinho. Aqui tá a ambulância. O tio sentado na ambulância. (Conta uma estória sobre esse Juqueri) O hospital aqui, eu acho que é o meu mundo encantado de chocolate, é o mundo encantado de chocolate, né. Eu olho assim na janela, eu vejo um monte de picolé, assim encantado, girando prá mim tomar. Nos dias de sol, os picolé ficam girando assim. Eu saio andando e até sinto o gosto do picolé. Parece que é encantado. Até cantei a música do chocolate com banana, né. 'De chocolate o amor é feito, de chocolate um mundo encantado só para você.' Eu acho bonito... Quando eu for embora, eu vou chorar porque eu gosto daqui. A gente sofre, tem horas que sofre um pouquinho, mesmo no lugar mais bonito sofre. Também é infeliz na vida. Então... a vida é assim mesmo."

O hospital é representado com uma porta de entrada e outra de saída, mostrando o desejo e as esperanças de Isabel em deixá-lo. A antena de televisão pode significar o contato com o mundo exterior ou, inversamente, os fios do eletrochoque, ou ambas as coisas. Foi a ambulância que a trouxe e talvez a leve embora, possivelmente para outro hospital. Entretanto Isabel

vacila no momento da saída, afinal está habituada à vida no sanatório e fica temerosa de enfrentar o mundo lá fora, o desconhecido. Haverá lugar para ela? Além disso, vai sentir saudades... E, assim pensando e sentindo, no momento da imaginada despedida, o inferno transforma-se em paraíso: *O mundo encantado de chocolate*. É encantado, não tem existência real, concreta, mas Isabel acredita que nele é possível obter alívio para sua dor. Mergulhar na loucura talvez seja a melhor solução, diante de uma realidade por demais terrível. Só assim é possível suportá-la ... "*A vida é assim mesmo*", conclui Isabel conformada.

Mais uma vez, encanto e desencanto condensam-se numa mesma representação: O "mundo encantado de chocolate" é o mesmo lugar perigoso e abandonado que tantos desencantos proporcionou a Isabel.

3 - MURILO

*"Se eu quiser falar com Deus,
tenho que ficar a sós,
tenho que apagar a luz,
tenho que calar a voz,
tenho que encontrar a paz,
tenho que folgar os nós dos sapatos,
da gravata, dos desejos, dos receios,
tenho que perder a conta,
tenho que ter as mãos vazias,
ter a alma e o corpo nus.*

*Se eu quiser falar com Deus,
tenho que aceitar a dor,
tenho que comer o pão que o diabo amassou,
tenho que virar o cão,
tenho que lambar o chão dos palácios,
dos castelos suntuosos do meu sonho,
tenho que viver tristonho,
tenho que me achar medonho,
e apesar de um mal tamanho,
alegrar meu coração*

*Se eu quiser falar com Deus,
tenho que me aventurar,
tenho que subir aos céus
sem cordas prá segurar
Tenho que dizer adeus, dar as costas,
caminhar decidido pela estrada
que ao findar vai dar em nada,
nada, nada, nada, nada,
nada, nada, nada, nada,
nada, nada, nada, nada,
do que eu pensava encontrar.
(Gilberto Gil - "Se eu quiser falar com Deus")*

3.1 - Apresentação

Murilo é paciente do HPSUS há vários anos, onde é conhecido por todos. Bastante prestativo e colaborador durante sua permanência no hospital, é tido como ponto de referência institucional entre os internos que recorrem a ele para obter informações ou solicitar alguma espécie de intermediação junto ao Serviço Social ou à direção do hospital.

Do prontuário de Murilo constam oito internações, as duas últimas com duração superior a dois anos e um intervalo de quatro meses entre elas, após o que retornou ao hospital para não mais sair. A família mantém contato com Murilo até hoje, retirando-o esporadicamente com licença médica durante alguns dias, embora se recuse a mantê-lo em seu convívio. Os familiares alegam que fora do hospital, Murilo não toma os medicamentos e é acometido por crises de agitação e agressividade, ocasiões em que ameaça incendiar a casa e assassinar todos os que cruzam seu caminho, sendo necessário muitas vezes recorrer à polícia para contê-lo. O diagnóstico psiquiátrico de seu caso é de psicose orgânica, o qual, nos últimos anos, está se compondo com o de oligofrenia.

Em geral, durante sua estadia no hospital Murilo passa bem, mostra-se solícito para auxiliar a enfermagem no cuidado com outros pacientes e disponível para colaborar nos serviços de limpeza e cozinha. Estes períodos alternam-se com episódios de agitação (raros) e crises depressivas. Nos primeiros, Murilo fica inquieto, contestando as ordens da enfermagem, agressivo verbalmente, aludindo a vozes que o atormentam e o incitam a matar a mãe. Em outras ocasiões, mostra-se apático e chora muito, alegando saudades da mãe e da avó que o criou, cujo falecimento, ocorrido durante de uma de suas internações no HPSUS, abalou-o profundamente. São também freqüentes queixas somáticas relativas principalmente a distúrbios gastro-intestinais e pulmonares (crises asmáticas), possivelmente fruto da somatização da angústia, mas que o médico interpreta como sintomas de hipocondria.

Atualmente, Murilo vive no HPSUS em regime de semi-liberdade, com livre trânsito dentro do hospital, estando, inclusive, integrado nas atividades da horta, o que lhe garante prestígio entre os internos e simpatia entre os representantes da instituição. No entanto, apesar de seu "bom" comportamento, não há chances de deixar o hospital pois a família não o quer, reinternando-o, via de regra, poucos dias após a alta médica.

3.2 - A história de Murilo:

Murilo está com 30 anos, tendo passado praticamente toda a vida em instituições. Foi criado na FEBEM, e, ao atingir a maioridade, após curta permanência com a família, passou a ser internado sucessivamente em hospitais psiquiátricos, deixando a situação de menor carente e abandonado para trilhar a carreira de doente mental.

Solicitado a contar a história de sua vida, Murilo inicia o relato de modo intrigante e enigmático, aludindo às internações, à doença, à morte da avó, a Satanás e a uma maldição:

"A minha vida é só viver internado, né. A minha vida foi mais internado porque a gente tá doente... ouvindo vozes. Tão falando os negócios de Satanás da avó, parar com negócio de Satanás da avó. A avó descansou em paz, então Satanás tá mexendo com a gente. É uma maldição, porque Satanás mexe com os outros."

Murilo ingressou na Febem, antigo Juizado de Menores, em tenra infância, fato que atribui à falta de recursos da família para prover seu sustento:

"Quando eu era pequeno, eu fui criado no Juizado, né. Fui criado no Juizado, porque minha mãe não tinha condições para sustentar eu. Aí já comecei apanhando dos inspetor de aluno e foi onde deu problema na minha cabeça. Era na Febem, a do Tatuapé. Em Itapetininga foi onde eu apanhei mais. Aí, o diretor do hospital lá mandou eu embora, não tava mais agüentando eu, eu tava ficando rebelde, eu tava ficando doente mental, então mandaram eu embora. (Você estava ficando doente mental?) Porque eu não ia prá escola direito, não aprendia a fazer contas, então ficava direto apanhando. (Você não ia bem na escola?) Eu não ia, porque não dava prá eu ir todo dia na escola. Sempre trabalhando, faxina lá no pavilhão. Eles gostavam mais de mim lá na Febem, eles gostavam muito de mim de limpeza. Até o diretor gostava de mim para limpar a casa dele. Eu limpava direitinho."

Resumindo sua vida, Murilo fala do Juizado e dos espancamentos que sofreu por parte dos inspetores de alunos. Estas lições de violência tornaram-no "rebelde", considerado sinônimo de "doente mental", tanto que o diretor do "hospital", lapso que indica a equivalência entre a Febem e o hospital psiquiátrico, o expulsa. Ao mesmo tempo, a dificuldade de aprender, também indicada como sintoma de doença mental, era o motivo alegado

para as agressões, ou pelo menos uma justificativa para estas, fechando-se um círculo vicioso: a doença mental sendo considerada simultaneamente causa e consequência dos espancamentos. A seguir, Murilo contrapõe suas dificuldades de aprendizagem à capacidade para realizar serviços rotineiros de faxina, atividade pela qual sentia-se valorizado na instituição.

Retomando mais adiante a mesma situação, Murilo relata o seguinte:

"... lá na Febem bateram na gente, os inspetor de alunos bateram na cabeça da gente, é um inspetor que tinha lá em Itapetininga que bateu... Bateu na minha cabeça, bateu na minha mão e jogava eu no chão. Era sempre os inspetor... Era porque eu não ia prá escola, mas isso não tem nada a ver com eles, tem que ver com o diretor da Febem. O diretor da Febem tem que cuidar da gente. (E por que você não queria ir para a escola?) Não, é que não era todo dia que ia prá escola, não sei porque tinha que ir. (Você gostava da escola?) Ah, a escola da Febem é muito legal mas é muito, muito barulho... Era muita conversa. Qualquer coisa chamava prá gente ficar de castigo, daqui há pouco tá apanhando na sala. O inspetor bate na sala, escondido do diretor. (Que sala?) Sala de ..., é uma sala que eles tinha fechado lá, uma sala que não tinha ninguém. Era perto da supervisora do hospital. Itapetininga foi assim, agora nas outra Febem que eu tava, eu não apanhei não."

Murilo esclarece: não gostava de ir para a escola devido ao barulho que o incomodava e porque *"qualquer coisa chamava prá gente ficar de castigo, daqui há pouco tá apanhando na sala."* Murilo via-se diante de um beco sem saída: se faltasse às aulas, apanhava e se comparecesse, era castigado do mesmo modo numa sala próxima à da *"supervisora do hospital"*. O lapso repete-se, indicando que, para Murilo, é como se tivesse desde sempre vivido no mesmo tipo de instituição, como se o hospital nada mais fosse de que um prolongamento da Febem. No entanto, Murilo procura preservar a imagem do diretor da Febem, justificando que o mesmo desconhecia o procedimento dos inspetores.

Antes de ser transferido para a unidade de Itapetininga onde ocorreram os fatos acima mencionados, Murilo passou por outras unidades da Febem, das quais guarda poucas recordações. Suas primeiras lembranças remontam ao tempo em que foi interno da Casa do Menino Jesus, no Ipiranga, estabelecimento religioso, de onde recorda-se apenas de sua primeira comunhão: *"Eu só sei que eu fui na primeira comunhão ... com a madre lá, com a freira"*.

A seguir, foi transferido para o Educandário Dom Duarte, cujo diretor, irmão Domenico, Murilo considera *"um diretor muito amigo da gente"*.

"E eu gosto muito desse negócio de horta, que lá na Febem a gente fazia isso também ... Fazia, porque tinha a unidade do Educandário, eu fazia isso aí que o diretor, o dono, o chefe gostava muito de mim, que era um diretor muito amigo da gente... Ele era padre, Irmão Domenico, ele era um diretor muito bom. Tinha assistente social, tinha psicóloga, inspetor de alunos, chefe de todos os Educandários, tinha casa de uns policial que faziam treinamento para nós conhecer como era a vida da polícia, como se trata, como reage às evidências dos bandidos, como eles agem com a população, como ajudar os pobres. Eu acho muito importante isso aí, cuidar da terra também, ver como anda nas terra, como que anda no mato, saber procurar pessoa desaparecida, isso aí é muito importante."

Murilo realizava, como faz atualmente no hospital, trabalhos agrícolas e transmite a impressão de que se sentia bem no Educandário, onde também teve contato com policiais que realizavam atividades com as crianças internadas.

Conforme relata, suas primeiras lembranças do Juizado de Menores estão ligadas a figuras religiosas e policiais, as quais, embora impessoais, são de modo geral agradáveis. A única referência pessoal é a figura idealizada do Irmão Domenico, que inspira em Murilo mais respeito do que afeto. Além disso, sua preocupação com a procura de pessoas desaparecidas está relacionada a uma questão pessoal de extrema relevância, como veremos mais adiante.

Saindo do Educandário, Murilo passa um curto período na unidade da Avenida Celso Garcia, lugar de triagem e encaminhamento para outros locais:

"... porque lá é só prá quem não tem mesmo família nenhuma e quando o Juizado ver que não tem vaga. Quando tiver vaga em outra unidade, vai prá outra."

Deste local é transferido para a unidade de Itapetininga, de onde, como já foi relatado, guarda amargas recordações. Penalizado por suas dificuldades escolares, vítima de constantes maus tratos, orientado por exemplos de violência, criado de modo impessoal e repressivo, Murilo não estabelece vínculos afetivos nem com colegas, nem com funcionários.

Encerrando esta fase de sua vida, Murilo deixa gravada uma veemente mensagem de alerta, na qual está implícita a responsabilidade dos diretores pela omissão e negligência em relação aos menores, que ficam à mercê de funcionários inescrupulosos:

"Esses inspetor de alunos não devia bater na gente, porque os diretor é responsável pelos menor, mas os educadores deviam ser mais atenciosos, porque tem a autoridade na Febem, porque se não existisse autoridade, as mãe depois dos dezoito anos, vê que o filho foi muito espancado, não vai querer ficar, vai falar que ele adoeceu, vai querer colocar nos hospital psiquiátrico. Por isso que eu falo que tem que ter paciência, esses que são educadores de menores, tem que ter mais educação, não pode espancar o menor, porque depois o menor vai para o hospital psiquiátrico."

Assim sendo, na visão de Murilo, já existe para os menores criados na Febem um caminho pronto para ser percorrido, sendo tarefa desta instituição "fabricar" doentes para os hospitais psiquiátricos. Completada a maioridade, abrem-se as portas da instituição psiquiátrica, uma vez que, na sua opinião, a família certamente rejeitará o produto da educação oferecida pela Febem. Sem dúvida, trata-se de uma justificativa defensiva da parte de Murilo para explicar a rejeição de sua família, embora também contenha uma dose inegável de verdade.

No entanto, o ingresso na instituição psiquiátrica não acontece imediatamente, porque Murilo passa algum tempo com a família antes de iniciar sua carreira de doente mental.

Ao completar dezoito anos, Murilo conta que a assistente social da Febem localiza, com dificuldade, seus familiares, fato que indica a disposição destes de abandoná-lo aos cuidados da instituição, como ele próprio nos relata:

"Eu saí com dezoito anos e fui prá casa da minha mãe. Depois acharam a casa da minha mãe, mas demorou, demorou. Procuraram a casa da minha mãe, mas não acharam não. O único endereço que tinha era de uma casa antiga, sem número. Depois acharam o número verdadeiro. Aí era uma casa escondida, era um barraco que eu morava, era a casa do açougue, depois, embaixo, era o barraco ... Minha mãe morava no barraco, ela e a minha avó. Os outros meus tios com as outras filhas deles, filhos deles, tudo morava na casa de cima que era o açougue... Lá a gente era pobre. (O que você lembra dessa época?) Quem falou prá mim que eu tinha ido prá lá, prá Febem, foi a minha mãe. Minha mãe e minha avó que falou que elas não podiam ficar comigo não. (Por que?) Não sei, deve ser problema de família, não sei. (Que problema?) Deve ser problema de não ter condições de sustentar a gente. Por isso mandaram eu prá lá."

Murilo fala da pobreza da família que morava num barraco, "numa casa escondida", de difícil acesso, não dispondo de condições para acolhê-lo. Mesmo quando encontrada, a família reluta em aceitá-lo:

"Depois que eu fiz dezoito, a assistente social da Febem mandou eu prá minha casa. Chegou lá em casa, eles ainda ficaram em dúvida se aceitavam ou não. A minha avó tava viva. Aí minha mãe aceitou."

Dispensado pela instituição e recebido com reservas pela família, Murilo permanece em sua companhia por pouco tempo. Começa a trabalhar na FEPASA como faxineiro, com a promessa de futuras promoções. Mas não houve tempo para que esta se concretizasse porque, segundo Murilo, sua "doença" começou a manifestar-se...

"Aí eles aceitaram e, com o tempo, começou a doença, né, na cabeça de novo. Aí minha mãe viu que eu tava piorando, chamou o outro meu tio. Porque um dia eu quebrei um vidro no quarto da minha mãe, a minha mãe achou ruim. Minha mãe pegou e mandou chamar a polícia também. Ela chamou a polícia e a polícia falou que não podia fazer nada porque ele é doente. Aí eles mandou a minha mãe levar eu num hospital psiquiátrico. Daí eu fiquei internado lá no hospital psiquiátrico. (Que hospital?) O primeiro hospital foi, é... eu não sei se era Dr. Júlio que era o meu médico. O primeiro hospital, eu não fiquei lá muitos dias não também, não fiquei muitos meses, fiquei uns dias. Porque tava começando uns tempos de umas doenças aqui no hospital, depois meus tios, tias, minhas primas pegaram e mandaram eu embora, porque eu tava pegando umas doenças do hospital, coceira, coceira, coceira, uns tipo de coisa no cabelo... Depois eu comecei só aqui e ficava umas férias lá em casa. Eu não sabia que existia esse hospital aqui não, senão eu ia vim prá cá... Desse eu gosto. Tem tratamento aqui, né..."

O sinal da "doença" foi quebrar um vidro e, na ocasião, a dúvida da família era se Murilo seria objeto da atenção policial ou médica. Chamada a intervir, a polícia, que durante sua infância serviu de modelo educativo, identifica-o como "doente" e encaminha-o ao hospital. Em princípio, Murilo deve ser tratado e não punido; só que, ao ingressar no hospital, Murilo "pega umas doenças" e a família o retira: "pegaram e mandaram eu embora", expressão ambígua, prenúncio de seu futuro de internações sucessivas em instituições psiquiátricas. Esta hipótese se confirma na frase seguinte: sua residência passa a ser o hospital e a casa da família, o local de "férias", como nos tempos do Juizado de Menores. E tudo continua na mesma... Cumpre-se seu triste destino de excluído do convívio familiar e social, com

uma diferença: de "vigiado e punido", passa a ser "vigiado e tratado". Será esta diferença realmente significativa?

Embora tenha tido pouca convivência com a família, Murilo sente-se parte integrante da mesma, mantendo uma ligação afetiva especialmente intensa com a mãe e com a avó.

Murilo conheceu sua mãe depois de adulto e descreve este encontro com muita emoção:

"Eu fiquei com muito dó da minha mãe quando eu vi ela, quando eu fui ver ela que ela chorou... Chorou, mas foi mais ruim também quando eu comecei a ficar doente de novo. Ela começou a contar a história da minha avó. É, ela começou a contar a história da minha mãe. Porque minha avó é filha dela, minha mãe. (Sua mãe é filha da sua avó.) É, porque minha avó, é, ela é filha da minha avó, é, porque ela é minha mãe, né. Então ela falou que queria ver o filho dela crescer e faz muito mais de dez, faz vinte anos que não via o filho que tava internado, era eu. Só viu mesmo quando a enfermeira me trouxe, depois já pegou hospital direto. Ela queria ver eu mais tempo, mas não dava, não dava prá tratar de mim e não dava prá eu tratar dela, porque nós dois somos doentes também, minha mãe também é doente... É doença mental também."

Murilo segue a mesma "sina" de sua mãe: ambos são "doentes mentais" e, por este motivo, devem ser separados mesmo contra sua vontade. Por outro lado, insinua que este afastamento também é responsável por sua "doença": *"foi mais ruim também quando eu comecei a ficar doente de novo"*. Novamente, a "doença mental" aparece de modo ambíguo no seu discurso ora como causa, ora como consequência de sofrimento emocional para si e para sua mãe. Além disso, Murilo faz confusão no tocante às relações de parentesco entre as três gerações, ele, a mãe e a avó, como se o tempo transcorrido tenha sido neste momento esquecido.

Quanto ao pai, Murilo até hoje desconhece sua identidade, alegando que os familiares a mantêm em sigilo devido a "briga de família":

"Meu pai, eu perdi ele há não sei quantos anos. Minha mãe é que sabe dessa história... Ela não sabe também. (Não sabe?) Não, ela não quer contar. (Por que ela não quer contar?) Não sei, briga de família, né. Isso depende dela e dos meus tios. Os outros meus tios deve saber, mas eles também não conta. Mas eu queria saber quem era meu pai, né."

Um mistério envolve o nascimento de Murilo, sendo a ausência da figura paterna responsável por um imenso vazio interior, preenchido, até

certo ponto, pelo avô de quem herda o sobrenome. Continua, no entanto, com esperanças de localizar o pai:

"(Você sabe o nome dele?) Não sei. Meu avô era B.R., agora o pai, eu não sei não. O pai, eu não sei até hoje, porque nos documentos só tem o nome da minha mãe, não tem o nome do meu pai. Diz que ele tá vivo, não sei, diz os outros meus sobrinhos que ele tá vivo, agora não sei aonde. Tá vivo prá aqui, tá vivo prá lá, a gente não sabe prá onde ele tá vivo. Eu queria conversar bastante prá ver se alguém localiza o pai, porque meu pai vai me dar muita força. Não sei se tá vivo, meu sobrinho diz que tá vivo, porque eu tenho um sobrinho mais velho, ele disse que sabe de tudo. Minha mãe não conta, meu sobrinho sabe, mas não falou o que que é. E minha mãe, eu tenho dó dela."

Além de ser afastado do convívio materno, Murilo enfrenta mais uma perda por ocasião de seu nascimento: o pai que nunca chegou a conhecer e que constitui uma lacuna irreparável, um ser desaparecido antes mesmo de ter existido. No entanto, esta figura, ainda que ausente do contexto concreto de sua vida, continua viva e profundamente arraigada no imaginário de Murilo. Desde pequeno, internado no Juizado de Menores, admirava os policiais que sabiam e ensinavam a procurar pessoas desaparecidas. Nesta situação, Murilo, conscientemente ou não, já buscava, por meio de uma aproximação com a figura paterna, um ponto de referência importantíssimo para a constituição de sua identidade. O que Murilo não se dá conta, é que ele também "desapareceu" da sociedade, estando, portanto, impedido de procurar quem quer que seja.

Dando continuidade à fala anterior de Murilo, aparece um personagem de suma importância na sua história afetiva, presença constante no decorrer das entrevistas realizadas:

"(Você tem dó dela?) Tenho, da mãe tenho, da avó também tenho, mas eu perdi a avó, né. Gostava mais da avó, que a minha avó fazia tudo, né. Ela também era doente, né, já tava com quase cem anos, tava velhinha. (Ela também era doente?) Era doente de problema de pressão e parece que era diabética também. Não sei, assim o médico falou. Ela era farmacêutica também. Minha avó também era farmacêutica, era doente também..."

E mais adiante:

"(Quando você perdeu sua avó?) Não sei, eu fiquei sabendo aqui. Porque eu pedi licença prá ir prá casa do meu tio, aí meu sobrinho falou. Porque os outros meus tios não queria falar, aí o de dezoito anos falou. Ele também é doente da cabeça meu sobrinho. Ele disse: 'Ó, sua avó morreu'. Ela morreu, a D. Marilisa, a doutora, a farmacêutica morreu, morreu porque ela era doente, eu também sou doente, ela também é doente e pronto."

Ainda a esse respeito, Murilo comenta em outra oportunidade:

"A minha avó tava doente. Depois eu tive que ir embora prá São Paulo e eu tava internado e depois nunca mais eu soube notícia dela. Eu fiquei sabendo através do meu sobrinho, né, que ela morreu. Os outros tio não queria falar, só meu sobrinho. (Por que eles não queriam falar?) Prá não deixar a gente triste, né. Eles não falou mais nada não, não gosta que fica comentando isso aí, eles fica muito bravo se a gente fica falando sobre a avó... D. Marilisa, a doutora. Ela era enfermeira, farmacêutica e doutora também, médica também, médica clínica. Ela cuidava de muitas doenças também, ela fazia muito remédio. Eu achei muita falta dela..."

Fica claro que Murilo era muito apegado à avó, apresentada como a figura mais significativa de sua vida emocional. Enfatiza, com muito orgulho, suas qualidades como "enfermeira, farmacêutica e doutora", mas também a reconhece como velha e doente, impotente frente à morte. Esta nova perda, irreparável, é um marco na vida de Murilo, talvez aquela que tenha selado definitivamente sua solidão, seu desespero e seu desamparo.

Estando internado por ocasião de seu falecimento, Murilo só fica sabendo do fato algum tempo depois, por intermédio de um sobrinho (na verdade, primo) que rompe o silêncio familiar, uma vez que os parentes estavam dispostos a ocultar-lhe a verdade, alegando poupar-lhe sofrimento.

Profundamente traumatizado, Murilo retoma noutra ocasião o assunto, comentando sua dor e a reação da família:

"...Mas a família acha que não quer eu embora ainda não. Diz que não pode, que tá ruim. Diz que quebra tudo em casa. (Quem?) Eu. Negócio da Febem, negócio da avó. A avó descansou e fica perturbando ela. Eles não quer perturbação por causa da avó... Não quer que perturba negócio da avó, a avó morreu, não quer que fica perguntando lá em casa. Não quer que fica perguntando. (E você pergunta, Murilo?) Eu pergunto, mas eles fala que morreu. Morreu e eu não vi morrer. Eu não vi morrer, foi meu sobrinho que falou. Ele falou que morreu, falou que a vó

morreu, eu fui em casa e ele pegou e falou: 'Murilo, sua avó morreu'."

Os familiares insistem em reprimir comentários sobre assuntos angustiantes (morte da avó, identidade do pai), talvez para evitar "recaídas", que redundam em explosões de violência e conseqüentes danos materiais. No entanto, com esta atitude, mantêm questões importantes para Murilo imersas em brumas impenetráveis, impedindo, de sua parte, uma elaboração intelectual e emocional destas vivências e, algumas vezes, gerando uma sensação de irrealidade: *"Morreu e eu não vi morrer"*. Esta mesma sensação, que sabemos ser extremamente perniciosa para o equilíbrio psíquico, também aparece em relação à figura do pai, de quem Murilo sequer sabe o nome.

Sobre o resto da família, Murilo refere-se genericamente a tios, primas e primos (que, às vezes, chama de sobrinhos), salientando que estes últimos também são doentes mentais.

Dos tios, pastores protestantes, Murilo guarda lembranças de atividades realizadas na igreja, pregações bíblicas e hinos religiosos que despertam fantasias terríveis, relacionadas à maldição divina e a Satanás, que culminam com a seguinte afirmativa: *"Eu não estudo a Bíblia, porque eu não gosto muito de Bíblia, porque meu tio falou que Satanás era eu."*

A idéia da maldição e da identificação com Satanás, compartilhada pela família, aterroriza Murilo, perturbando-o profundamente. No entanto, a família lança mão deste recurso, provavelmente com o intuito de manter seu comportamento sob controle ou, talvez, por pensar que a religião poderia salvá-lo da suposta maldição.

Retomando a história de sua vida, Murilo conta que, após um longo tempo internado, em 1991, deixou o hospital para morar com a mãe numa cidade do interior paulista. No entanto, esta tentativa foi mal sucedida porque, segundo Murilo, sua doença voltou a manifestar-se. A situação chega ao limite e a polícia é chamada a intervir:

"Quando eu saí daqui, eu fui prá A.S.B.. Fiquei quase seis meses lá, mas fiquei ruim. Quebrei tudo, o reforço da polícia militar de lá não deu prá levar eu e daí precisaram de mais um reforço. Daí a viatura levou eu prá um hospital em Avaré, hospital psiquiátrico de lá, mas disse a minha mãe que eu tinha parente prá cá. Então minha mãe, acompanhada de um soldado PM, sargento, disse que eu tava muito agitado, chamou a viatura, quebrei tudo, tiveram que me amarrar, pôr algema, eu tava muito nervoso. Daí minha mãe foi até o médico, falou que internassem ele no hospital mais próximo de onde ele mora, onde ele tem os

tios, parentes, porque vai acabar fazendo alguma coisa com a mãe. Ou vai matar, ou vai fazer alguma coisa, então não pode. O médico falou, porque eu tava agitado demais, aí ele deu dois calmantes ni mim, nos dois braço. Aí trouxe eu aqui prá São Paulo, eu vim com a polícia até aqui, a minha mãe também tava e os outros meus tios, veio o carro com os meus tios até aqui em São Paulo. Aqui em São Paulo, os meus tios foi prá casa dos outros, a minha mãe e um sobrinho meu ficaram no Pronto Socorro prá mim ser medicado, prá ver se ia ser levado prá Osasco, um outro médico que é especialista meu, ou se eu ia vim prá cá..."

Fica implícito na sua fala um certo orgulho pela atuação agressiva e pela mobilização dos familiares e até policiais para contê-lo. Afinal, é uma maneira, ainda que bastante penosa, de fazer notado e ouvido seu desespero associado ao profundo desejo de estar perto da mãe, ao mesmo tempo que percebe esta convivência como extremamente angustiante. Sua ambivalência expressa-se claramente na seguinte afirmativa, que surge no seu discurso mesclada de um toque de fatalidade: *"Daí minha mãe foi até o médico, falou que internassem ele no hospital mais próximo de onde ele mora... porque vai acabar fazendo alguma coisa com a mãe. Ou vai matar, ou vai fazer alguma coisa, então não pode."* A que Murilo refere-se especificamente? Assassinato ou algo proibido? Que fantasias ou representações inconscientes estariam envolvidas?

Atualmente Murilo está aposentado, o que lhe garante alguns poucos recursos, mas continua internado, sem previsão de alta, estando suas saídas do hospital limitadas a licenças médicas esporádicas. Faz, no entanto, alguns planos para o futuro, estando incluída a possibilidade de morar com os tios pastores, uma vez que Murilo reconhece ser impossível conviver com a mãe. Seria esta uma alternativa adequada, dada a angústia despertada pelas histórias bíblicas envolvendo a figura de Satanás?

Quanto a relacionamentos amorosos, Murilo fala que teve apenas uma namorada, mas não deu certo devido à sua doença, entendida como impedimento básico para qualquer relação afetiva, seja como parceiro amoroso ou pai. No entanto, fantasia a possibilidade de namorar uma das alunas do curso de Psicologia que o entrevistaram:

"... Criança é bom a gente ter, né. Eu sou doente, eu não posso ter criança... Eu gostaria de ter, mas eu sou doente, mulher não quer não... Mulher não quer, eu sou doente, né. Agora eu sou aposentado que é bom, né... Agora eu podia casar. (Você tem namorada?) Não, namorada assim tem que ter coisa de valor e eu não tenho coisa de valor. (Será que precisa ter coisa de valor?) É, precisa ver qual que

quer. Será que na faculdade não tem não mulher que quer assim, sem aposentar? Eu não posso trabalhar não. (Como assim?) Porque se tem umas que querem, a gente quer namorar. Precisa ver se tá bom o namoro e falar prá gostar da mãe da gente. Gostar da mãe e gostar de Deus tá bom. Mas eu sou pobre, ganho pouco prá mim casar. Ganho muito pouco, não sei se tem mulher que quer não. Precisa ver se na faculdade tem, né. Mas na faculdade deve ter alguma lá."

Murilo acha-se desprovido de "coisas de valor", é doente mental e por este motivo nenhuma mulher estaria disposta a manter um relacionamento amoroso com ele. Infelizmente, Murilo está com a razão porque, internado ou não, carrega o estigma de doente mental, o que dificulta sobremaneira qualquer possibilidade de realização afetiva ou sexual. No entanto, sua carência afetiva é tão intensa que alimenta a ilusão de que alguma universitária o queira, confundindo ingenuamente a atenção dada ao seu "caso" com um envolvimento afetivo.

Fica patente através da história contada por Murilo que sua dor maior, eterna companheira, é a solidão. Criado em instituições, embora cercado por pessoas e impedido de qualquer privacidade, sempre sentiu-se muito só e desamparado, um "ninguém". Na sua opinião, a única pessoa que o queria verdadeiramente ou que, pelo menos, preocupava-se com ele, era a avó que faleceu: "*D. Marilisa morreu e agora a gente ficou sem ninguém. Só tem os tios, mas a avó faz muita falta*". Não seria esta solidão, no imaginário de Murilo, a concretização de uma maldição? Por que teria ele sido amaldiçoado?

3.3 - O Segredo

Consta do prontuário de Murilo, um relatório do Serviço Social baseado em entrevista realizada com a sra. Isolda S.P., tia do paciente e apresentado em reunião clínica da equipe multiprofissional do HPSUS.

Julguei interessante transcrevê-lo na íntegra, em primeiro lugar por esclarecer pontos obscuros relativos às origens de Murilo, o que, no seu caso, é de suma importância para a compreensão das representações e fantasias subjacentes ao conteúdo manifesto de sua fala e, em segundo, por se mostrar revelador das representações sobre a doença mental por parte da entrevistada e do uso que delas é feito com o objetivo de obter a custódia de Murilo por parte do hospital. Embora o estudo das representações dos familiares não seja o tema da presente tese, achei oportuno abordá-las,

porque penso que tiveram peso decisivo na determinação do destino de Murilo.

Relatório Social

Entrevista com a Sra. Isolda S.P., 48 anos, desquitada, instrução 4a série do 1o grau, agente de portaria do INAMPS.

Identificação do paciente: M.E.R., 26 anos, natural de Minas Gerais, instrução 1o grau completo, católico, sem profissão definida.

História do paciente

A mãe do paciente nasceu com sérios problemas mentais, que se acentuaram durante a juventude, tornando-a uma pessoa inativa.

Aos 18 anos ficou grávida de um primo que abandonou logo em seguida. Teve toda assistência por parte de sua mãe até o nascimento da criança com parto normal.

Desde o nascimento a criança já apresentava sinais visíveis de desequilíbrio. Cresceu e atingiu a maioridade com problemas, mas tanto como a mãe era indefesa para tudo.

Quando o rapaz completa 18 anos, aproveita-se da debilidade da mãe e começa a manter com ela um relacionamento sexual intenso.

A avó do paciente quando percebeu, a filha já estava grávida de três meses do próprio filho. Expulsou o neto de casa e levou a filha para um hospital longe da cidade, administrado por freiras, onde permaneceu até dar à luz.

O paciente nasceu de parto normal e imediatamente foi levado para um orfanato, isso porque ninguém da família sabia do nascimento do mesmo. Seria um escândalo.

No orfanato, a avó visitava o paciente a cada três meses, não lhe deixando faltar nada.

Quando o paciente completou 14 anos, a avó veio para São Paulo e o trouxe para que continuasse os estudos (sempre fez questão de matriculá-lo em bons colégios para que tivesse uma boa educação).

Como o colégio só aceitasse jovens até 16 anos, o diretor do colégio, sabendo que o paciente não teria onde ficar, levou-o para sua casa, por ser o paciente muito prestativo.

O paciente ficou com o diretor por um ano, quando, certo dia, matou os dois cachorros da casa sem motivos. Percebendo que o paciente tinha problemas sérios, não aceita mais ficar com ele e o leva para a Febem, onde fica por um ano.

A avó do paciente, sentindo que de forma nenhuma poderia ficar com o paciente que saíra da Febem, pede a D. Isolda que cuide dele por ela, pois já estava com idade avançada e sem forças.

A avó do paciente muda-se para Santa Bárbara e resolve não levá-lo, pois tinha medo dele, que tinha prometido matar a mãe e avó com um pedaço de pau quando estivesse dormindo. A avó amedrontada, pois já tinha sido ameaçada por ele, deixa-o definitivamente aos cuidados de D.Isolda.

Com pena da sogra, D. Isolda disse que a mesma poderia ir sossegada que ela cuidaria dele enquanto vivesse. Nesta ocasião, o paciente foi apresentado à sua mãe por D.Isolda e o paciente não manifestou nenhuma forma de carinho. A mãe, por não conhecê-lo, agiu da mesma forma, como se fossem estranhos.

Com poucos meses o paciente já começou a apresentar um comportamento agressivo, quando houve necessidade de sua primeira internação em hospital psiquiátrico. Ficou no Hospital M. por meses, recebeu alta e veio para casa aparentemente bem. Após um mês, o paciente descontrola-se e é internado pela segunda vez noutra clínica por sete meses.

O paciente não toma os medicamentos em casa e quando recebe alta médica não chega a ficar um mês em casa, quando já começa falar em matar e mesmo pede para ser internado. Esta é a 7ª internação do paciente neste Hospital.

D. Isolda diz que o paciente é uma pessoa fria por essência, só demonstra carinho por seus primos menores e por ela, algumas vezes comprando presentes.

Quando o paciente está em casa, D. Isolda ao sair para trabalhar fica temerosa de deixá-lo com as crianças, porque a agressão do paciente é imprevisível, sem ter motivos aparentes que a justifiquem. Em casa, ela tem um menino de 14 anos, que é excepcional, uma menina de 12 anos e um menino de 5 anos que adotou.

A sogra faleceu há três anos. Ela comunicou a Murilo que recebeu a notícia tranqüilamente sem se incomodar, dizendo que só queria a herança da avó.

Afirma que só fez esses relatos para o hospital, porque era para benefício do paciente, pois jurou para a sogra que nunca falaria a ninguém a esse respeito.

O conteúdo deste relatório, tido pela equipe técnica como verdade inquestionável, tem um efeito bombástico, pois consiste na revelação de um terrível segredo. Murilo é o fruto do incesto, tabu arraigado na nossa cultura, que desperta fantasias e desejos profundamente recalçados, gerando emoções e sentimentos fortes e contraditórios: inveja inconsciente pela realização do desejo proibido e repulsa consciente pelo mesmo motivo. Neste contexto, torna-se possível desvendar o enigma expresso por Murilo ao iniciar o relato da história de sua vida: "A minha vida é só viver internado, porque a gente tá doente... tá ouvindo vozes... tão falando os negócios de Satanás da avó... É uma Maldição." Murilo é o maldito por Deus, é Satanás e

deve carregar para o resto de sua vida o peso desta Maldição. Esta é a configuração inconsciente de Murilo acerca da própria loucura e de sua condição de doente mental, naturalmente partilhada pelos familiares.

Abordando o relato de D. Isolda do ponto de vista de suas representações sobre a doença mental, nota-se que este é pontuado por um tom fatalista como se, dados seus antecedentes familiares, a sina de Murilo estivesse traçada já antes de seu nascimento.

D.Isolda inicia sua narrativa partindo do pressuposto que a mãe de Murilo *"nasceu com sérios problemas mentais que se acentuaram na juventude"*. Sofria, portanto, de doença mental hereditária ou, ao menos, congênita, que exacerbou-se durante a adolescência, levando-a a engravidar de um primo. O fruto desta relação, também *"desde o nascimento já apresentava sinais visíveis de desequilíbrio"*, sendo herdeiro da doença da mãe. Tais colocações são axiomáticas, omitindo D.Isolda qualquer tipo de explicação acerca dos sinais de tais perturbações. Continuando, conta que o filho, ao completar 18 anos, *"aproveita-se da debilidade da mãe e com ela começa a manter relacionamento sexual intenso"*. De "doente", o filho passa a "delinqüente" e quando sua avó toma consciência da situação, a mãe do primeiro e filha da segunda já estava grávida. Escândalo iminente! Expulsa, então, o neto de casa e esconde a filha da sociedade, levando-a para um abrigo religioso, longe dos olhos de todos. Logo após o nascimento, Murilo e sua mãe são separados e a avó desfaz-se do neto para evitar o escândalo, internando-o num orfanato.

Quem é Murilo? É neto e bisneto da avó, é filho e irmão do pai, é filho e neto da mãe. Tem simultaneamente dois laços de parentesco com seus familiares, mas é criado como órfão. Cresce nesta situação, longe da família, internado em instituições e mais tarde mora na casa de terceiros como serviçal. Sua companheira é a solidão, fruto da repulsa ou indiferença alheios. *"Certo dia mata os dois cachorros da casa, sem motivos"*, donde se conclui que a doença mental herdada dos pais começa a manifestar-se, desconsiderando-se totalmente os fatores psicossociais adversos que Murilo enfrentou toda a sua vida. É internado então na Febem, de onde sai ao completar a maioridade. A avó, sem condições de cuidar dele nesta ocasião, passa essa responsabilidade para a nora. O que a família pensa de Murilo? Acha que Murilo não só é doente mental, mas também um criminoso em potencial, que, de modo imprevisível e covarde, pode pôr em prática seus impulsos assassinos. Assim, como já era esperado, Murilo começa a tornar-se agressivo e D.Isolda não vê outra alternativa a não ser interná-lo numa

instituição psiquiátrica, argumento que é reforçado pelo fato de ter filhos pequenos, vítimas em potencial totalmente indefesas.

É patente o modo como D. Isolda direciona seu discurso com o objetivo de demonstrar que Murilo estava destinado à doença mental desde o nascimento. Existe uma conivência flagrante com o discurso psiquiátrico sobre a etiologia organicista da loucura: é uma doença mental hereditária e Murilo é a prova viva da teoria da degeneração da raça. Pais "doentes" e "delinqüentes" geram uma prole degenerada, herdeira de ambos os traços, sendo que esta deve pagar os excessos das gerações anteriores. Está também implícita no seu discurso a idéia de que a doença pode permanecer oculta e começar a manifestar-se em determinada época da vida (Morel). Segundo D. Isolda, a doença de Murilo começou a manifestar-se quando matou os dois cachorros e a partir deste sinal ele deve pagar com a "prisão perpétua" o delito de seus pais. Seu pai transgrediu o quarto mandamento da lei de Deus: "Honrar pai e mãe" e, na seqüência, Murilo violará o quinto: "Não matarás".

Como sinais da "doença mental" são apontados o comportamento agressivo, imprevisível e imotivado, a par das ameaças de morte associadas a indícios de suposta "frieza emocional". Exemplos da mesma são o fato de Murilo, segundo a tia, não se comover ao conhecer sua mãe, nem ao saber da morte da avó. Estas observações entram em choque com o relato do próprio Murilo e mesmo com as anotações contidas no prontuário do paciente: sofreu muito com a morte da avó, recordando-a com saudades até hoje e fica indeciso quanto a morar com a mãe pois, ao mesmo tempo que deseja, teme os conflitos emocionados gerados pela convivência com ela. Desta forma, mantém fortes vínculos afetivos com ambas, ainda que marcados por extrema ambivalência. Ambivalência plenamente justificada, uma vez que foi abandonado desde o nascimento pela família, pagando de modo extremamente cruel o "erro" de seus pais.

Dentro do esquema lógico estabelecido por D. Isolda, a única solução possível para o caso de Murilo é mantê-lo internado e medicado e esta acrescenta, para enfatizar a idéia, que em casa ele não toma medicamentos, agravando assim seu estado. Ao que parece, D. Isolda conseguiu seu propósito de passar para o hospital a custódia de Murilo pois, após esta entrevista, este permaneceu internado por três anos. Fica claro como o acompanhante do paciente psiquiátrico pode manipular o psiquiatra, mostrando-se conivente com a representação da loucura enquanto doença mental, com a finalidade de obter a internação (Tsu, 1993). D. Isolda não

acredita que Murilo possa ser tratado pela psiquiatria; deseja apenas livrar-se do peso da convivência com o paciente e, talvez, da Maldição de Deus...

Assinalo que o diagnóstico psiquiátrico estabelecido durante esta reunião clínica, da qual participei, foi "encefalopatia por consangüinidade", sendo considerado sinal clínico desta doença, a assimetria facial apresentada por Murilo. Diagnóstico, a meu ver, bastante discutível, uma vez que não há comprovação clínica da suposta patologia cerebral, estando o raciocínio médico baseado em antigas teorias fisiognômicas já em desuso. Na verdade, encobre o horror (e o desejo) de todos frente à violação do tabu do incesto, fantasias inconscientes profundamente arraigadas no imaginário social e individual.

3.4 - Conceitos, imagens e fantasias sobre loucura e/ou doença mental e sua relação com o drama de Murilo

3.4.1 - Loucura e doença mental: sinais e concepções etiológicas

Logo no início das entrevistas, Murilo faz uma série de comentários a respeito de sua situação atual, em cujas entrelinhas já se delinham algumas de suas concepções sobre a etiologia e sinais da loucura:

"(Murilo, como você tem passado? Já faz tempo que a gente não conversa...) Fiquei internado lá no hospital. Depois fui prá casa da minha mãe também, depois quebrei tudo. Quebrei, precisou dez polícia para me pegar. (Por que você fez isso?) Escutei voz, escutei a voz, então mandaram chamar a polícia; eu vim com a polícia prá cá... Eu fui embora daqui de alta, mas depois... eu não me senti bem com a minha mãe, escutei voz e quebrei todos vidros lá em casa, a polícia me trouxe. Foi isso que aconteceu. Agora ela tá brava comigo e agora só me tira de licença só, minha mãe e meus tio. (Por que você ficou nervoso?) Fiquei nervoso porque faltou remédio; faltou remédio e eu fiquei doente. Fiquei doente, quebrei tudo. Aí, minha mãe, o meu tio, chamaram a polícia. Só veio polícia prá me amarrar porque eu quebrei tudo. Tava com raí..., tava escutando voz, com raiva que a minha mãe falou que era prá mim trabalhar bastante e eu não posso trabalhar bastante, tenho que trabalhar pouco. O médico disse que eu não posso trabalhar bastante não. (No que você estava trabalhando?) Antigamente era faxineiro. (E depois que você saiu do hospital?) Fui prá casa e depois fui prá outro hospital internado. Mas foi duas, três semanas e fui embora. É porque disse que tinha muitos poucos dias que eu sai de um, já vai pro outro, assim eles num... porque remédio assim já tava na receita. Então o médico falou que não podia. O

médico falou prá tratar em casa e se não melhorasse, voltasse prá ele. Mas depois acabou o remédio e eu quebrei tudo (...) (E as vozes?) As vozes? Porque minha avó morreu, é isso que aconteceu. Minha avó morreu, então eu quebrei tudo. Faz tempo, faz alguns anos. Quebrou, quebrei tudo. As voz, depois eu não dormia direito também em casa. (O que as vozes diziam para você?) Prá ter calma com a avó, senão vai matar ela, é o Satanás. (Quem vai matar?) O Murilo vai matar. (O Murilo vai matar quem?) Vai matar a avó, vai matar todos. É o Satanás que tá falando isso. Olha, ele é o inimigo da gente. Os tios ficam falando esses negócios de Satanás, agora eu tô escutando também. (O que eles ficam falando?) Ficavam falando... obedecer a mãe, prá ficar quieto, senão eles chamava mais reforço ainda. Aí quebrei tudo, veio dez polícia. Quebrei tudo dentro de casa e aí chamou outro reforço, quebrei tudo. (O que você acha de ter feito isso?) Fizeram isso comigo na Febem, botaram eu muitos anos na Febem, então comecei a fazer isso. (E os seus tios?) Tá com raiva deles; quiseram que eu ficasse em casa, mas não resolveram medicamento prá mim. Faltou medicamento, é por isso..."

Num primeiro momento, Murilo considera-se portador uma doença orgânica que deve ser tratada por meio de medicamentos, sem os quais Murilo não consegue dormir e, insone, passa a ouvir vozes que o perturbam, levando-o a descontrolar-se e a quebrar objetos e vidros. Diante deste comportamento "anormal", gerado pela suposta doença que, além de causar desconforto e receio entre os familiares, ocasiona prejuízos materiais, a polícia é chamada a intervir e reencaminha-o ao hospital psiquiátrico. Por outro lado, Murilo responsabiliza fatores emocionais pela irrupção das "crises": morte da avó (perda afetiva) e permanência na Febem (lições de violência). Paralelamente a hipóteses vinculadas à origem orgânica e/ou psicossocial da loucura, outras concepções de caráter mágico insinuam-se no seu discurso, superpondo-se às primeiras: Murilo atribui as vozes que o perturbam a Satanás, "*inimigo da gente*", sugerindo que seu desatino é proveniente do demônio, espírito maligno que dele se apodera, insuflando-o a praticar atos agressivos e até assassinatos. Diante do risco para a segurança alheia, a única solução visualizada pela família, segundo Murilo, é a internação psiquiátrica.

Assim sendo, três vertentes explicativas sobre a loucura (orgânica, psicossocial e mágica) norteiam seu discurso, associando-se em formações psíquicas, onde freqüentemente possíveis contradições são desconsideradas e onde se aglutinam posicionamentos ideologicamente opostos.

A seguir, apresentarei alguns recortes do discurso de Murilo, destacando a maneira pela qual representações oriundas das diferentes

vertentes explicativas articulam-se nos diversos momentos das entrevistas, muitas vezes originando configurações surpreendentes, inesperadas e até ilógicas do ponto de vista racional. No entanto, estas associações adquirem inteligibilidade, considerando-se a interferência de imagens e fantasias inconscientes, atuantes através do processo primário de pensamento, as quais, como aponta Freud (1900), tem por objetivo dar vazão ao desejo inconsciente disfarçado pelos mecanismos de defesa para atender ao compromisso firmado com a censura.

Conforme já foi assinalado, Murilo assume-se como "doente mental", objeto privilegiado dos cuidados da psiquiatria. O saber psiquiátrico, considerado o discurso competente sobre a loucura (Chauí, 1981), é tido por Murilo como inquestionável e acima de qualquer suspeita. Repetindo suas palavras:

"Eu acho que eu sou doente mental porque o médico disse que eu sou. (E qual é a sua opinião?) Eu? Que eu sou doente porque eu quebro as coisas. Outro dia, quebrei um vidro aí. Eu escutei vozes, as vozes atacaram de novo."

"Agora eu não tô querendo ficar muito internado, porque parece que eu sou aposentado também. Eu tenho dinheiro, eu consegui a aposentadoria graças aos meus tios e à minha mãe. Mas eu quero fazer tratamento bem bom lá fora, mas precisa ser remédio bom, um médico que cuida todo dia da gente, porque sem médico também a gente não pode viver também."

É o médico que sabe o que se passa com ele, entendendo seu comportamento destrutivo como "sintoma" de sua doença. Mesmo aventando a possibilidade de alta do hospital, Murilo não dispensa os cuidados médicos ("*sem médico também a gente não pode viver também*") colocando-se numa situação de dependência extrema. Entendo que Murilo, sentindo-se desamparado frente a impulsos poderosos que dele se apossam e aterrorizado por fantasias não conscientes a eles associadas, percebe o tratamento psiquiátrico como um benefício indispensável para sua sobrevivência (talvez por ser o único acessível) pois, mal ou bem, este o impede de concretizá-las. Por outro lado, quando inquirido sobre as causas de sua "doença", esquece os ensinamentos da psiquiatria e recorre a fatores psicossociais para explicá-la. Retomando as palavras do próprio Murilo:

"Quando eu era pequeno, eu fui criado no Juizado, né. Fui criado no Juizado porque a minha mãe não tinha condições de sustentar eu. Aí já comecei apanhando dos inspetor de aluno e foi onde deu problema na minha

cabeça... Era na Febem, a do Tatuapé. Em Itapetininga foi onde eu apanhei mais. Aí o diretor do hospital lá, mandou eu embora, não tava agüentando eu, eu tava ficando rebelde, eu tava ficando doente mental, então mandaram eu embora. (Por que você tava ficando doente mental?) Porque eu não ia prá escola direito, não aprendia a fazer contas, então ficava apanhando direto."

Nesta ocasião, Murilo explica que "*deu problema na sua cabeça*" por ter sido criado em instituições para menores, privado da atenção e cuidados maternos, excluído do convívio familiar, vítima de maus tratos e exposto a exemplos de violência. Indica como sinais da suposta "doença", a rebeldia, isto é, a desobediência às regras e normas institucionais e a incapacidade para aprender (déficit intelectual). Pobre Murilo! Como já foi comentado por ocasião da narrativa de sua história, encontrava-se diante de um beco sem saída: se comparecesse às aulas apanhava porque não aprendia e se faltasse, era surrado do mesmo modo por ser considerado "rebelde". De qualquer forma, as supostas manifestações da doença mental mereciam um "tratamento" corretivo.

Noutra oportunidade, Murilo continua tecendo considerações sobre suas vivências extremamente traumáticas na Febem, associando-as à "doença":

"Minha mãe tá em A.S.B. Tá quieta lá, tá nervosa também, ela é doente também... Eu sou doente e minha mãe também é. (Doente de que?) Da cabeça. (Por que você acha que ficou doente da cabeça?) Porque espancou, lá na Febem bateram na gente, os inspetor de alunos bateram na cabeça da gente. É um inspetor que tinha lá em Itapetininga que bateu. (Bateu na sua cabeça?) Bateu na minha cabeça, bateu na minha mão e jogava eu no chão. Era sempre os inspetor."

Já nesta passagem, insinua-se a possibilidade da intervenção de fatores orgânicos... "*Bateram na cabeça da gente*" é uma afirmativa dúbia que pode sugerir uma doença ocasionada por lesão cerebral. Assim, fatores orgânicos e psicossociais envolvidos na determinação das perturbações mentais aparecem mesclados em seu discurso, de forma que, ao ser posto em evidência um tipo de causalidade, o outro continua presente, permeando sua fala o que demonstra a ambivalência de Murilo em optar por uma ou outra explicação.

Murilo também sugere a possibilidade de uma herança familiar no tocante à doença mental, ao relatar que sua mãe e dois "sobrinhos" são portadores do mesmo mal:

"Ela queria ver eu mais tempo, mas não dava, não dava prá tratar de mim e não dava prá mim tratar dela, porque nós dois somos doentes também, minha mãe também é doente... É doença mental também. Ela é doente mental também e ela tem também doença do coração também, minha mãe."

A seguir, acrescenta, a respeito dos primos (que chama de sobrinhos):

"Meu sobrinho também... é doente, é doente da cabeça. (Doente da cabeça?) Também, minha prima cuida dos dois... Os dois são doente. É dois primo que eu tenho. (Qual é a doença?) É problema assim na cabeça. Eles estuda na APAE. (Que tipo de problema é?) É problema mental também, eles fica nervoso."

As passagens acima reforçam a hipótese organicista, sugerindo a transmissão genética da doença mental, cuja sintomatologia inclui desde "nervoso" até déficit intelectual. No entanto, ao reportar-se à doença da mãe, Murilo diz que esta também apresenta "doença do coração". Pensando no que pode estar contido nas entrelinhas de seu discurso, é possível supor a existência de uma alusão velada ao sofrimento emocional como determinante (ou equivalente) das perturbações mentais, uma vez que o coração é representado desde a Antigüidade como a sede dos sentimentos e emoções.

Continuando a rastrear seu discurso em busca de pistas indicativas do modo como Murilo articula as representações socialmente difundidas sobre a loucura, destaco outro trecho bastante sugestivo de sua fala:

"Durmo com remédio, sem remédio não. Sem remédio eu não durmo, porque sem remédio eu fico a noite inteira acordado. Eu não sei se é problema dos olhos, da cabeça... (Problema dos olhos?) Meu olho parece que não enxerga, o médico falou que não é nada. (O que tem seu olho?) O meu olho é pequeno. Esse aqui é mais grande, esse aqui é mais pequeno. É baixo e esse aqui é alto. E as luzes aqui por dentro é meio escondida, aqui é mais abaixada. (O que é mais escondida?) A luz, aquela que enxerga e essa parte, esse negócio aqui... (Pálpebra?) Então, o médico diz que é normal, que nasce defeituoso, que nasce assim. Mas na fotografia não era assim. (Então, porque você acha que tá assim?) Se o médico não sabe... (Mas o que você acha?) Eu acho que isso aqui precisa fazer operação, né. (Operação para que?) É prá aumentar mais o olho. (Você enxerga bem?) Enxergo. Tem uma luz que eu enxergo, mas essa luz aqui, essa aqui, tá abaixada, esta tá mais alta, pode ver, ó. Ó, essa aqui tá abaixada. Eu falei pro médico, ele falou que não é nada. (E você acha que é o que?) Eu acho que deve ser doença, não sei. (Que doença?) De olho, de olho, né. Mas chegou o médico e disse que não é nada. Eu

acho que é doença do olho porque, quando eu era de pequeno, quando era maior também, não era pequeno, era grande. Não dá prá entender não. (E você acha que devia operar?) Devia, mas é só o médico que sabe. O médico diz que é normal, tá enxergando bem, não pode fazer nada. Médico psiquiatra entende tudo. (Você acha?) Eu acho, se não entendesse, eu não tava internado, né. Eles entende de tudo. (Você confia neles?) Confio, ele é um grande médico psiquiatra. Antigamente eu não sabia o que era psiquiatria não. (Agora você sabe?) Agora sei, porque psiquiatria é prá cuidar de doente também, né. Não sabia que cuidava de doente. Cuida de doente que é igual eu que sou louco. (Você é louco?) Sou, sou louco varrido, eu quebro tudo em casa. (Você é louco varrido?) Sou, porque eu já fui xingado de louco varrido, porque eu quebrei o coiso em casa, na casa da minha mãe. Precisou até chamar a viatura, a patrulha de lá de Itapevi prá comunicar os parente. Aí os parente me levaram de carro com a polícia da Rota prá ver se acalmasse. Chegou lá, só o médico de lá onde a minha mãe se trata em Avaré pode medicar. Porque lá tem os médicos e lá onde eu tava só tem o postinho, mas os médico adequado de psiquiatria não tem, que a minha mãe também trata de psiquiatria também. Minha mãe também é doente, eu tenho dó dela, vamos ver se Deus ajuda ela, que ela melhora."

Murilo começa contando que sofre de insônia e só consegue dormir com o auxílio de medicamentos. Fica indeciso se a insônia deve ser atribuída a um problema nos olhos ou na cabeça, a uma dificuldade periférica de visão ou a uma perturbação mental, sugerindo uma relação entre ambos. Penso que, sutilmente, Murilo lança mão de uma metáfora para explicar o que entende por loucura: uma dificuldade para "ver" a realidade com clareza e precisão, encontrando-se esta distorcida pela "doença". Neste caso, a loucura seria entendida como um erro de julgamento, decorrente de um comprometimento a nível perceptivo, que, a seu ver, pode ser explicado e tratado pela medicina. A esta idéia, Murilo acrescenta: *"O médico disse que é normal, que nasce defeituoso, que nasce assim"*, não havendo cura para o seu caso. Diante deste aparente paradoxo (normal e defeituoso), superável se levarmos em conta que, dentro dos parâmetros da medicina, é "normal", isto é, esperado, que o doente mental já nasça "defeituoso", Murilo questiona a opinião médica dizendo que deveria ser operado, possivelmente por relutar em admitir o caráter irreversível da doença mental.

No entanto, este questionamento não se mantém e Murilo logo volta atrás: *"Médico psiquiatra entende de tudo"* e explica o motivo desta asserção: se a sociedade autoriza a internação psiquiátrica, não há como, nem porque, duvidar da competência médica para tratar a loucura e outros distúrbios

orgânicos. A seguir, Murilo conta que "*antigamente eu não sabia o que era psiquiatria. Agora sei (...) cuida de doente igual eu que sou louco*" dando a entender que antes sabia-se louco, mas não se sabia doente. Provavelmente este "conhecimento" proporcionou-lhe alívio, uma vez que o exime da responsabilidade de seus atos, livrando-o da culpa ou de uma possível punição. A partir daí, seu raciocínio baseia-se naquilo que considera uma "evidência" até então desconhecida: a loucura é uma doença e, portanto, é objeto de estudo da medicina. Esse suposto saber adquire contornos de verdade axiomática, dispensando, inclusive, qualquer tipo de comprovação: a palavra do médico basta. Questionar esta "verdade" é impensável para Murilo, talvez porque a alternativa que vislumbre seja pior ainda.

Continuando, Murilo alude a uma possível associação entre sinais físicos e distúrbios mentais, remetendo-nos à tipologia e, mais especificamente, à fisionomia, teorias em voga na psiquiatria do início do século (in Ackerknecht, 1962). Segundo estas teorias, o tipo de constituição física forneceria indícios sobre o temperamento do indivíduo e os traços fisionômicos, devidamente analisados, além de revelar características psicológicas, poderiam identificar "loucos" e "criminosos". Neste contexto, a ocorrência de malformações físicas estaria intimamente associada à presença de defeitos mentais: no caso de Murilo, a ptose palpebral revelaria um problema mental. Enfatizo que, além de falsa e fantasiosa, tal abordagem é extremamente perigosa, podendo facilmente ser manipulada ideologicamente: tida como "verdade" condena *a priori* aqueles que malfadadamente apresentam tais características. Diga-se de passagem, que esta concepção nada mais é de que um desdobramento da teoria da degenerescência da raça que preconizava, inclusive, a esterilização dos doentes mentais, a fim de evitar uma prole de degenerados (Costa, 1981).

Acrescento ainda que Murilo, ao assumir-se "louco varrido" e ao admitir a necessidade de intervenção policial, faz uma ponte entre o louco e o criminoso. Por outro lado, tido como doente, a polícia o encaminha ao hospital para ser tratado, o que é preferível a ser considerado delinqüente e encaminhado à prisão para ser punido. Murilo, entretanto, sabe que é tênue a fronteira entre ambos, pois a polícia é uma presença comum e o suposto tratamento psiquiátrico também implica em exclusão social

Como sinais da doença mental, ao lado de manifestações de rebeldia e descontrole emocional, Murilo aponta o estado de fraqueza como inerente à sua condição de doente mental:

"Eu gosto de atividade também, desde pequeno gostei de atividade, mas não posso trabalhar muito, senão fica doente. Se trabalhar muito dói minha cabeça, já fico nervoso. Trabalhar demais, cansa. Eu não posso trabalhar muito não... Eu acho, na minha opinião, eu tô fraco. Faz tempo que eu internei agora de novo, já faz quase um ano. Então eu acho que eu tô ficando fraco, preciso de vitamina boa. Eu suo bastante no cobertor, não sei o que é isso. (Sua?) Suo. Na horta também suo bastante, nem dá prá começar a trabalhar já tá cansado, faz um pedacinho já tá cansado. Eu não sei, acho que o médico não vai fazer nada. Vou falar com ele, prá ele dar uma vitamina boa."

Murilo sente-se enfraquecido e atribui ao cansaço decorrente do excesso de trabalho o ressurgimento de outros sintomas da "doença" (dor de cabeça e "nervoso"). Acrescenta que este raciocínio apoia-se nas palavras de seu médico: *"Eu não posso trabalhar bastante não. O médico disse que eu não posso trabalhar bastante"*. Entende que necessita de vitaminas para fortalecer seu organismo, estando subjacente a idéia de que a mente sadia depende de um corpo saudável e vice-versa. Não cogita sobre a possibilidade de que a sensação de fraqueza seja consequência de medicação psiquiátrica continuada que, sabidamente, provoca, como efeitos colaterais nocivos, indisposição e sonolência.

Mais uma vez Murilo, considerando-se fraco, confirma a representação difundida pelo saber competente: é um ser improdutivo e incapaz. Esta "fraqueza", conseqüente da doença, também se estende à sua mente, resultando numa debilidade mental:

"Eu fico muito triste porque agora eu não posso mais estudar. (Você acha que não?) Não, já perdi tudo a cabeça. (Perdeu a cabeça?) Perdi. (Por que você acha que perdeu a cabeça?) Agora eu não posso estudar mais não, a cabeça não ajuda não. Eu sou doente da cabeça."

Murilo acha que não tem mais condições de estudar porque imagina que a doença já tomou conta de seu cérebro, impedindo-o de pensar. Representa, portanto, a doença mental como um mal que progressivamente o está inutilizando, desconsiderando, desta forma, os efeitos psicossociais altamente perniciosos das internações sucessivas (Febem e instituição psiquiátrica), bem como as possíveis alterações orgânicas decorrentes de tratamento medicamentoso prolongado.

No entanto, o sintoma primordial para diagnóstico da doença mental é, na sua opinião e no entender da psiquiatra, o fato de ouvir vozes (classificado nosologicamente como distúrbio senso-perceptivo). Entendo,

com base nos conceitos psicanalíticos, que estas vozes consistem em projeções de suas fantasias inconscientes, inadmissíveis como produções próprias e, por este motivo, atribuídas a uma outra pessoa ou entidade. Ao analisar o conteúdo das mesmas, constata-se que, paralelamente a representações ligadas à etiologia psicossocial ou orgânica da loucura, emergem outras, profundamente arraigadas no seu imaginário, associadas a concepções mágicas e relativas à interferência de espíritos malignos. Retomando as enigmáticas palavras com que inicia a narrativa de sua vida, acredito agora ser possível lançar alguma luz sobre o conteúdo subjacente à sua fala:

"A minha vida é só viver internado porque a gente tá doente... tá ouvindo vozes... tão falando os negócios de Satanás da avó. A avó descansou em paz, então o Satanás tá mexendo com a gente. É uma Maldição."

Murilo "vive internado" porque acredita-se portador de uma doença, cujo sintoma consiste em ouvir vozes que atribui a Satanás. Relaciona a morte da avó à perturbação gerada pelo espírito malévolo, contrapondo o "descanso" e "paz" daquela ao seu desassossego e inserindo neste contexto a idéia de uma Maldição.

A representação não consciente da sua "loucura" associada a uma Maldição, parece estar presente desde sua infância e ser partilhada pelos familiares, como mostra o texto a seguir:

"Ah, eu fiquei nervoso, eu ia na igreja com a minha mãe também, a gente escutava muitas coisas na cabeça também. (O que você escutava?) As vozes, né. Eu escutava dentro da igreja... O hino da igreja também. (E o que mais?) É os pastor falando outras coisas que não deve falar. Falavam muito negócio de Satanás, muitas coisas de maldição prá Deus e outras coisas. Não pode ficar falando muitos troços disso daí não. (Por que?) Fico nervoso, não pode ficar falando isso aí não. Perto dos outros tem que falar bem, porque o Satanás, ele pega no pé dos outros. É só os pastor que sabe dizer isso. Não sei se é pastor ou padre que sabe falar isso. Mas eu não gosto. (Você não gosta?) Não, porque na igreja do meu tio, eles falava isso. Por isso eu escutei isso aí desde pequeno. Eu perdi minha avó."

Murilo conviveu com os tios pastores e, desde pequeno, ficava muito assustado com os hinos cantados na igreja, sendo que as "vozes", atribuídas a Satanás, reproduzem estas reminiscências e são interpretadas como fruto de uma maldição divina. É interessante observar que, sistematicamente, Murilo associa a perda da avó à ocorrência das vozes:

"Eu pergunto, mas eles fala que morreu, a avó morreu, não quer que fica perguntando lá em casa...(E você pergunta?) Eu pergunto, mas eles fala que morreu. Morreu e eu não vi morrer. Eu não vi morrer, foi meu sobrinho que falou. Ele falou que morreu, falou que a vó morreu, eu fui em casa e ele pegou e falou: Murilo, sua vó morreu. (E você?) Ah, quebrou tudo. Quebrei tudo, quebrei geladeira, fogão, quebrei tudo. Porque não tem jeito, fica escutando a voz de Satanás, a voz fica escutando a gente. É ruim escutar assim. (A voz fica escutando você?) É, o Satanás, fica escutando a gente. (Como Satanás fica escutando a gente?) Eu não sei. Ele fala que é prá ficar calmo, levantar bom. (Isso é Satanás que fala?) É o Satanás. (Então, ele dá bons conselhos.) Eu não sei como ele é, diz que ele é ruim. (Você já viu Satanás?) Eu nunca vi porque diz que é da Bíblia, né. (É da Bíblia? Você já estudou a Bíblia?) Eu não estudo a Bíblia, porque eu não gosto muito de Bíblia, porque meu tio falou prá mim que Satanás era eu."

A meu ver, o desespero gerado pela morte da avó ativa fantasias não conscientes, que se expressam, de modo camuflado e distorcido, nas vozes que o atormentam e Murilo, confuso e transtornado, extravaza sua angústia quebrando objetos. Entretanto, Murilo interpreta sua "loucura" como decorrente de uma maldição de Deus, consistindo esta em ser atormentado por Satanás que o vigia ("*Satanás fica escutando a gente*") e persegue, falando ao seu ouvido e induzindo-o a destruir tudo. Murilo é o instrumento de Satanás que, por vezes, nele se incorpora. Ressalto, por outro lado, que, mesmo quando salienta a interferência de fatores mágicos na deflagração de suas crises, a etiologia emocional (referências à perda da avó), embora desarticulada do conjunto, não fica totalmente descartada.

Assim sendo, perturbado pelas vozes, Murilo perde o controle de seus atos e destrói objetos para evitar o pior: tornar-se, além de louco, assassino, concretizando e perpetuando a suposta maldição:

"...Iguar minha mãe, minha mãe também é doente mental, não dá nós dois prá ficar em casa, senão a gente vai se matar nós dois. (Será?) Eles que fala, porque nós escuta voz. Mas eu não posso matar porque Deus não quer que mata, Deus não quer, Deus não gosta de quem tira a vida dos outros. Como nós vamos na Igreja, nós escuta muito a Bíblia, Deus não quer que tira a vida da mãe não. Se a gente tira a vida da mãe, vai prá cadeia, se matar a mãe, se a gente fazer alguma coisa com a mãe da gente, a gente vai prá cadeia, que a mãe é importante na vida. O delegado mesmo falou que a gente não pode fazer, nem ameaçar a mãe que a gente pode ir prá cadeia."

Murilo teme, ou seja, inconscientemente deseja, assassinar a mãe, insuflado pela influência demoníaca. Nestes momentos é, provavelmente, tomado pelo ódio devido ao abandono de que foi vítima desde a infância mas, caso se deixe levar por estes impulsos, seu destino será a cadeia, segundo foi confirmado pelo delegado. Murilo prefere prevenir o que, caso contrário, será irremediável.

No entanto, parece-me que as "tentações demoníacas" incluem outros aspectos, inimagináveis para Murilo: *"Se matar a mãe, se a gente fazer alguma coisa com a mãe da gente..."* Fazer o que? Interpreto que o desejo de cometer matricídio esconde outro, igualmente aterrador e totalmente inconsciente, de natureza sexual. Como aponta Freud (1900), quando a angústia gerada pela emergência de um tipo de afeto é muita intensa, este é recalcado e transformado no seu oposto. Assim o desejo incestuoso é percebido como aversão, o amor, como ódio. No caso de Murilo, dada a singularidade de suas origens, a ameaça da concretização do incesto é particularmente intensa, sendo sua própria existência a prova concreta da viabilidade do mesmo. No imaginário familiar e popular, Murilo é o Maldito, fruto de uma união incestuosa, cujos pais violaram as leis de Deus, estando, ele próprio, enquanto descendente, sujeito à maldição divina. Por este motivo, deve pagar com a doença mental pelo pecado dos pais.

Outro dado interessante é o fato do segundo nome de Murilo ter sido inspirado em uma figura bíblica, retratada no Antigo Testamento como alguém que, vivendo recluso e em meditação, foi chamada por Deus para conhecer os mistérios relativos à queda de Lúcifer e ao pecado original. Depois de instruído, este personagem retorna ao mundo dos mortais com a missão de transmiti-los aos seus conterrâneos. Cumprida esta tarefa, retorna aos céus e passa a ocupar junto ao Pai Celestial o lugar deixado pelo anjo decaído devido à sua traição e inveja.

Não se sabe até que ponto Murilo sabe sobre esta lenda, mas certamente seus tios pastores a conhecem e considero mais de que coincidência a presença, em seus delírios e alucinações, da figura de Lúcifer (Satanás) e a idéia de uma maldição divina. Estas representações, por outro lado, remetem-nos ao Jardim de Éden, a Adão e Eva, à tentação de Satanás, ao pecado original e à conseqüente maldição de Deus extensiva a toda sua descendência.

Ainda que de modo velado e tortuoso, as hipóteses de Murilo acerca das origens de sua "loucura" versam sobre o mesmo tema, coincidindo não só com as lendas do Antigo Testamento, mas também com os fundamentos

da teoria da degeneração da raça. Talvez esta última tenha se inspirado nas primeiras, naturalmente após apropriada camuflagem científica com objetivos óbvios de manipulação ideológica.

Entre a "cruz e a espada", entre assumir-se como o "Maldito" ou considerar-se doente mental, Murilo adere com afinco a esta última representação, ainda que a primeira continue atuante no plano não consciente. Ou melhor, acopla ambas numa mesma configuração de modo que a doença mental apareça num primeiro plano, encobrendo a idéia de maldição subjacente. Aliás, suspeito que, em alguns momentos, ambas apareçam aglutinadas na crença de que a doença, em especial a doença mental, é decorrente de uma maldição divina. Desta forma, sincreticamente, Murilo superpõe representações relativas à origem orgânica e mística da loucura, às quais, eventualmente, se associam, ainda que desarticulados, fatores psicossociais enquanto determinantes dos distúrbios mentais (por exemplo, maus tratos na Febem).

Qualquer que seja o tipo de causalidade aventado, o "castigo" maior de Murilo é a condenação à solidão, à qual se refere a propósito de alguns comentários de seu primo sobre sua semelhança com o cantor Sidney Magal:

"... o grandão, o que vai fazer dezoito anos, é o mais velho. Chama o tio de Magal, ele chama eu de Magal. (Por que ele te chama de Magal?) Porque ele gosta do Magal, né, gosta do Sidney Magal. (E você gosta do Sidney Magal?) O Sidney Magal, ele canta bem, né. (O que ele canta?) A música dele? (É). Se te agarro com outro, te mato, te mando umas flores e depois escapo... Essa música. (Como é? Se te agarro...) ...com outro, senão te mato, te mando algumas flores, senão escapo. Se te agarro com outro, te mato, te mando algumas flores e depois escapo. Um negócio assim, a música. Dá dó dele, né, o Sidney Magal dá dó dele, ele canta bem. (Por que você sente dó dele?) É, porque ele é doente também, né, ele canta bem... Ele é doente também, ele tem solidão. (Solidão?) É, acho que é doente, né. Sofre sozinho, é solidão. (E você? Você sofre de solidão?) Sofro muito de solidão. Não tenho casa aonde ir..."

Como Magal, Murilo considera-se "louco" devido aos seus desejos sexuais, carregados de intensa agressividade, pagando por esta "doença" com a solidão. Esta é, em suma, uma das faces do "tratamento" que a sociedade lhe dispensa: a exclusão e o isolamento, devidamente camuflados por justificativas científicas.

3.4.2 - Soluções para a loucura e/ou doença mental

Como já foi assinalado, Murilo não acredita que haja cura para a "doença mental" mesmo porque, considerando-a fruto de uma maldição divina, pensa que a ciência é impotente frente às forças do destino. Assumindo-se como doente, a solução vislumbrada é manter sob controle medicamentoso suas crises de agitação, evitando que dê vazão a impulsos incestuosos e assassinos e torne-se, além de louco, criminoso.

Entretanto, quando aflora sua insanidade, a única providência possível é chamar a polícia e encaminhá-lo à instituição psiquiátrica. A idéia parece ser mais ou menos a seguinte: "o mal já está feito e não tem solução; resta evitar o pior".

Além da contenção de seus impulsos pela exclusão do convívio social, segundo Murilo, a instituição psiquiátrica tem, por intermédio do médico responsável pelo seu caso, a função de tratar sua doença. Vejamos no que consiste este tratamento:

"... Eu não sabia que existia esse hospital aqui não, senão eu ia vim prá cá. (Você gosta daqui?) Desse, eu gosto. Tem tratamento aqui, né. Sabe o que eu queria do Dr. L.C.? Eu queria uma injeção. (Para que?) Tipo uma glicose. Eu pedi prá ele, ele não deu. Ele disse que é só prá caso grave. É bom, é vitamina. Os paciente diz que é vitamina. (Por que você quer vitamina?) Eu tô tomando uma vitamina B, depois eu queria tomar outras, diz que é melhor a outra. Essas é só prá abrir o apetite, não é pro organismo. É isso."

O primeiro tipo de tratamento proposto por Murilo é o emprego de vitaminas para fortalecer seu "organismo", por considerar a fraqueza e fadiga que sente como sintomas físicos da doença mental. Em outro momento, enfatiza a importância do uso de tranqüilizantes para o controle das crises de agitação:

"Ah, eu queria ver ele todo dia, porque médico tem que ficar aí todo dia. A gente tem que ver todo dia a cara do médico. (Você está sentindo alguma coisa?) É só ele que sabe. (É você, o que acha?) Eu tô bom. É só olhar prá ele, que ele sabe. (Então você quer olhar prá ele?) É, olhar prá ele, ele sabe se a gente tá bom ou não, porque médico olha prá cara da gente, sabe tudo da gente. (Será, Murilo?) Não, porque eu vi o Nilson falando que a faculdade ensina isso. Olhar prá cara do homem, já sabe o que tem. (E o que ele falou que você tem?) Não, ele sempre pergunta o que que tem. Mas eu acho que médico sabe o que a gente tem. (E você, o que você acha que tem?) Problema na cabeça, sou nervoso, não posso ficar em casa não, me dá um troço."

Preciso é tomar calmante forte, calmante fraco não dá. Eu preciso tomar um calmante forte, sabe aqueles de 50, o calmante forte, prá ver se melhora. Senão vai demorar muito para sarar, vai demorar muito."

Destaca-se inicialmente em sua fala, o total descrédito que Murilo dá à percepção que tem de si mesmo, o que é compreensível pois, conforme reza o discurso competente, a opinião do doente mental sempre deve ser encarada com reservas. Em oposição a esta atitude, a figura do médico é idealizada ao extremo: seu olhar é bastante e suficiente para avaliar o estado de saúde do paciente. Penso que, permanecendo totalmente passivo frente ao tratamento, Murilo coloca-se até certo ponto numa posição confortável, porque, desta forma, evita o contato direto com a angústia, aplacada pelos "calmantes fortes" que lhe são administrados. No entanto, a prática clínica mostra, e Murilo também sabe disto, que os tranqüilizantes, ainda que ajam como "analgésicos" poderosos contra o sofrimento psíquico agudo, não passam de paliativos de curta duração. A solução do seu ponto de vista é, portanto, ser eternamente acompanhado pelo médico:

"(Médico) trabalha pouco, não pode cansar muito, porque tem que trabalhar pro resto da vida, tem que cuidar da gente bastante. Se morrer um médico, então acabou tudo, não pode morrer. (Não pode morrer?) Não, médico não pode morrer, porque médico é prá tudo, prá nós, prá cuidar da alma nossa. (O médico cuida da sua alma?) Cuida da alma, cuida da cabeça, tudo. É prá cuidar direito, prá ver se a gente tá engordando ou tá emagrecendo. É isso que é cuidar."

Nesta passagem, o médico adquire o *status* de Deus, imortal, eternamente disponível para cuidar do seu corpo e da sua "alma", expressão que nos remete a concepções místicas sobre a loucura, ainda que neste momento, os métodos de tratamento aventados restrinjam-se àqueles de ação orgânica. E, por falar em alma, Murilo chega a aventar a possibilidade de sair o hospital e ir morar com seus tios pastores:

"Diz a minha tia que, se melhorar um pouco, se eu for embora até dezembro, eu vou morar com os outros tio, outros tio que são pastores, diz que aqueles lá vão melhorar a minha vida, que a minha mãe vai ficar com saudades, mas eu vou morar com eles. Pelo menos eles são pastores, estudaram, né, são missionários, então eles vão pôr eu na igreja, vou trabalhar pouco lá em casa, descanso. (O que você acha disso?) De ajudar eles? Eu acho que é bom, mas vou ficar muito longe da minha mãe que esse tio, ele comandava, chefe da família porque ele comanda mais, porque além dele é pastor, ele dá tudo também prá minha

mãe, igual se falta alguma coisa, dá tudo também. Dá medicamento, dá um dinheirinho prá ela, que a minha mãe também ganha igual eu da aposentadoria, a minha mãe ganha muito pouco, não dá prá gente ficar comprando remédio, então minha mãe pede muito a ajuda dele, ele vai lá, ajuda e fala: Se não der prá você cuidar, não dá prá você cuidar, então você avisa a família."

Os tios missionários também cuidariam de sua "alma", através de atuações religiosas. Mesmo assim, Murilo avisa: não pode dispensar os medicamentos, nem trabalhar muito e, apesar de sentir saudades da mãe, o melhor é ficar longe dela.

Concluindo, Murilo não acredita numa solução definitiva para a doença mental, só existem paliativos mais ou menos extremados dependendo da situação. Os medicamentos são imprescindíveis, devem ser usados permanentemente, e a internação também é um recurso indispensável para protegê-lo e aos outros de seus impulsos incontroláveis.

Por vezes, Murilo chega a pensar na possibilidade de um suicídio, desfecho desesperado e irreversível para o sofrimento mental a que está sujeito:

"...Dá dó... da avó, da D. Marilisa. Morreu e agora a gente ficou sem ninguém, né. Só tem os tios, mas a avó faz muita falta, a D. Marilisa fez muita falta... foi tudo na vida. Ela volta prá terra de novo, que Deus fala que quem é bonzinho na Terra, deve viver. Agora quem se mata não merece viver, Deus não gosta. A gente pode morrer por doença, a gente se matar sozinho não pode. (Quem falou isso prá você?) Isso é o padre que falou, o padre da igreja que eu ia na casa da minha avó. Eu ia na igreja dela e ele falou que quem se mata sozinho não pode, não vai pro céu. Aí foi que a minha avó falou. 'Neto, você fica bonzinho em casa que você vai pro céu. Não se mata não, não toma remédio sem orientação médica, num vai... quando você tá doente vai ficar no hospital, depois a gente agradece a Deus por você'. (Você já pensou em se matar?) Ah, já pensei em se matar uma vez aí. (Como foi?) Eu peguei o vidro e cortei minha mão. (E por que você fez isso?) O Satanás tava me perturbando, perturbou, perturbou muito, Satanás. Satanás perturbava muito. (E agora?) Agora ele parou um pouco de perturbar. Mas tem dia que ele perturba, tem dia que ele perturba muito. (E o que ele faz para perturbar você?) Ah, ele fica conversando coisas que não deve. (O que ele conversa?) Ele fala que se matar vai pro inferno, se matar vai pro inferno."

Triste destino o de Murilo! Se buscar a morte, desafiando os desígnios da Providência, a maldição o seguirá além túmulo, para todo o sempre. O

jeito é sofrer calado, conformar-se com sua situação e suportar a dor psíquica às custas de tranqüilizantes. Desta forma, haverá uma chance de salvação pelo perdão divino que, talvez, após a morte, o liberte da maldição.

Não nos cabe tecer aqui considerações sobre a eternidade do espírito, mas o discurso de Murilo alerta para o perigo do uso ideológico de crenças religiosas para obter conformismo e docilidade de pessoas que, como ele, padecem de intenso sofrimento emocional.

3.4.3 - Representações sobre a instituição psiquiátrica

Recapitulando, vimos que Murilo representa o hospital psiquiátrico como um lugar de exclusão, um asilo onde é depositado pela família com o objetivo de proteção contra seus impulsos destrutivos, e um local para tratamento, sendo o psiquiatra responsável pelo cuidado com seu corpo e sua "alma", por meio da administração respectiva de vitaminas e tranqüilizantes.

Acrescento neste tópico que Murilo considera as atividades que exerce na horta como uma "terapia ocupacional", uma "psicoterapia", estando satisfeito com os resultados obtidos sob orientação de duas voluntárias:

"Não pode, eu não posso viver sem médico, que o médico cuida da gente também. O Dr. L.C. cuida, ele é bom também. Agora tô trabalhando também aqui no hospital, na horta. Foi eles que me deram a opinião aí prá mim trabalhar na horta. Foram meus tios, quando me internou com a polícia, que disse que era prá mim trabalhar na horta. (Você está gostando?) Eu tô gostando. Eu aprendi também a fazer a horta, eu não sabia não. Quando eu fui na casa do meu tio, o outro lá em Pinheiros, eu fui no sítio dele, mas não aprendi nada de horta não. Agora aqui eu aprendi, agora aqui eu sei fazer. (O que você plantou?) O que eu plantei? Alface, cebola, almeirão, escarola. Eu plantei um monte de coisa aí, mas tem coisa que eu não gosto de plantar aqui, coisa boa eu não gosto de plantar aqui. (Por que?) Porque eles roubam. Era bom, como a tia falou, lá embaixo. Mas tem que pôr vigia, né. Porque tem muito bandido aqui, neste país, tem muito bandido, eles rouba. Tem que colocar vigia aqui dentro, aí dá prá plantar coisa boa aqui dentro, dá prá plantar bastante coisa boa, dá prá plantar melancia. (Você gosta de melancia?) Eu gosto de melancia, é bom. Mas a gente não dá prá plantar porque roubam. Mas a tia falou, a tia que vem aí, ela trabalha prá COHAB de, na rua 2, ela faz terapia também prá gente, ela diz que por causa desses vigia, a gente fica doente. Com os vigias, a gente fica doente. (Como?) Nós, porque a gente não pode ver

doentes, a gente somos doentes, não pode ver eles armados que a gente fica nervoso. Mas é bom colocar, é bom colocar, porque com os vigias dá mais tranqüilidade pro hospital. Porque tem funcionário aqui que tem medo de levar remédio prá gente. À noite, a gente que dorme ali na casinha, às vezes a gente dorme até assustado por causa deles, né, por causa deles, porque tem uns problemas diferente, os vigias. (Que problema?) Precisa marcar eles e ver se eles toma conta também de nós aqui do hospital. Nós somos paciente também, cuidar da gente também. O pessoal aqui faz o que pode, eles tem que ficar do lado de fora e aumentar o muro aí fora, falar com os donos e colocar uns azulejos, e colocar vigia prá olhar a horta e pôr uma plantação lá prá baixo, que esta aqui já tá quase acabando com nós. Essa aqui já tá quase terminando, a outra embaixo nós já fizemos e é melhor que o terreno é mais grande. Mas precisa de vigia, eu achava isso. Essa é uma opinião muito boa das senhoras de idade que vêm fazer terapia ocupacional aqui. Só plantar coisa boa. Prá plantar coisa boa sem vigia, não adianta. Precisa de colocar vigia porque o hospital precisa de segurança também, né. Eu falei pro menino lá do pavilhão I, eu falei pro paciente de lá ... Porque isso é bom prá nós que somos aqui do hospital, tem mais atividade também. (Você gosta de atividade?) Eu gosto de atividade também, desde pequeno gostei de atividade, mas não posso trabalhar muito, senão fica doente. Se trabalhar muito dói minha cabeça, já fico nervoso. Trabalhar demais, cansa. Eu não posso trabalhar muito não..."

Murilo gosta das atividades na horta, entendendo este tipo de trabalho como uma terapia psicológica que tem o caráter mais de lazer de que de obrigação, preservando, deste modo, a noção socialmente difundida de que trabalho e loucura são incompatíveis.

Por outro lado, Murilo apresenta grande preocupação com a vigilância da horta para proteger o fruto de seu trabalho de ladrões eventuais. Esta vigilância tanto o tranqüiliza como o preocupa, gerando extrema ambigüidade no seu discurso, podendo ser empregada tanto para protegê-lo como para persegui-lo. Delineia-se, assim, um outro tipo de representação da instituição psiquiátrica: um lugar de vigilância, com o objetivo de exercer o poder e o controle sobre os corpos e as "mentes", domesticando-os ou punindo-os. Mais uma vez, a instituição psiquiátrica aproxima-se imaginariamente da prisão que, como dizia Foucault (1984), tem a função de "Vigiar e Punir". Aliás esta vigilância aliada à falta de privacidade acompanharam-no a vida toda, desde os tempos da Febem.

Ainda segundo Murilo: *"...tem que pôr vigia, né. Porque tem muito bandido neste país... Tem que colocar vigia aqui dentro, aí dá prá plantar coisa boa aqui dentro (...) Prá plantar coisa boa sem vigia, não adianta".*

Nesta asserção, insinua-se uma associação latente entre o interno de instituição psiquiátrica e o bandido, ambos entendidos como impossibilitados de produzir "coisa boa", a não ser que sejam devidamente vigiados e reeducados.

Até aqui, Murilo representa o hospital como um lugar onde, embora excluída, aprisionada e vigiada, a vida é preservada. Entretanto, esta instituição também é percebida como um lugar onde a morte está à espreita. Neste contexto, transcrevo um episódio relatado por Murilo a propósito do falecimento de um "colega", que muito o perturbou e aterrorizou:

"A única coisa é que morreu um ontem lá. (Morreu?) Morreu por causa de remédio, não sei o que que é. (O que aconteceu?) Ah, eu vi ele e fiquei ruim, fiquei ruim no pavilhão... Morreu, disse que foi de remédio. O que será que matou ele? Eu não sei quem matou. (O que você acha que aconteceu?) Diz que foi remédio... Como morreu? Morreu, não sei porque não. O médico foi lá ver ele, não sei o que que é não. Fiquei nervoso... porque ele morreu e diz que é remédio que mata? Por causa do remédio que matou ele. Agora não sei se é o remédio não. (O que você acha que aconteceu?) Porque diz que na cama dele tinha bastante remédio. Na cama dele diz que tinha bastante remédio. Agora eu não sei de onde é aqueles remédio. Ele pegou, tomou tudo, ficou igual maconheiro lá, igual maconheiro. Morreu no dia seguinte, morreu branco (...) ficou morto branco. Ah, porque foi o remédio que fez isso nele, não sei que remédio que é esse (...) Quebrei os vidros do pavilhão debaixo porque eu fiquei nervoso. Vozes continua atacando a cabeça... Eu tenho medo da morte... A morte é feia. Depois que acabou o mundo, acabou tudo. Eu não quero morrer aqui não. (Quem diz que você vai morrer aqui?) Os paciente aí diz que mata. Eu tenho medo de morrer, por causa desse negócio de remédio. Mas, precisa dar remédio certo, né. Outro dia, eles tava dando remédio inteiro na mão. Aí o Dr. L.C. mandou, o S., o supervisor da noite, avisar os enfermeiros prá nós tomar na água. Nós começou a tomar ontem. Esses dias, já faz seis mês que eles toma remédio assim, inteiro na mão. Não pode tomar remédio inteiro na mão. (Como assim?) É um comprimido na mão. (Como tem que fazer?) Tem que pôr na água. Tem que pôr na água prá gente tomar, senão não melhora não."

Mais adiante, Murilo continua comentando o fato:

"Não sei porque tem uns enfermeiro aí, eles não sabe medicar a gente, eles medicaram três meses tomando medicamento na mão. Ontem é que falou pro supervisor da noite porque teve aquele paciente que morreu, então avisou, avisou porque diz que encontrou na cama dele bastante remédio. Ele tinha pegado não sei daonde. Não sei se

trouxe de casa ou... não sei. (Ele morreu porque tomou muito remédio?) Acho que ele tomou muito remédio. Ninguém sabia. Ele tava no quarto quem é que sabia que ele tava maconhado? Ninguém sabe. Só foi saber depois que diz que tirou a fronha do travesseiro dele, depois que viu. Ele tava muito malcriado... acho que não queria viver não, acho que ele queria morrer mesmo. (Por que? O que você acha?) Eu acho que ele desobedeceu a lei de Deus, porque Deus não gosta quando se mata sozinho, Deus não gosta não, precisa obedecer a lei de Deus. Ele ficou de castigo. (Que castigo?) Ficou lá embaixo da terra. Ficou embaixo da terra porque desobedeceu Deus, porque Deus não gosta que se mata sozinho. Pode morrer na mão de médico, pode morrer na mão da polícia, mas se matar sozinho não ..."

Com muita dificuldade, Murilo explica que o paciente suicidou-se ingerindo, premeditadamente, excesso de medicação: fingia tomar os comprimidos, mas os escondia dentro da fronha até reunir uma dose letal que foi ingerida de uma só vez. O relato de Murilo, repleto de tropeços e ambigüidades, desenrola-se de modo tortuoso e obscuro, denotando imensa perplexidade e profundo terror. Perplexidade, por deparar-se com um paradoxo: o mesmo remédio empregado para aliviar a angústia, também pode matar, tudo é uma questão de dosagem. Quanto ao terror despertado, temos duas hipóteses: por um lado, o ato desesperado de seu colega vai de encontro ao seu desejo de suicidar-se para livrar-se da angústia e da solidão e, por outro, talvez, a fantasia de suicídio esteja acoplada à hipótese de ser assassinado dentro do hospital, mesmo que seja por descuido dos funcionários. Deste modo, funcionários e vigias que, em princípio seriam contratados para tratar e defender os internos, podem, inadvertidamente, tornar-se os responsáveis por sua morte.

Noutra ocasião, solicitado a representar graficamente o hospital, Murilo desenha a horta, atitude que, se por um lado pode ser interpretada como uma tentativa de negar sua situação institucional, também contém elementos que merecem uma análise mais detalhada. Acompanhemos a narrativa de Murilo sobre a tarefa realizada:

"(Agora eu vou pedir para você desenhar o hospital.) Pronto, vou desenhar a horta. (A horta?) É, a horta do hospital, né. O Dr. L.C. diz que tá gostando, tá fazendo psicoterapia, né. Diz que eu tô muito bom. Com isso aí eu já aprendi e vou aprender mais que eu posso ser alguma pessoa que posso entender de horta na casa da minha mãe. (Agora, conta uma estória sobre esse desenho.) Aqui é a horta e aqui é um pedaço da terra dela. Aqui tem tipo de uma abelha (?). Eu não sei desenhar bem verdura, quem

sabe mais é o outro paciente que trabalha comigo. Ele já é velho, ele entende mais do tempo de... Aqui uma verdura assim, pode ser um alface, né. Aqui, do outro lado também é tipo de um alface também. Agora aqui eu desenhei uma árvore, aqui tem muito, é pé de abacate. (E isso aqui?) Isso é o tronco, tá cortado que é uma árvore meio diferente, né. Aqui eu desenhei umas árvore aqui, umas verdura de couve-flor, que couve-flor tem um negocinho em cima. Agora, embaixo é verdura, uma terra dela, né. Isso aí. (Que nome você dá para esse desenho?) Uma plantação, mas é muito bom que os médicos deram uma opinião aqui no hospital, né, psiquiátrico que é prá três senhoras, duas senhoras e uma moça, né, nova também, né, não é muito velha também não. Agora as duas outras senhoras é velha, tem a D. J. e tem a companheira dela, né, são as duas moças que trabalham com a gente prá isso aí, né. Acho muito bom isso aí de fazer horta no hospital, né. As meninas também vai lá entrar na horta também, plantar, fazer mudas, só não pode pegar na enxada, né, só serviço, leve que isso aí é serviço prá gente que é homem, né. É bom, achei muito bom, uma idéia muito boa do hospital. (E qual é a sua opinião sobre o resto do hospital?) É, tá bom. Sobre o hospital, eles são muito legal, o Dr. L.C., o Dr. C., a psicóloga é bom também, a assistente social... Desde pequeno eu passava em psicóloga na Febem, achei bacana, também conversava bastante. (Você passou em psicóloga na Febem?) Passei. Tem umas psicóloga que eu passei, mas eu não lembro o nome delas não. Porque passava logo, descia, via qual era o problema e ia prá outra unidade. Eu não sei se cheguei passar em..., eu não lembro não, muitos anos já passou e eu não lembro mais. E eu gosto muito desse negócio de horta, que lá na Febem a gente fazia isso também."

Murilo está satisfeito com as atividades da horta, considerando-as como uma "psicoterapia" e pensando em aplicar seus conhecimentos para prestar serviços na casa de sua mãe. Desenha verduras e um pé de abacate especial com o tronco cortado, "uma árvore meio diferente", que cresceu próximo às verduras, aos legumes e à terra. Em seguida, refere-se às "meninas", colegas de hospital, que participariam das atividades na horta, atentando para a diferença entre os sexos e enfatizando sua condição masculina. Quanto ao resto do hospital, faz alusão superficial aos médicos e a outros profissionais, relacionando tanto a horta como o atendimento psicológico à Febem. Voltamos ao ponto de partida ...

Estas associações mostram novamente que Murilo estabelece uma equivalência entre a Febem e o hospital psiquiátrico. Além disso, identifica-se a "uma árvore meio diferente" com o "tronco cortado", alusão clara à castração na visão psicanalítica, à diferença sexual, mas também, num

sentido mais amplo, à sua condição de doente mental, um ser "diferente" e, por isso mesmo, castrado nas suas possibilidades de realização pessoal. Dentro deste contexto, Murilo possivelmente também se refere à sua situação institucional: preso ao solo como uma árvore, desprovido de liberdade, "vegetando" ao invés de viver. A terra, por sua vez, poderia simbolizar tanto a vida como a morte: produz alimentos que possibilitam a sobrevivência dos animais, fornece nutrientes às plantas, mas também é a última morada de todos os seres vivos.

4 - SIMONE

*"Já conheço os passos dessa estrada
Sei que não vai dar em nada
Seus segredos sei de cor*

*Já conheço as pedras do caminho
E sei também que ali sozinho, vou ficar
Tanto pior...
O que que eu posso contra o encanto
deste amor que eu nego tanto, evito tanto,
E que, no entanto, volta sempre a enfeitiçar
com seus mesmos tristes e velhos fatos
que num álbum de retratos
eu teimo em colecionar.*

*Lá vou eu de novo como um tolo,
procurar o desconsolo
que eu cansei de conhecer.
Novos dias tristes, noites claras,
Versos, cartas, minha cara,
Ainda volto a lhe escrever
Prá lhe dizer que isto é pecado
Trago peito tão marcado
de lembranças do passado
e você sabe a razão.*

*Vou colecionar mais um soneto,
outro retrato em branco e preto
a maltratar meu coração.
Vou colecionar mais um soneto
outro retrato em branco e preto
a maltratar meu coração."
(Tom Jobim & Chico Buarque -
"Retrato em branco e preto")*

4.1 - Apresentação

Conheci Simone há alguns anos, quando a entrevistei a pedido do seu médico. Na ocasião, fiquei impressionada com a extrema vitalidade e vivacidade desta paciente que, em contraste com a maioria dos internados em hospital psiquiátrico, mantinha em excepcional senso crítico em relação às condições hospitalares.

Simone participou de um grupo de pacientes que realizei neste sanatório, destacando-se dos demais por seu senso de humor apurado e por ocupar um lugar de liderança no grupo. Como ela se auto-denomina é uma "paciente consciente", estabelecendo um contato próximo com funcionários do hospital e auxiliando ativamente nos cuidados com outras pacientes. Sua situação institucional é peculiar: algum tempo depois de internada, obteve livre trânsito pelo hospital tendo acesso inclusive à diretoria, chegando a denunciar funcionários negligentes e a apresentar reivindicações que implicaram em melhoria das condições institucionais. Por colaborar ativamente com a enfermagem, conseguiu um tratamento diferenciado em relação às outras pacientes mas, quando era da sua conveniência, apresentava-se como paciente, isentando-se dos deveres e obrigações próprios dos funcionários.

Simone foi internada no HPSUS devido ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas, associado a insônia, inapetência e heteroagressividade para com familiares, havendo referências esporádicas a alucinações visuais e auditivas. Seu diagnóstico psiquiátrico é psicose alcoólica, por vezes associada ao uso de drogas. Ainda segundo dados obtidos no prontuário, Simone passa bem no hospital, mostrando-se, no geral, alegre e comunicativa. No entanto, ocasionalmente, é acometida por episódios de agitação, alternados a períodos depressivos, que se compõem com queixas somáticas bastante variadas, dentre as quais é freqüente a ocorrência de crises de asma. Há ainda referências a insônia persistente e Simone relata que quando adormece tem pesadelos e "vê bichos", o que sua médica associa à abstinência alcoólica.

Depois de, somados os períodos consecutivos, permanecer um ano e meio no hospital, Simone saiu com alta médica. Após esta data, tive a oportunidade de entrevistá-la mais algumas vezes. Nestas ocasiões falou, com um misto de saudades e de horror, do tempo que esteve internada, manifestando a vontade de retornar ao sanatório na condição de funcionária, uma vez que estava encontrando dificuldades para empregar-se e para conviver com uma "prima" em cuja casa estava residindo. Esta seria, a seu

ver, uma boa solução porque poderia trabalhar e morar no mesmo local. No entanto, seu plano não deu certo e depois dessa época nunca mais a vi.

4.2 - A história de Simone:

Simone nasceu em 1964, numa cidade do interior paranaense onde viveu com a família até a idade de 8 anos, ocasião em que perdeu o pai. Conta que era muito apegada ao genitor, tendo sido sua morte o acontecimento mais marcante de sua infância. Este trauma foi tão intenso, que Simone desejou e imaginou ter deixado de viver junto com ele: *"A minha vida foi vida até antes do meu pai morrer"*. As recordações ligadas à figura paterna são as únicas que permanecem vivas em sua memória bloqueando qualquer outra lembrança daquela época. Simone fala, com emoção, da relação afetiva que mantinha com o pai:

"A gente saía junto, ele queria que eu fosse um homem. Aí, depois, minha mãe ficou grávida dos meus dois irmãos; ele não queria, ele queria que eu fosse homem. Ele ia viajar, não levava meus irmão, levava eu. Ia jogar sinuca, me levava, me ensinou de tudo, de tudo. Aí meu pai ficou doente. Aí ele foi internado, eu ficava junto com ele. Acompanhei a morte dele inteirinha. Eu era pivete quando ele morreu".

Simone conta que estava sempre junto com o pai, era sua filha preferida, acompanhando-o nas viagens e nos bares que freqüentava como se fosse um companheiro de aventuras. No entanto, a doença do pai interrompeu este idílio, mas Simone permaneceu fiel ao seu lado até que a morte os separasse definitivamente.

"Aí meu pai, quando ele ficou ruim, ruim, meu pai falou assim: 'Você vai lá em casa e chama sua mãe, mas vem junto, que hoje o pai vai partir'. Eu pensei que ele fosse viajar. Aí eu fui correndo, chorando. A hora que eu ia saindo do quarto chorando, o Dr. Lívio ia entrando. O doutor sabia que ele ia morrer aquele dia. Aí perguntou o que tinha acontecido. 'Não sei, meu pai tá gelado, ele mandou chamar minha mãe.' Aí segurou eu, né, o médico. Eu escapei dele, atravessei correndo a rua, aí chamei minha mãe. A hora que nós entramos na sala, ele pegou a minha mão e apertou com força e falou assim: 'Você promete que vai ser tudo o que o pai queria?' Aí ele pegou e morreu."

Desta forma, ao perceber o fim próximo, o pai mandou-a chamar a mãe, alegando que "ia partir". *"Eu pensei que ele ia viajar"*, diz Simone,

incrédula diante da crueldade do destino. No entanto, a morte se concretiza, a viagem é sem volta e acarreta o fim das ilusões infantis. Resta a Simone mantê-lo vivo dentro de si, realizando seu último desejo:

"Ele queria que eu fosse homem, que eu aprendesse a dirigir com ele. Ele viajava, colocava eu no meio da perna dele e me ensinava a dirigir. Aí, ele nunca me deu um tapa, nunca bateu em mim (...) Aí meu pai morreu e eu fiquei no hospital. (Ele) morreu de câncer no pulmão. Aí no enterro dele, eu quebrei um monte de copos. Prá mim, eu sabia que ele ia partir, mas eu pensei que ele fosse viajar. Quando eu entrei dentro de casa e ele tava deitado no chão, eu pensei que ele fosse... Aí nós começamos, eu comecei a chorar. Aí o médico pegou e me tirou, eu num güentei mais. Aí o médico falou assim que era prá eu ir prá casa dele, ele morava lá dentro, dentro do hospital. Ele me pegou e aí quando eu voltei prá casa, meu pai não tava mais lá. Aí minha mãe ficou, minha mãe pegou e foi viajar, ficou eu e minha irmã em casa e eu ficava com medo de entrar prá dentro de casa, aí não entrava. Fiquei com a patroa da minha irmã. Quando minha mãe voltou de viagem, ela me levou embora prá casa. Aí, em São Paulo, foi essa vida que eu te contei."

Surpreendida pela fatalidade, Simone perde seu principal ponto de referência afetivo e guarda na memória um pedido do pai feito no seu leito de morte que a marcaria para o resto da vida: ser um homem, conforme imagina que o pai esperava dela (ou atribui ao pai um desejo seu?). A partir daí, continua vivendo com o objetivo de ressuscitá-lo dentro de si, tornando-se homem como ele ou, pelo menos, encarnando o seu sexo já que afirma: *"colocava eu no meio da perna dele"*. Sonho impossível, luto eterno...

Após a morte do pai, a vida da família transformou-se radicalmente. Mudou-se para São Paulo, onde já morava a irmã mais velha de Simone, em busca de melhores condições de subsistência. São poucas as recordações desta época: Simone lembra-se, por exemplo, que estudou durante algum tempo interna num colégio de freiras, onde não se adaptou e de onde acabou fugindo *"porque as freira era muito ruim. A gente tinha que rezar..."* Passou então a estudar em colégio estadual junto com os irmãos, onde cursou até a 5ª série, tendo abandonado os estudos aos 11 anos. A partir daí, seu relato já bastante vago desde início, com exceção da narrativa emocionada da convivência e da perda do pai, torna-se ainda mais impreciso. Prossegue dizendo que voltou a estudar mais tarde, havendo uma época próxima à adolescência em que também trabalhou em diversos empregos: como

ajudante em malharia, como balconista em loja de brinquedos e como operária em fábrica de embalagens plásticas.

Simone resume da seguinte maneira a história de sua vida:

"A história da minha vida é complicada demais. Eu era uma pessoa normal. Eu vim prá São Paulo, eu tinha 8 anos de idade. Cheguei em São Paulo, aí comecei a estudar. Com 11 anos abandonei o estudo, depois voltei a estudar; era minha irmã que pagava o estudo prá mim. A minha mãe e as minhas irmãs trabalhava, eu ficava em casa. Aí minhas irmãs foram casando e eu comecei a trabalhar. Aí de repente conheci umas amigas e, sabe essas amigas pilantra, elas falavam prá mim: esse negócio de trabalhar já era, você tem que se ligar na nossa. Aí foi onde eu parei de trabalhar, parei de estudar, comecei a andar com elas. Aí foi onde eu peguei o vício de fumar, de beber, só, menos droga, que eu nunca fumei droga... Aí, um dia, uma delas fez, fez um cigarro lá e me deu. Nossa, fiquei doidinha. Aí cheguei em casa muito louca, né. Nossa, prefiro beber do que fumar aquele troço. Dá uma fome! Cheguei em casa, minha mãe pensou que eu tava ficando louca. Minha mãe me levou no médico, o médico falou que era droga. Aí tudo bem. Saía de manhã para a rua, passava o dia todo na rua, bebendo, andando a toa, não queria mais trabalhar, não queria saber de mais nada. Até que eu fiquei meia tantã... de tanto beber cachaça. Não é cachaça, é cerveja, né... Fiquei assim paradona, não comia, só queria beber. Minha mãe me internou..."

"*Eu era uma pessoa normal...*", a vida me fez "anormal", fica implícito em seu relato devido às circunstâncias acima citadas: morte do pai, falta de interesse da família pelos seus problemas e conseqüente solidão. Aos 14 anos, sua vida dá uma guinada: influenciada por más companhias, Simone para de trabalhar e estudar, começa a fumar e ingerir bebidas alcoólicas. Até que passa a consumir drogas, induzida por uma amiga - fato que algumas vezes assume, outras nega - e fica "*doidinha*". A mãe, assustada, leva-a ao médico que atribui seu estado à droga-adição, mas nenhuma providência é tomada. Simone continua na mesma vida de ociosidade e boemia "*até que eu fiquei meia tantã.. de tanto beber cachaça*".

Assim sendo, Simone, inconformada com a morte do pai, segue sobrevivendo sem viver realmente. Profundamente solitária e infeliz, sem o afeto, nem o apoio da família, Simone busca uma fuga para seus problemas e um alívio para seu sofrimento na ilusão oferecida pelas bebidas e posteriormente pelas drogas, mergulhando cada vez mais no universo fantástico por elas oferecido. Gradativamente o sonho transforma-se em

pesadelo e o paraíso torna-se o inferno. A solução encontrada pela família foi interná-la no manicômio, já que a "loucura" estava se insinuando.

A primeira e a segunda internações são motivadas pelo consumo de bebidas e/ou de drogas e pelos distúrbios de comportamento destas decorrentes. Ao que parece, Simone recuperou-se parcialmente da dependência química, permanecendo, no entanto, os problemas de ordem emocional. Simone conta a seguir que é internada pela terceira vez devido a uma "crise nervosa" (sic), desencadeada por problemas de relacionamento familiar:

"Eu fui internada três vezes aqui por problemas de bebida. Só que desta vez não foi bebida; eu tive uma crise nervosa em casa. Essa minha cunhada discutiu comigo e me deu tipo uma estafa nervosa. Ela me agrediu e eu agredi ela... Nada sério... Ela tem quinze anos e eu, vinte e sete e ela queria que eu obedecesse ela como uma criança. Ela não queria que eu saísse e até horário para eu levantar ela marcava!"

De sua estadia no HPSUS, Simone guarda inúmeras recordações fortemente coloridas pela emoção, que narra com riqueza de detalhes, mostrando um envolvimento afetivo muito intenso com pacientes, funcionários e médicos. É realmente contrastante com o restante do seu relato que, como já foi apontado, é muito vago e descompromissado. Acompanhem suas palavras:

"Aí, eu não conhecia o que era uma amizade, assim, uma amizade limpa, amizade clara. Aí, lá dentro (do hospital) eu comecei a conhecer. Conheci as enfermeiras, os médicos, as médicas, a maioria lá de dentro são meus amigos. E aí ... eu fiz amizade com todo mundo... Lá dentro, eu já tinha essas pessoas assim, quando eu tava com depressão assim elas em vez de me xingar, elas davam o maior apoio, elas entendia a gente"...

Durante sua permanência no HPSUS Simone faz amizades, experiência inédita em sua vida, que lhe oferecem compreensão e apoio. Além das amizades, Simone mantém relacionamentos sexuais com algumas funcionárias do hospital e tem um caso amoroso com uma delas, pela qual apaixonou-se, um namoro complicado e proibido, "uma paixão violenta", como comenta em entrevista realizada enquanto estava internada:

"Eu estou aqui há uns cinco meses e, de repente, isso daqui faz parte um pouquinho da minha vida. Então, quer dizer, que a gente está ligado aqui. Se a gente sai lá fora, sei lá se dá prá gente ficar. A gente sente saudades aqui de

dentro, principalmente das pacientes, dos demais. É um lado amoroso que não pode ...aí não pode. Eu fiquei na minha casa uns dias mas...não deu prá ser feliz. De repente, a gente vê tudo o que se passa com a gente e aí a gente vai voltar para aquele passado lá, não dá. Acho que a gente acaba procurando o pessoal, vai atrás daquilo que está procurando. De repente, eu nem sei o que eu quero mais. Eu tô perdida. Mas um dia, sei lá, de repente eu até encontrei aqui dentro. Tipo uma coisa que falta na gente... o amor. Encontrei, fui feliz. Depois não deu mais certo. Mas, de repente, ele vai voltar outra vez..."

Conforme relata, internada, Simone encontra afeto, reconhecimento, sexo e até um amor. Como veremos a seguir, sente-se útil e produtiva, auxiliando médicos e funcionários e, por este motivo, recebe um tratamento diferenciado do restante das pacientes. Tida como marginal perante a sociedade, encontra continência para suas angústias dentro do hospital, onde consegue certa integração e adaptação. Relata inúmeros episódios ocorridos durante os períodos em que esteve internada, os quais mostram sua dupla inserção na instituição: como paciente e como "quase funcionária".

Mesmo após a alta, sua narrativa é prova do quanto a marcaram as experiências pelas quais passou no HPSUS:

"Está chegando num ponto que eu tô vendo que, de repente, eu vou parar lá dentro... Sei lá, lá dentro, pelo menos eu tinha minhas saídas, eu saía, trabalhava lá dentro, ajudava todo mundo. Eu num ficava paradona. Quando eu queria sair, chegava no Dr. Carlos, na minha médica, conversava, eles falavam : 'Não, eu vou te dar uma licença, então você sai'. Então eles confiavam em mim. Até que um dia, as enfermeiras de lá pisaram, né. Chegaram no Dr. Carlos e falaram para eles que elas iam me levar prá passear na casa delas. Aí ele falou: 'Tudo bem'. Ele conhece a Nívea, a Nívea trabalha lá há muitos anos, então são tudo parente ali. Então ele concordou. Nós fomos pro salão em Pinheiros, nossa! Eu tava com aquele abcesso na perna, desse tamanho, eu fui pro salão. Aí, no outro dia, cheguei ruim, nossa, cheguei já com febre que eu tava desmaiando. Era a Dra. Elisa que tava lá, ela me atendeu. 'Ô Simone, o que é isso?' 'Ah, não sei.' Eu contei que tinha feito um dreno. 'Mas aí tinha um dreno?' 'É, tinha.' 'Quem fez o dreno?' 'O Dr. Carlos e o Dr. Roberto' 'Mas, você tava onde?' Eu não ia falar que eu tinha ido pro salão. Aí a enfermeira falou: 'Ela tava na minha casa.' 'Mas você fez esforço demais para o dreno sair e inchar a sua perna desse jeito. Tá horrível, isso daí vai ter que abrir.' Ela mandou eu descer pro quarto. Aí o Dr. Carlos chegou 11 horas, desceu lá, foi ver, chamou as duas que me levaram e falou: 'Vocês aprontaram, vocês levaram essa menina prá outro lugar, eu vou descobrir, quando eu descobrir, minha nossa, não vai

prestar. Eu vou cortar a saída dela, e, se for o caso, vocês vão ter, eu vou mandar vocês embora daqui de dentro, porque não pode pegar um paciente e levar. Já pensou! Eu não sei aonde vocês estavam, mas eu acho que vocês tava na gandaia'. Aí eu marquei. Ele perguntou prá mim: 'Dançou muito?' 'Nossa, dancei, Dr. Carlos' Aí, pronto. 'Tá vendo, ela mesma entregou'. Aí a Neuza, muito medrosa, falou: 'Não, Dr. Carlos, eu vou falar, mas, pelo amor de Deus, não fala prá minha mãe. Então eu vou falar a verdade'. Ela falou que nós tinha ido prá Pinheiros, que nós tinha dançado, mas só que ela não sabia que eu tava com dreno, 'É, Dr. Carlos, eu não falei. Falei que o senhor tinha drenado a minha perna, mas não que tava com dreno dentro'. 'Simone, você vai ter que amputar essa perna aí'. Pronto, eu abri uma boca desse tamanho. Imagina amputar a minha perna! Aí ele abriu outra vez, fez nova cirurgia, colocou novo dreno, eu sei que eu fiquei um mês com aquela perna ruim. Aí eu sarei, voltei prá galera, só alegria..."

Simone faz amizade com as enfermeiras, passeia com elas, torna-as cúmplices de seus abusos, ao mesmo tempo que obtém atenção e cuidados médicos. Todos se preocupam com ela, especialmente o médico que, além de tratar sua perna, evitando que a irresponsabilidade de Simone tenha consequências mais sérias, assume uma atitude quase paternal. Temporariamente Simone perde suas saídas, mas o episódio acaba tendo um desfecho feliz, "só alegria". Recuperada, Simone quer reassumir suas funções de "auxiliar de enfermagem":

"Aí, com quinze dias já tava boa. Aí, cheguei nele e falei: 'Dr. Carlos eu vou continuar andando aí.' Eu adorava olhar aquelas velhinhas. Ele falou: 'Olha, Simone, você ainda não tá legal'. Eu falei: 'Ah não, mas o senhor vive reclamando que tá com falta de funcionário, que a maioria das pacientes, elas tão fugindo, não tem ninguém prá tomar conta'. 'Simone, se eu autorizar você, você vai olhar direitinho?' 'Vou'. Aí ele me colocou no pátio prá mim olhar as loucas... As loucas, porque aquilo lá é louca. Aí eu tô lá. Aí teve uma lá que chegou da internação, nossa, ruim. A enfermeira que ficava no pátio era desse tamaninho, A Márcia Essa paciente agrediu a Márcia. Aí eu fui entrar no meio. Aí sobrou prá todo mundo. A paciente era muito forte. Aí eu, sem querer, machuquei ela e não pode. Aí ligaram pro médico. Conforme eu bati nela, cortou a cabeça. Ela já tinha batido na outra enfermeira, ela ia bater em mim? Aí chamaram o médico, o médico falou assim: 'Quem fez isso?' 'Não foi a enfermeira, fui eu.' 'Você o que que é?' 'Sou paciente, paciente pode bater em outra paciente.' 'Você é bem consciente para ser paciente.' O pior que sou. 'E você tava fazendo o que no pátio?' Eu falei: 'Eu tenho autorização do Dr. Carlos prá mim ajudar a enfermeira no pátio. Ó o tamanho dela, ela não agüenta esses monstros'. Aí ele

começou a rir, não deu em nada não. Ele falou: 'Você é consciente, você é quase uma enfermeira, não pode fazer isso'. 'Não pode o que? Olha o que ela fez na enfermeira.' Nossa, ela tinha arrancado isso aqui da enfermeira, deu uma mordida na orelha que ficou pendurado esse negocinho. O dia que você for lá, você vai ver a orelha dela, isso daqui é cortado. O cabelo, ela quase ficou sem cabelo, ela agarrou assim, ó, a enfermeira é pequenininha. A outra não deu nada porque as outras era tudo grandona. Agora, as outras pacientes, ninguém ajuda, são todas impregnadas, as do Pavilhão Antigo são todas impregnada, então nenhuma tem força prá nada, o que elas faz é ficar tremendo, babando. E essa que chegou, ela não tava medicada ainda, depois ela foi sedada. Eu pude com ela. Se vem com murro, já vou com murro também. Como ela me catou assim, ela me pegou por aqui, ela queria me matar enforcada. Aí eu meti o pé nela, ela caiu, bateu a cabeça no muro e só sangue voou. Eu não fiquei com medo não. Ela com um pedaço de vidro desse tamanho. Lá tem vidro, você viu, não podia deixar as paciente perto daqueles vidro; lá tinha que pôr grade. Aí ela com vidro. Aí que eu falei pro médico: 'Tá vendo, Dr. Augusto, se o senhor fosse um dos dono, o senhor ia por grade, não ia?' 'É, pretendia.' Inclusive falei pro Dr. Carlos e pro Dr. Lúcio. Não sei se eles puseram; eles falaram que iam colocar. 'Não pode gente, essas paciente são louca, quebra esses vidros, elas vão matar as enfermeira. Não foi só uma não, é várias, quebra o vidro, pega o vidro, a hora que a enfermeira entra no quarto prá medicar, elas mandam o vidro. Aí, se matam a enfermeira, como é que fica?' 'Você tá certa.' Aí colocaram umas telas, mas elas arrancavam as telas, precisa pôr grade mesmo ..."

Simone é uma "paciente consciente", "quase uma enfermeira", desempenha funções no hospital, incumbe-se da segurança das funcionárias e suas reivindicações são atendidas pelos médicos. Simone tem um lugar no hospital, obtém o reconhecimento dos profissionais pelas funções que desempenha, é alguém. Por outro lado, é uma paciente e, portanto, está isenta das responsabilidades de uma enfermeira que não deve revidar as agressões das pacientes. Pode, assim, dar vazão à sua agressividade e talvez, afirmar-se como homem. Situação aparentemente cômoda, mas pela qual paga um alto preço perante a sociedade: o estigma da internação psiquiátrica, sinônimo de "loucura". As "loucas", na sua opinião, são assassinas em potencial que necessitam ser medicadas para ter seus impulsos sob controle. Uma vez "sedadas", transformam-se radicalmente: ficam "impregnadas", "só tremendo e babando", anuladas enquanto seres humanos. Os "monstros perigosos" tornam-se "monstros inofensivos".

Simone revela também um lado terno e carinhoso para com as pacientes idosas, ao mesmo tempo que toma decisões nem sempre usuais

na rotina hospitalar para ajudar outras pacientes. Vejamos como age nas diversas situações:

"A Dra. Lia deixava eu cuidar das velhinhas, posar com elas. Tem umas enfermeiras que elas não liga, elas deixa as velhinhas ficar molhada, ficar suja. É aonde as velhinhas vai criando escaras e soltando a pele, né. Tem que virar elas, quando elas tiver molhadas, trocar elas de lado, tirar aquela roupa molhada e elas não cuidavam, A Dra. Lia gostava porque eu cuidava das velhinhas. Quando eu ficava no pátio, eu também olhava as meninas, eu não deixava elas se machucar, eu não deixava elas brigar, quando elas se machucavam, eu chamava a enfermeira para fazer curativo, andava com elas por lá tudo, nunca deixei uma paciente fugir. Só numa tarde de novembro que tinha uma mulher que o marido tinha queimado o rosto dela, ela queria passar o Natal em casa. Aí eu fiquei com dó dela. Peguei, fiz escadinha e ela pulou o muro (...) Mas parece que ela se queimou sozinha. Depois o marido dela foi lá ter entrevista com a médica e com a assistente social. Aí, eu ouvi ele falar que ela tomava demais calmante, ficava meia tantã e foi lá, pediu pro filho dela o álcool, jogou no rosto e tacou o fósforo, tacou o fósforo no rosto. Ela saiu gritando na rua que o marido tinha tocado fogo nela. Aí ele pegou e internou ela. Aí, eu fiquei com dó dela, que ela tinha dois filhos e ela queria passar o Natal lá com eles. Eu fiz escadinha, ela foi embora. Aí, eu dei um tempo e corri lá na farmácia e falei: 'Elizabete, a mulher fugiu.' Assim que eu mandei ela pular o muro, lógico, eu dei um tempo, senão eles mandavam a perua atrás e pegavam. Dei uns quinze minutos até ela pegar o ônibus, ainda dei dinheiro prá ela pegar o ônibus. Aí, entrei na farmácia e falei: 'Elizabete, a mulher fugiu, aquela que tá com o rosto queimado.' 'Mas como?' Falei: 'Não sei, a paciente pediu prá mim pentear o cabelo dela, quando eu tava penteando a mulher fugiu. A outra fez escadinha, fugiu.' E ninguém entregou não. 'Quem fez escadinha?' Tinha uma bobona lá que falou: 'Fui eu.' prá enfermeira. Aí, tudo bem..."

Simone ajuda a enfermagem, colabora com os médicos e funcionários, mas também identifica-se com as pacientes, tornando-se cúmplice na realização de seus desejos quando acredita que estes são justos. Afinal, é uma "paciente consciente", usando esta "consciência" para tomar as iniciativas que julga cabíveis, tanto para com as outras pacientes, como em relação a funcionários relapsos. Acompanhemos sua narrativa:

"O pior é que as enfermeiras, tem duas que me odeia porque eu contava tudo. Elas largavam o pavilhão sozinho à noite e ia pro consultório. Uma vez eu peguei. Peguei e contei tudo pro S.N. (administrador). Estavam transando, a Beatriz com o Antônio, a Deusa com..., como é o nome do cara? Não sei que lá Silva, um enfermeiro moreno.

*Largaram o pavilhão pegando fogo, a paciente tava tacando fogo dentro do quarto e não tinha um enfermeiro. Se não fosse eu, a **paciente consciente**, prá mim apagar o fogo, tinha incendiado tudo. Aí pediram, pelo amor de Deus, prá mim não contar nada. Aí essa Deusa foi dar uma de gostosa comigo, subi lá, falei: 'É hoje. Aí esperei o S.N., né, quando o S.N. chegou, nem conhecia o velho, ó: 'S.N., quero falar aí com o senhor, pode?' 'Você trabalha aqui?' 'Não, sou paciente.' 'Paciente?' Falei: 'É.' 'Não parece, entra aqui na minha sala.' Entrei, né. 'O que tá acontecendo?' 'Olha o pavilhão A ontem, quase pegou fogo. Não tinha enfermeira não. Vocês coloca enfermeira prá trabalhar à noite, mas, olha, vocês tão colocando é biscatona aqui dentro. Largaram o pavilhão sozinho, foram pro, ó, só alegria.' Aí ele perguntou o que era isso, né. Aí eu falei assim: 'O que o senhor faz no quarto com a sua mulher? Não é amor? Então elas foram fazer amor.' Aí ele perguntou o nome, eu dei. Ele escreveu lá, quando foi dali há pouquinho, iche! Elas assinando advertência lá. Aí elas chegaram em mim. 'Você que foi falar, né?' Falei: 'Eu? Imagine eu! Das pacientes, não tem só eu de consciente não. A maioria aqui é tudo consciente.' Não é assim espertona, né, mas tem umas que entrega."*

Desta vez, Simone denuncia à administração do hospital enfermeiras negligentes que abandonam o plantão, deixando as pacientes entregues à própria sorte, para comparecer a encontros amorosos clandestinos. Assim, fica a par de tudo o que se passa nas dependências do HPSUS, utilizando os fatos que apura da maneira que acha conveniente, sempre mantendo-se fiel às próprias convicções.

No entanto, tudo tem seu preço. No tocante à enfermagem, Simone leva a melhor mas, quando desempenha a função de "auxiliar" da médica, a situação se inverte:

"O Dr. Carlos, um dia ele chegou, lá tava eu ajudando a Dra. Lia, eu tava fazendo..., ela ia dar choque, não é choque que fala, é ECT. É choque, mas eles fala ECT. Ela falou: 'Simone, me ajuda a fazer ECT?' Aí eu fui. Ela falou: 'Você deita a paciente', porque aquela velha lá é nojenta, não põe a mão em paciente nenhuma. Aí eu deitei a paciente. Ela falou: 'Amarra ela.' Eu amarrei os braços, amarrei as pernas. Aí tem que pôr uma bananinha na boca. A gente pega algodão enrola com gaze, porque, conforme dá o ECT, bate os dentes e machuca, corta os lábios. Aí ela mandou passar o álcool, passei e mandou ligar o aparelho. Dr. Carlos entra: 'O que é que é? A Simone tá fazendo estágio aqui?' 'Tá, ela é minha ajudante, Carlos' 'Por que você não pega ela e paga estágio prá ela?' 'Não, aqui ninguém paga estágio, faz por conta.' Aí ele falou: 'Vamos ver então, Lia.' Além dessa paciente, ainda tem mais duas.' Aí ela falou assim: 'Eu vou ligar e você segura a paciente.' Mas o chão

tava molhado. Mas eu levei um choque, um choque! (ri) Mas foi um choque que eu tremi toda. Aí eu olhei e falei: 'Dra. Lia! Olha o chão! A senhora não fala nada?' 'Eu pensei que você estivesse de tênis.' Falei: 'Não, não tô de tênis.' Eu tava com um chinelo de couro, né. Mas tem que ser coisa de plástico, né, borracha. Aí ela falou: 'Ai, desculpa, Simone.' O Dr. Carlos ria tanto, ria tanto. Eu olhava pro Dr. Carlos, me dava vontade de xingar. Aí ele me levou prá farmácia: 'Senta aí, colega, vou te dar um café.' 'Quem vai tomar café é o senhor, eu não quero', com aquele ódio."

Durante as sessões de eletrochoque, Simone recebe, por tabela, a descarga elétrica destinada a outra paciente devido a um descuido (ou ato falho?) da médica e à sua inexperiência. É o tributo a pagar pelo papel ambíguo que desempenha na instituição: como paciente, é indiretamente objeto da terapêutica psiquiátrica e, como "estagiária", está sujeita a "acidentes de trabalho". Sente-se traída pela médica, mas é obrigada a aceitar suas desculpas. Além disso, é possível ler nas entrelinhas de seu discurso críticas veladas ao ECT, "*É choque, mas eles fala ECT*", querendo dizer que os médicos atribuem um nome científico ao choque elétrico para justificar sua aplicação como terapia.

A ambivalência em relação à situação do eletrochoque parece refletir uma ambivalência afetiva em relação à instituição e à sua médica. Em alguns momentos, demonstra gratidão e estima por esta acolhê-la nos momentos de depressão e impedi-la de procurar um consolo solitário na bebida e na droga:

"Aí a Dra. Lia, que era muito linda, maravilhosa, uma pena que foi embora... Aí, eu desabafava com ela. Quando tinha dias que eu tava com depressão, quando começava com vontade de tomar uns goles, chegava nela e falava: 'Quero sair daqui para mim tomar uns goles'. 'Não, você não vai sair', ela dizia. Aí a gente conversava, conversava. Aí ela ia no bar, comprava um guaraná e falava assim: 'Imagina que este guaraná é uma cerveja e toma'. Foi onde ela me ajudou demais. Aí quando eu sentia falta da droga, ela também falava assim: 'Você acende um cigarro e pensa que tá fumando maconha. Você vai ver, você vai superar.' Aí foi um, dois, dentro de dois meses, eu tava linda, maravilhosa."

Simone retribuiu, com seu trabalho, a atenção e o carinho recebidos. Entretanto, com o tempo, a disponibilidade em colaborar com sua médica "*linda e maravilhosa*" transforma-se num empecilho para sua saída do hospital, conforme ela própria nos relata:

"Eu me sentia querida por todos... quando eu tava com aquele nervosismo, que subia prá conversar com eles, chegava pro Dr. Carlos, Dr. Roberto, Dra. Ana, Dr. Lúcio, eu conversava muito com eles. Quer dizer, eles me orientavam, né. 'Você está aqui porque precisa, não é porque sua família quer, é porque você precisa.' Aí eu falava prá eles: 'Mas eu tô boa, por que vocês não pega e me dá alta?' 'Isso aí não é com nós, é com a sua médica. Quando ela achar que você deve ir embora, ela pega e dá alta.' Mas só que ela gostava de mim, ela gostava que eu ajudava ela. Eu ajudava ela quando ela tinha paciente assim prá ver, eu pegava a folha, eu fazia a chamada das paciente, eu ajudava ela. Então, ela gostava que ela não tinha que estar esperando, pegar o prontuário de cada paciente e ficar esperando a paciente entrar. Não, eu já ia lá fora e pegava: 'Sua médica tá aí, é prá ir, menina'. E muitas eram birutinhas mesmo, a médica chamava, não tavam nem aí, precisava ir lá fora pegar. A enfermagem tava ocupada, né, não tinha esse tempo de sair e procurar, então eu ajudava, levava. Então ela foi ficando, foi gostando daquilo lá: 'Você só vai sair quando eu sair daqui.' Porque ela ia sair e saiu. Quando ela saiu, entrou a Dra. Rosa. Aí foi a mesma coisa, até que a Neuza chegou nela e falou: 'A Simone todo dia pede prá mim conversar com você, Dra. Rosa, prá mandar ela embora.' 'Não, ela é uma paciente que ajuda demais, eu não perco ela.' Até o dia que eu me enfezei, me enfezei e falei: 'Não, se amanhã a senhora não me der alta, aí eu vou fugir. Eu sou uma paciente consciente, eu posso passar até pela portaria e ninguém vai falar nada. Eu tenho acesso à liberdade, eu falo que vou no bar comprar um cigarro.' 'No bar você não pode ir porque você vai beber.' 'Não, eles confia em mim.' 'Então tá bom, Simone.' Chegou no outro dia, ela me deu alta. Aí a Miriam pegou e me levou em casa. Aí eu cheguei em casa e eles tava. Porque eu tenho dois irmão que são alcoolatra também. Aí eu vi que o clima estava pesado e que eu ia voltar ao passado e que eu ia beber. Eles chegavam e enchiam o copo e falavam: 'Não, agora você vai beber, você vai mostrar o que você é.' Então, eu não preciso mostrar através do álcool, eu posso eu mesma. Aí eles chegava, me dava bebida e eu corria deles. Aí peguei, no dia seguinte tava aqui outra vez."

Simone é "querida por todos", torna-se imprescindível como ajudante da médica e, mesmo quando esta é substituída, continua desempenhando satisfatoriamente seu papel de "quase funcionária". É neste contexto que o "feitiço volta-se contra o feiticeiro", porque a médica não quer dispensar uma ajuda tão valiosa. Simone não se conforma, continua insistindo com a médica para obter sua alta e, mesmo com a intermediação de funcionárias, tudo é em vão. Até que se "enfeza" e enfrenta a médica, exigindo o que considera um direito seu. Esta acaba assentindo, ainda que contrariada, e

Simone vai para casa. No entanto, não encontra entre os familiares a acolhida intimamente esperada; ao contrário, é estimulada a recorrer novamente à bebida e a assumir a identidade de "alcoólatra inveterada" que a família lhe atribui, exibindo assim sua "face oculta". Para evitar uma "recaída", Simone retorna ao hospital.

Frente à rejeição da família, Simone fica sem escolha e passa um longo período no hospital, aguardando alguma mudança na situação familiar. No entanto, suas expectativas não se concretizam e após a alta definitiva, depara-se com condições desfavoráveis: as irmãs, todas casadas, não se dispõem a tê-la em sua companhia devido aos problemas domésticos que enfrentam; a mãe, que cuida de seu filho, vive de favor com outra irmã com quem Simone não se entende (ambas criticam o comportamento moral uma da outra) e seus irmãos, alcoólatras, a hostilizam abertamente. Simone enfrenta uma situação difícil:

"Minhas irmãs, na casa delas, elas não deixam eu ficar... porque eu tô desempregada e não dá prá ficar em casa parada, certo? E elas, elas não querem mesmo. Uma tem muito filho, outra o marido é chato, é ruim prá ela. E eu não me dou com esse meu cunhado, eu não me dou com ele, ele é atrevido. Brincadeira pesada, eu não gosto."

A seguir, continua comentando a propósito do seu relacionamento com a família:

" A minha vida, ó, a minha vida eu nunca vivi, bicho. A minha família, elas faziam por viver por mim. Sabe esse negócio de: 'Não pode fazer isso, não pode fazer aquilo. Você tem tudo dentro de casa.' Eu não sou criança, sou adulta. Aí depois a gente brigou, as minhas irmãs, a maioria delas acha que eu tenho que ficar no mundo e a minha mãe, nem o meu irmão, eles não podem deixar eu ficar dentro de casa, que eu não sou normal. Se eu não fosse normal, eu não convivia com as pessoas."

Simone conta que, antes de desentender-se com a família, todos queriam controlar seu comportamento, mantendo-a presa dentro de casa. Atualmente, tendo perdido o domínio sobre seus atos, os familiares querem se livrar dela, alegando que não é uma pessoa "normal". Simone é a "ovelha negra", ninguém a quer, restando-lhe buscar acolhida em outro lugar.

Desta forma, saindo do hospital, Simone é recebida provisoriamente por uma amiga de sua médica. No entanto, não se adapta nesta casa e volta para junto da mãe, solução igualmente provisória devido aos seus atritos com a irmã:

"Aí, quando eu sai de lá do hospital, eu conheci a Mirtes, uma mulher, né, ela tem problema com o marido dela. A minha médica falou prá ela: 'Mirtes, por que você não leva a Simone para ela morar na sua casa? Brincar com seu filho, olhar ele, até a gente arrumar um serviço prá ela.' Aí eu fui morar com a Mirtes. A Mirtes, só que ela era muito estourada e eu não gostei. Saí e fui morar na casa da minha mãe. A minha irmã começou a mentir, arrumou outro homem, aí eu peguei e fui morar na casa da gorda. E minha vida acabou aí, ó. Acabou depois que eu sai do ... Ó, depois que eu sai da casa da Mirtes, minha vida parou, num consigo, num consigo sair prá arrumar emprego porque tá tão difícil. Mas eu queria trabalhar sabe onde? No hospital, porque eu gosto de lá."

Diante desta situação, Simone recorre a um novo personagem: a "Gorda", mas acaba caindo numa nova armadilha: *"Fui morar na casa da gorda, minha vida acabou aí, ó. Acabou depois que eu sai do..."*. Que palavra preencheria esta lacuna? Hospital? Acho bastante provável porque, a seguir, a solução que vislumbra é retornar ao hospital, desta vez na condição de funcionária. Afinal, Simone escolhe dentre "os males, o menor", preferindo viver na instituição psiquiátrica do que na companhia da "Gorda", a respeito de quem tece comentários bastante sarcásticos:

"A gente sai junto, eu chego a ficar toda marcada. Ciúmes, a gente não pode mais nem olhar para o lado que ela já fala que eu tô procurando frutinha... Aí ontem eu falei prá ela... Parou uma menina num Kadett, né, Kadett vermelho. Falei: 'Nossa, que frutinha linda!'. Ela, pá, me deixou os ombro dolorido do soco que ela me deu... Aí ela pegou e parou num farol aí, parou um carro: 'Aí, que homem lindo!' 'Ele nem tá olhando prá você, menina.' Daí ela falou assim: 'Dentro de um mês eu vou ficar magrinha, bonita.' 'O que? Aí vai um ano prá você emagrecer porque não tem jeito. Você engordou, que para começar a emagrecer, só couro que vai começar a cair, ó, vai ter que fazer operação plástica.' Uma pessoa daquela, mesmo a gente não querendo reparar a gente é obrigada; parece um elefante..."

"A menina é exagerada em tudo. Ela não tem hora prá comer, não tem hora prá beber. Prá ela é só alegria... Ontem, o carro dela tá sem partida, né, pega no tranco. Aí, eu parei prá mim conversar com meu irmão... Só dava ela. Aí, a mulher que tava comprando carne, falou assim: 'Nossa! A baleia entrou dentro do carro...' Eu saio com ela porque não tem jeito. Aí nós fomos trocar o vidro do carro, que assaltaram o carro dela e roubaram o toca-fitas. Ela desceu e o cara falou assim: 'Nossa senhora, a mulher com uma bunda dessa aí, a gente se perde.' Aí, em vez dela ficar na dela, ela abaixou assim. Aí o cara olhou prá mim e falou assim: 'Você tá com essa menininha prá ficar perto dela?' Eu falei assim: 'Não, não tô entendendo.' 'É, pelo que eu sei, vocês duas...' Eu falei: 'Não, não tem nada a ver.' 'Ela te mata. Já pensou ela em cima de você?' 'Mas nem eu, meu irmão.' Aí o outro falou assim: 'E prá fazer um levantador lá?' Não, olha, eu tô cansada. Se ela fosse magra, até dava prá gente fazer um comedor, só ali, mas aquilo não tem jeito."

"Ela (a Gordá), eu não gosto de pessoas assim que fala palavrão, eu detesto. Ela fala palavrões pesados, eu não gosto, ela tem uma boca que Deus me livre! Ontem mesmo a gente discutiu por causa disso. Daí ela começou: 'No hospital você ouvia mais do que eu falo' Não, aqui ninguém falava palavrão, ninguém. Quer dizer, na minha família também ninguém fala, por que ela tem que falar? 'É porque você tá morando na minha casa.' 'Não, tô morando, eu moro na sua casa, não porque eu quero, vocês quer. Não que eu queira morar.' Eu queria morar na casa da minha mãe..."

Esta personagem "felliniana" é uma mulher casada que se apaixona por Simone sem ser correspondida. Embora Simone não a queira, vê-se obrigada a suportá-la porque não tem para onde ir. Simone a despreza e a detesta, até porque esta serve de suporte para as projeções de seu lado monstruoso e disforme: é uma baleia, um elefante, uma pessoa mal educada, desbocada, debochada, despudorada e descontrolada. Simone acaba, porém, transformando o trágico e degradante em cômico, numa tentativa de ludibriar o sofrimento frente à situação que descreve: à mercê dos desejos lúbricos de um monstro. Se, por um lado, a projeção de conteúdos inaceitáveis alivia sua angústia, por outro, expõe a imagem monstruosa que tem de si mesma. Simone, como a "Gordá", também foge aos padrões de comportamento heterossexual aceitos pela sociedade e envergonha-se de suas tendências homossexuais. Não conseguindo modificar seu desejo, a solução que vislumbra é ter suas "frutinhas", uma aqui, outra acolá:

"Meu gosto pessoal é esse mesmo, eu adoro frutinha, adoro frutinha, mas é uma coisa que eu não queria que o

povo me visse como sapatão. Eu tenho vergonha, mas a gente tem que assumir o que é, certo. Eu já tive namorado, mas é que eu não gosto. Nem de namorar mulher eu gosto. Eu gosto de ser essa pessoa que conhece uma frutinha aqui, outra mais em cima e fica aquele monte de frutinha."

Simone assume-se como um Dom Juan de saias, imaginariamente correspondendo à expectativa e ao desejo do pai, revivendo-o na relação superficial que mantém com cada "frutinha" e procurando, desta forma, evitar a dor de uma nova perda afetiva.

4.3 - Conceitos, imagens e fantasias sobre loucura, doença mental e alcoolismo e sua relação com o drama de Simone

4.3.1 - Alcoolismo e loucura: inter-relações

Simone alimenta dúvidas quanto a ser uma alcoólatra ou uma "louca", embora dê um crédito maior à primeira hipótese, repudiando sistematicamente a segunda, todas as vezes que esta se insinua em seu discurso. Em entrevista realizada no HPSUS após a sua alta, Simone comenta o seguinte:

"... Eu quero chegar num ponto assim tipo ver onde eu tava, o tipo de pessoas com quem eu estava convivendo junto. Prá ver se eu era uma louca, se eu era uma alcoólatra. Se eu fosse louca, então quer dizer que eu vendo agora que eu tô melhor, a bem dizer eu não vou ter uma recaída como muitas têm. Quando vê elas têm recaída, eu quero ver se eu não tenho, porque eu acredito que não, acho que o alcoolismo é normal. Porque uma pessoa alcoólatra quando ela é internada, ela vai fazer um tratamento. Então, quer dizer, ela passou aquele período de tratamento ela tá boa, porque ela tá presa, tá longe das bebidas, que ela era dependente daquilo. Então, quer dizer, eu fiquei dois anos aqui dentro, eu não bebia, depois eu saí, passei um período sem pôr nada na boca, então aí um dia eu sai e bebi. Bebi, mas eu tava segura de mim, eu sabia o limite que eu tinha que beber. E bebi e não aconteceu nada. Antes não, eu levantava, eu tinha que tomar qualquer coisa de álcool, senão dava uma tremedeira, me dava depressão e agora não. Eu me sinto uma pessoa curada."

"Prá ver se eu era uma louca, se eu era uma alcoólatra...", Simone quer tirar a prova visitando o hospital e comparando-se às pessoas

internadas. Acredita que não terá uma "recaída", porque já se sente melhor e porque considera o alcoolismo "normal", não implicando, portanto, em "loucura". Estranho raciocínio, baseado no impacto emocional gerado pelo reencontro com o passado, que a levaria retroativamente a vislumbrar sua verdadeira identidade, louca ou alcoólatra. Entretanto, logo de início, opta por este último diagnóstico porque, segundo Simone, o alcoolismo tem tratamento, consistindo este em mantê-la "presa" na instituição psiquiátrica, afastada da bebida da qual era dependente. Atualmente considera-se livre da dependência do álcool, uma vez que bebeu e soube se controlar. Antes isto não ocorria e, mesmo quando evitava beber, a abstinência do álcool ocasionava problemas tanto orgânicos ("*tremedeira*"), quanto psicológicos ("*depressão*").

Continuando:

"Agora eu quero ver, eu quero reviver por onde eu passei, com as pessoas que ajudaram eu, com as pessoas que eu convivia aqui dentro prá ver se era tudo isso mesmo que o povão fala. Nossa! Que absurdo eu viver lá dentro no meio de loucos! Prá mim as pessoas, a maioria são loucas... Louco é uma pessoa que não tem raciocínio, não tem mentalidade prá nada. Ela é uma pessoa louca, mentalidade tipo ela não sabe o que vai fazer, o que ela tá fazendo. Isso eu chamo de louco, uma pessoa que pega um objeto de valor quebra, ela não sabe se aquilo é de valor ou não. Aquilo lá é uma pessoa louca: mata e não sabe porque está matando. Então é uma pessoa louca, a minha opinião é essa. Agora tem muitas pessoas que não tem nada a ver com louco e é esquecido aqui dentro... Várias amigas minhas, que eu arrumei aqui dentro, não tinha nada a ver com louco, com loucura. É a família que colocaram aqui dentro. É tipo eu, a minha família me colocou aqui por dois anos porque eu era uma pessoa que saía mas eu tinha..., eu conseguia ver que eu dava trabalho, então elas me puseram aqui dentro. Mas tem muitas que não tem nada a ver com o que eu fazia e a família deixava, esquecia que tinha um paciente aqui dentro. Eu acho, na minha opinião não é assim não. A gente tem que cuidar deles e não jogar em qualquer lugar e esquecer."

Simone retorna como visita ao hospital numa tentativa de verificar a *posteriori* as condições em que viveu e fica chocada ao pensar que convivia com "loucos". "Será que sou louca?" pensa Simone. "Não, não pode ser", responde para si própria e justifica: "*louco é uma pessoa que não tem raciocínio, não tem mentalidade para nada*", quebrando objetos sem avaliar seu valor e matando sem saber porque, isto é, comete atos destrutivos contra pessoas ou objetos sem ter crítica sobre o que está fazendo. Este,

naturalmente, não é o seu caso. Afinal, é "uma paciente consciente", como foi denominada pelo médico do hospital. Além disso, nem todos os internos do hospital são loucos; Simone tem "amigas" que, internadas pela família, foram posteriormente esquecidas na instituição mesmo sem apresentar os sinais de loucura acima descritos. A própria Simone é um exemplo disso; sua família a internou porque "dava trabalho", isto é, porque não conseguia controlá-la, e, por este motivo, passou sua custódia para a instituição. Simone também conhece pacientes que não agiam como ela e foram abandonadas pelos familiares. Prossegue tecendo comparações entre o louco e o alcoólatra:

"O alcoólatra, ele raciocina muito bem, ele pensa, ele imagina, ele projeta as coisas. Só não pode viver sem a bebida. E o louco não, o louco, coitado, é pior do que o alcoólatra. Se der uma bebida para ele, ele bebe; se mandar ele se jogar de qualquer altura, ele se joga, porque ele não tem raciocínio, ele não pensa. Tem que ter uma pessoa pensando, orientando ele, aí ele é um louco. Então, quer dizer, o alcoólatra tem mais chance do que o louco. O alcoólatra quando ele não bebe, ele é uma excelente pessoa. Quando ele bebe, ele fica chato. Eu conheço alcoólatra que bebe e ele judia das pessoas; quando ele é casado, ele judia da mulher, agride os filhos e, quando ele não é casado, ele enche a cara, sai, sai aprontando coisas que não deve fazer. Assalta, mata e não tá nem aí com nada. Então o alcoólatra pensa, mas ele, com a cabeça cheia, ele tem mais atividade, não é assim? Na minha opinião, eu era uma pessoa alcoólatra, mas eu não fazia nada disso; eu nunca matei, nunca roubei, nunca bati em ninguém. Porque eu era tipo uma alcoólatra desligada, eu bebia para esquecer, esquecer tudo, tudo o que acontecia comigo. Por exemplo, chegava em casa o meu irmão brigava comigo, se ele viesse prá cima, eu tinha atividade, eu tinha defesa, eu ficava violenta. Aí chegou num ponto que eu tava internada, chegou num ponto que eu vi, que o que eu sinto e o que eu sou, a minha atividade, ela vem de mim, não vem da bebida, que eu bebia prá mim poder falar. Sem a bebida eu sou tímida, com a bebida eu sou assim uma pessoa atiradona, não tenho medo de nada. Converso e nossa, se me chamar prá uma briga, eu vou correndo. Aqui no hospital, eu separava as brigas mas, se eu tivesse de fogo, eu não ia separar, eu ia ajudar a bater. Então não ia separar."

"A primeira vez que eu vim para cá, eu tava com tanto álcool no corpo que eu fiquei uma semana violenta. Eu entrava no pátio, via aquelas menina bobona lá, eu ia bater nelas. Porque, coitadas, elas não tem atividade para nada; elas não tinham defesa. Era nervoso, era raiva, era tudo. O alcoolismo, ele faz a gente ter muita depressão, né, a gente

fica com os nervos abalado. Aí, bem antes de tirar todo aquele álcool do corpo, aí eu entrava no meio delas, eu sentia pena delas, dó de ver elas naquela situação, olhar elas e ver o pas... Então, eu sentia pena delas. Porque eu não era doente de cabeça nem nada, chegava e mandava a mão..."

Na opinião de Simone, em oposição ao louco, o alcoólatra pensa, tem a capacidade de imaginar e de prever os acontecimentos; seu problema é a dependência da bebida. Já o louco não pensa: além de não saber avaliar as consequências de suas ações, também não tem iniciativa própria, dependendo sempre da orientação de outra pessoa. Conclui que o alcoólatra *"tem mais chance que o louco"*, porque sem a bebida é *"uma excelente pessoa"*. No entanto, sob o efeito do álcool pode tornar-se violento com os familiares e cometer atos delinquentes como matar ou roubar. Desta forma, o louco age impulsivamente e depende do pensamento de outra pessoa para se controlar, ao contrário do alcoólatra que usa o álcool para suspender a crítica de seus atos e agir ao sabor dos impulsos. Ambos são, entretanto, dependentes de algo externo para agir: o alcoólatra depende da bebida e o "louco", de outra pessoa. A diferença entre os dois reside no seguinte: o louco, *"coitado"*, é uma vítima porque não tem a capacidade de raciocinar; o alcoólatra, ao contrário, é responsável ao menos pela opção de beber. E, mesmo reconhecendo que a bebida é necessária para aliviar o sofrimento do alcoólatra, propiciando o *"esquecimento"* de seus problemas e a descarga de suas tensões, Simone considera-o, ainda que indiretamente, autor de seu próprio infortúnio.

Além disso, o alcoólatra tem um alibi: age como louco sem o ser, devido aos efeitos orgânicos do álcool que ocasionam a suspensão momentânea do juízo. Tratando-se do "louco", a irresponsabilidade de seu comportamento deve ser atribuída à "doença mental", concepção que pode ser deduzida da seguinte afirmação: *"Porque eu não era doente de cabeça nem nada, chegava e mandava a mão."* No entanto, Simone atribui os distúrbios de comportamento de ambos à etiologia orgânica, com uma diferença: no caso do alcoólatra, os distúrbios de comportamento são transitórios e associados a um fator externo (bebida) introduzido no organismo e, no caso do "louco", são permanentes e independentes de desencadeante externo sendo, portanto, inerentes à sua condição de "doente".

Toda esta argumentação baseia-se, em última análise, na concepção de que a loucura é uma "doença" e o alcoolismo é um "vício". Simone prefere

assumir-se "viciada" a ver-se como "doente" pois, naquele caso, pelo menos, é possível reverter a situação:

"Quando eu era alcoólatra, que eu fui internada, era uma pessoa que, de manhã, tinha que tomar qualquer coisa de álcool para mim poder ficar de pé. Hoje não, tem quase dois anos que eu saí de lá, para mim tô beleza, não dependo mais desse vício".

Por outro lado, embora estabeleça como diferença fundamental entre o alcoólatra e o louco, o fato deste último ser incapaz de pensar, por vezes coloca em dúvida esta idéia:

"Eu gosto de andar bastante aqui dentro. Por que ficar parada? Eu não sou doente para ficar parada... Louco tem uma imaginação do cão. Você está pensando o que? O doente é mais esperto que o médico. De repente o médico passa medicação, o doente pega e fala assim: 'Eu nunca tomei essa medicação, por que preciso tomar agora?' É onde o médico se sente todo embaraçado prá dar medicação. Qual é o médico que vai acreditar numa pessoa louca? Só se o médico for louco também. (O que é um louco na sua opinião?) Louco é quem fala as coisas sem pensar. Fala as coisas sem ter uma imaginação. Come qualquer coisa; qualquer coisa que encontra pela frente tá comendo. Pode andar pelado que não tá nem aí com a vida. Isso é um louco; louco não pensa."

Em outra oportunidade acrescenta: *"Às vezes eu escrevo cartas, poesias, meus pensamentos são muito loucos..."*

Há ocasiões em que, de uma certa maneira, admite-se louca, estabelecendo uma distinção entre a sua loucura e a "doença mental", pois no seu caso trata-se de *"uma imaginação do cão"*, um exagero e não uma falta. No entanto, quando interpelada, afasta esta idéia voltando à noção original de que a loucura consiste numa impossibilidade de pensar e está associada à doença mental. Parecem estar implícitas duas representações da loucura: uma, aceitável, ligada ao excesso de imaginação, mesmo que seja coisa do "cão", expressão popular para designar o demônio, traduzindo-se numa extravagância, numa excentricidade e outra, inadmissível, associada a uma limitação da capacidade intelectual, consistindo esta na "verdadeira" doença mental. De qualquer forma, "ser ou não ser louca" é uma questão fundamental para Simone e parece que a possibilidade de perder a capacidade de pensar é o que existe de mais aterrorizante para ela.

Além dos desdobramentos acima apontados acerca da representação de loucura e/ou doença mental, uma imagem monstruosa, já presente

quando falava da "Gorda", aparece agora aderida à figura do louco, quando narra um dos muitos episódios que vivenciou no hospital:

"Tinha uma mulher lá, altona sabe, nós apelidamos ela de Sônia Catapora, ela era toda pintada, a coisa mais horrível, magra, magra. Aí nós pensamos que ela estivesse com Aids. Aí ela tava isolada até o médico passar. Essa menina arrebenta a porta, ela tinha uma força! Ela arrebentou a porta daquele isolamento, saiu. E as pacientes do Pavilhão A, elas sobe para cima, prá elas tomar café em cima. Aí a M.J.F. falou assim: 'Simone, você desce e vê prá mim se tem paciente aí embaixo. Se tiver, você põe prá cima'. E eu, lá tô eu, com radinho na mão e só ali, né. Quando eu vejo aquela marmota com cobertor (ri). Eu fui correr, levei um tombo naquele corredor e a mulher veio prá cima e eu; 'Pelo amor de Deus, eu vou te matar, menina'. E só dava eu; eu subi aquilo lá e a porta trancou, que a porta conforme bate, ela tranca. E eu tava sem chave. Eu gritava e batia na porta, aquele monstro subindo atrás de mim. Eu morria de medo dela, todo mundo morria de medo. Ela era feia demais, o cabelo era isso, é. Aí a Elizabete abriu a porta, ela abriu e eu já fui logo prá dentro. 'O que aconteceu, Simone?' 'A Sônia, aquela que tá com Aids, que vocês tão falando, ela correu atrás de mim, ela arrebentou a porta. Ô, ela vai arrebentar a farmácia, ela tá batendo lá.' Aí desceram prá ver, a Sônia já tinha arrebentado o trinco, já tava quase arrebentando a porta da farmácia, mas doidinha. Aí pegaram a Sônia. Eu ajudei a pegar? 'Ajuda nós, Simone!' 'Eu não, de jeito nenhum.' Eu morria de medo daquela mulher. Não sei, não era medo dela bater em mim, porque ela num güentava, eu sei lá, prá quem pegou a porta e arrebentou, acho que tem uma força miserável, né. Mas quando as outras enfermeiras pegou, ela não fez nada, eu fiquei na minha. Eu tinha medo do jeito dela olhar prá gente. Ela tinha problema de como chama? Aquilo lá ... epilepsia. Dava nela, ela caía e começava a babar, babar, coisava os olhos, estalava tudo os olhos, eu, prá mim, a mulher morria. Aí amarraram e ela falava assim: 'Ô enfermeirinha, me ajuda enfermeirinha, quando minha família vim, eu te dou um presente.' Aí amarraram. Ah, eu abria aquela porta, me dava dó; ela gostava tanto de mim e eu morria de medo dela, né. Ela não tava com Aids, não era nada disso, era porque ela, ela ficou muito tempo jogada, então emagreceu demais, tava com falta de vitamina no corpo."

Desta vez, a loucura vem associada à Aids, doença letal, incurável e contagiosa que transforma o ser humano em um monstro, expondo sem piedade o retrato disforme e horripilante que existe no mais íntimo de cada um. No entanto, passado o momento de pânico, Simone reconhece que o "monstro" tão temido era apenas uma pessoa doente e carente, que encontrava-se neste estado lastimável porque foi abandonada quando

necessitava de ajuda. Simone também fica muito assustada com as conseqüências desta situação, ao ver a face da morte estampada no rosto de Sônia durante as crises convulsivas. Loucura-doença e loucura-sofrimento compõem uma mesma configuração, resultando, de qualquer forma, numa figura monstruosa e assustadora pela possibilidade de levar o ser humano à destruição e à morte. Assinalo que Simone relata este episódio e outros tantos, sempre adicionando um toque humorístico, pois transformar horror em humor, não deixa de ser um recurso para suavizar o choque da cruel realidade enfrentada pelos internos de hospitais psiquiátricos e por ela própria.

4.3.2 - Concepções etiológicas acerca do alcoolismo e da doença mental

Na opinião de Simone, fatores psicossociais têm um peso decisivo na etiologia do alcoolismo. Como ela própria afirma: *"Eu bebia para esquecer, esquecer tudo, tudo o que acontecia comigo"*. Retomando os fatos narrados por Simone sobre sua vida, vimos que os problemas a que se refere tiveram origem na infância, com o trauma psíquico gerado pela morte do pai, assunto que ela retoma várias vezes durante as entrevistas:

"Minha infância foi terrível. Não foi terrível, foi assim: a gente com seis anos de felicidade, perder o pai assim é difícil. Quando ele morreu a gente veio para São Paulo. Até meus quatorze anos foi uma delícia. Depois, aí, já não prestou. Dos quatorze aos vinte e dois anos era gostoso. Aí começou a mudar tudo. Aí, através de colegas, fui conhecendo o mundão. Detesto esse mundo! Foi onde eu aprendi a beber, virei uma alcoólatra. E aprendi a fumar, conheci drogas, que eu sou muito teimosa. Se eu ver um negócio, eu quero experimentar. E gostei... Fiquei viciada e aí para mim sair já era tarde, já tava viciada. Era maconha, cocaína, tudo o que não prestava. Aí, esse negócio de tóxico, a gente vê muita coisa, principalmente bicho. Eu falava para minha mãe que na minha cama tava cheio de bicho e não tinha nada. Foi aí que eu comecei a ficar doente. Aí meu irmão pegou e me internou aqui. Aí fiquei poucos dias, umas duas semanas. Aí saí, aí melhorei, aí voltei outra vez. Que a pessoa, quando é viciada, se ela não tem ocupação... Quando eu vi, nossa, eu tava me acabando. É tipo uma bebida. É uma alcoólatra e se torna viciada em drogas. Foi terrível... de manhã cedo é uma tremedeira! Se você não tomar um gole de cachaça, não para. Aí, logo de manhãzinha, o café da gente é um gole de cachaça."

Conforme relata Simone, além do intenso sofrimento psíquico gerado pela perda do genitor, cujo luto não pôde ser elaborado até hoje, o falecimento deste ente querido provocou transformações drásticas na sua vida. A família mudou-se do interior do Paraná para São Paulo, onde Simone sentiu-se abandonada pelos familiares, em virtude da mãe e das irmãs saírem para trabalhar, não dispoendo, portanto, de tempo para dedicar-lhe atenção e carinho. Simone cresce solitária e infeliz e, com o passar do tempo, suas irmãs casam-se e ela começa a trabalhar, sai de seu "mundinho" para enfrentar o "mundão". Influenciada por más companhias, torna-se presa fácil da bebida e da droga, nas quais busca uma ilusão de felicidade, talvez numa tentativa de reencontrar a infância perdida e idealizada. Esta felicidade fictícia é transitória e perigosa, uma cilada da qual Simone, uma vez capturada, não consegue mais escapar.

Simone torna-se totalmente dependente da bebida, a ponto de ser-lhe impossível manter-se abstinência sob pena de enfrentar as terríveis conseqüências, tanto físicas como psíquicas, do álcool, especialmente as alucinações que a perseguem e atormentam. Ao sonho segue-se o pesadelo e Simone conhece o universo da loucura. A família, não vislumbrando outro tipo de solução, decide interná-la e Simone inicia sua carreira psiquiátrica.

Avaliando a si própria por meio das palavras que atribui à médica, Simone reafirma o papel fundamental de fatores emocionais na etiologia de suas perturbações, o recurso ao álcool para suprir carências afetivas, o alto preço que ainda hoje paga por ter buscado este tipo de solução e o isolamento em que mergulha quando recorre à fantasia para fugir do contato insuportável com a realidade. Insinua também que sobrecargas emocionais têm conseqüências orgânicas ("ataca os nervos"), questão que, entre outras, aborda a seguir:

"Eu tenho dois problemas, como a Dra. Lia, a minha médica, falava prá mim: 'Você, Simone, não tem só problema de alcoolismo, você tem dois problemas. O primeiro é a bebida, fora a bebida você é uma excelente pessoa. Depois, você tem o segundo, que é tipo essas pessoas muito carentes e você convivendo com as pessoas que não são igual você, que não se compara a você, é onde você, você é onde que ataca, ataca os seus nervos, você cai nessa depressão. Você sempre, você gosta de estar conversando, é aonde as pessoas não gostam, você vai se irritando, se irritando e ataca os nervos tanto e é onde você fica ruim.' Com a bebida some tudo, aqueles problemas que a gente tem desaparece. Mas depois passa aquela ressaca, a gente volta a pensar: 'Por que eu fiz isso? Por que eu bebi?' Sabe, fica naquela depressão terrível e é onde a

pessoa que não tem carinho, a pessoa que não tem outra pessoa prá ajudar, a pessoa se torna independente de tudo, se torna aquela pessoa sozinha, isolada. Eu não gosto disso. Eu sei lá, eu tenho horas que eu mesma fico perguntando para mim: 'Por que será que a gente é assim, tem assim imaginações?' A gente vive de fantasia, é uma coisa ridícula.

Lembra uma entrevista que você foi fazer lá e eu desenhei a Ilha da Fantasia? Então aquilo lá era tipo eu que tava lá dentro, eu não sentia, aquilo prá mim era uma ilha, mas tudo era fantasia, nada daquilo acontecia. Tipo, eu querendo sair de lá de dentro prá mim, sei lá, isolar. Sair de dentro da hospital, lá eu me via numa ilha. Você viu, aquela enfermeira, barquinho, iate, eu na beira da praia fazendo fogueirinha com a menina? Aquilo lá prá mim era um sonho, porque é um sonho, porque isso eu acho que nunca vai acontecer, viver assim naquela ilha, eu sonho com aquela ilha. Lá dentro, eu transformava o hospital naquela ilha, a Ilha da Fantasia. E, de repente, quando passava o dia, eu já me envolvia com outro sonho, tipo, se eu passasse o dia bem, prá mim era só fantasia, eu e aquela ilha. Se eu passasse o dia assim, terrível, com briga, com discussões, eu me via assim, à noite tinha pesadelos, tipo sonhava com monstros, via monstros, tudo aqueles monstros lá, eu cheguei a ver lá dentro... Eu via aqueles bicho tudinho lá fora. Tinha horas que eu acordava, olhava assim pela janela, eu via no pátio eles lá tudo. Teve uma época que o Dr. Carlos e o Dr. Lúcio, eles falaram que eu, eles iam me isolar, que eu tava ficando terrível. Eu tava vivendo com medo, eu saía pro pátio tinha medo, prá mim o pátio tava cheio de bicho. Não tinha um matão lá para trás? Nossa, eu, prá mim aquilo lá tinha onça, tinha animal pesado, elefante, girafa, morria de medo. Eu não dormia no quarto, dormia na farmácia, com medo. Medo deles chegarem e mandarem a cara naqueles vidro lá, cada baita vidrão, sem segurança nenhuma, entrar, igual como, então, no dia que eu sonhei com aqueles bicho lá que eu desenhei, entrou um morcego desse tamanho lá dentro. A enfermeira matou. Ó, nesse dia aconteceu tudo, parece que tudo que eu tava prevendo aconteceu. Entrou uma cobra, entrou esse morcego, entrou escorpião, entrou cobra. Eu matei, ó, a enfermeira e eu matei o morcego que era isso, aquele morcegão, coisa mais feia, colocamos dentro de um vidro com álcool. A cobra colocamos dentro de outro vidro com álcool, aquele escorpião coloquei dentro de um vidro com álcool, mandei tudo lá prá cima..."

A narrativa acima mostra que Simone, privada do afeto e da atenção da família, abandonada na instituição psiquiátrica, procura sobreviver lançando mão de uma defesa drástica de cunho claramente esquizóide: o corte da ligação com a realidade externa, por demais dura e frustrante, o isolamento e a conseqüente imersão no universo fantástico da imaginação.

Transforma o hospital magicamente na "Ilha da Fantasia", paraíso criado para dar conta da angústia por meio dos mecanismos de dissociação ou de negação, recurso que, como a bebida e a droga, produz uma ilusão passageira. Assim sendo, para escapar do convívio com a loucura, paradoxalmente nela mergulha. Como explica Simone, caso durante o dia predominassem experiências negativas, durante a noite o paraíso diurno transformava-se num inferno povoado por monstros fantásticos e, impotente para enfrentá-los, ela acabava submergindo no mundo persecutório das alucinações aterrorizantes. Os animais "venenosos" (cobra, morcego e escorpião) a que Simone se refere, ainda que calcados em dados da realidade, servem de suporte para aspectos do seu mundo interno que, projetados na realidade externa, acabam voltados contra si própria. Nova ilusão, só que dessa vez, Simone mergulha na "Noite do Pesadelo", no lado "escuro" da loucura. Desta forma, segundo esta paciente, a loucura tem duas faces como a bebida e a droga: um lado atraente mas, uma vez transposto seu limiar, corre-se o sério risco de mergulhar na escuridão do pesadelo, no "buraco negro" do inconsciente, onde a imaginação cria vida própria e o "tiro acaba saindo pela culatra". É como um veneno que, depois de inoculado, num primeiro momento leva à euforia e no seguinte gera a depressão.

Simone mata a cobra, o escorpião e o morcego que encontra no hospital e os coloca em vidros com álcool, atitude esta que pode ser entendida como uma metáfora de seu sintoma principal, o alcoolismo: afogar os monstros que vivem dentro de si ou sua própria loucura na bebida, mas, com este expediente, acaba ingerindo o próprio veneno.

Resumindo, para Simone, a loucura consiste numa fuga da realidade e num mergulho na imaginação, com a finalidade de evitar a angústia, consistindo, portanto, numa defesa contra o sofrimento psíquico. Só que esta defesa é ineficaz porque, estando imersa na fantasia, ela perde o controle sobre seus pensamentos, expondo-se ao risco de defrontar-se com criações terríficas. Esta sua concepção coincide com a noção psicanalítica de que a loucura é uma defesa contra o sofrimento psíquico, no sentido de ser um rompimento com a realidade para evitar frustrações insuportáveis.

Paralelamente a esta versão sobre a etiologia das perturbações mentais, Simone algumas vezes associa homossexualismo e loucura, usando como parâmetro o conceito de normalidade, entendido como comportamento heterossexual. Quanto à origem de suas tendências homossexuais, Simone as atribui primeiramente a fatores emocionais, isto é, ao cumprimento da promessa feita ao pai no seu leito de morte: ser homem

ou, pelo menos, agir enquanto tal. Do ponto de vista psicanalítico, tal fantasia consistiria na expressão de um sentimento melancólico de reviver o pai, transformando-se nele. Uma vez identificada com a figura paterna, procura pensar, agir e sentir como imagina que seu pai faria.

No entanto, esta não é a única possibilidade aventada por Simone. Surpreendentemente, lança mão de explicações mágicas para explicar seu comportamento bissexual.

"...As minhas irmã, a maioria delas acha que eu tenho que ficar no mundo e a minha mãe, nem o meu irmão, eles não podem deixar eu ficar dentro de casa, que eu não sou normal. Se eu não fosse normal, eu não convivia com as pessoas... Não sei, tenho dúvida assim comigo mesma. Acho que é quando muda a lua. Tem épocas que eu odeio homem. É onde essa menina fica falando: 'Você é sapatão'... De repente, a lua vira, a lua muda e eu me sinto assim homem, só gosto de frutinha. Agora eu tô assim, meia a meia... Agora tem lua que eu me amarro em homem... Na lua cheia, eu tô mulher mesmo... Aí então esse negócio de sapatão, eu queria esquecer esse lado meu, ó. Não pode, não pode existir dois sexos. Tem travesti né, e tem sapatão. Travesti é um homem que quer ser mulher e sapatão é uma mulher que quer ser homem, não pode. Tem que ter um tratamento prá esquecer esse lado da gente..."

"Desde pequena, eu brincava com a menina, a gente brincava de marido e mulher. Aí meu pai, meu pai carregava na bebida, né. Aí eu fui brincar com a minha irmã, aí eu era o marido, a minha irmã era mulher. Aí deu o maior rolo quando ele soube. Ele tava trabalhando; quando ele chegava em casa, ele queria tomar uma cachaça, a minha mãe enchia o copo e me dava. Eu bebia, até que eu fiquei de fogo. Então, quer dizer que desde pequena eu nunca usei uma saia, nunca usei um vestido. Minha irmã acha que eu tenho que andar de vestido, saia, andar com unha pintada, fazer sobrancelha, usar baton, prá que isso?... É bonito uma pessoa que faz uma maquiagem fraquinha, não é bonito? De vez em quando eu não aceito eu mesma. Tem dias que a Lília, irmã da gorda, é minha melhor amiga, a gente tá conversando aí ela, eu tomo banho, aí vou pentear o cabelo, aí ela pega o garfo prá pentear meu cabelo, ela passa baton em mim, passa sombra. Aí ela fala prá mim: 'Olha a mudança'. Ela chama a Gorda e a Gorda fala: 'Ela não leva jeito'. Eu acho que eu fico bonita. Sei lá, eu gosto de ficar bonita assim, é. De um lado meu assim, gosto, eu olho e gosto. Quando eu tô longe da Gorda, dessas pessoas que me vê como sapatão, que nem a Lília, eu me sinto assim, uma mulher. Quando a Gorda olha e fala: 'Ela não leva jeito', aí eu fico morrendo de raiva... É isso que eu te falei. Quando a lua muda, eu gosto de ser mulher, quando a

lua tá nessa, eu gosto de ser uma pessoa locona, eu gosto de ser sapatão."

Loucura e homossexualismo fogem aos padrões da normalidade, portanto, são equivalentes na opinião de Simone. No entanto, sua opção sexual não é apenas por mulheres; há períodos em que se sente atraída por homens, em que se percebe como mulher, períodos estes que se alternam como as fases da lua. A par das teorias astrológicas, admite também que o "olhar" alheio, isto é, a maneira como as outras pessoas a vêem tem um peso decisivo sobre a aceitação de sua feminilidade. Na verdade, Simone não se percebe nem como mulher, nem como homem, talvez porque deseje ser ambos. Acaba por estabelecer uma equivalência entre o "sapatão" e o "travesti", isto é, recorre a uma imagem híbrida com características dos dois sexos, o que equivaleria à representação inconsciente da "mulher fálica".

Levando em conta o fato de que a sociedade não aceita seu comportamento, Simone avalia negativamente a si própria, julgamento este que, indubitavelmente, se reflete em sua auto-estima:

"O que eu quero da vida, eu não posso falar porque é uma coisa, um particular meu, uma besteira que eu não gosto de ficar comentando. Não é assim, é tipo uma coisa que a sociedade, elas acham fe..., ridículo. Tem várias pessoas que elas falam: "Não, você não pode ser isso, você tem que seguir outro caminho." (...) O meu comportamento eu acho errado. Eu acho errado, mas é uma coisa que eu gosto. É esse o problema, ninguém admite. Se eu saio com uma mulher, eles começam a criticar. Ah! Sapatão, é isso, é aquilo, as duas tem um caso. Não sei se eu sou; sapatão é uma palavra muito pesada. Mas não tem outra palavra, não tem outra... Meu gosto pessoal é esse mesmo, eu adoro frutinha, adoro frutinha, mas é uma coisa que eu não gostaria que o povo me visse como sapatão. Eu tenho vergonha, mas a gente tem que assumir o que a gente é, certo?"

Finalmente estabelece-se uma justaposição entre homossexualismo, monstrosidade e loucura, tudo isto sob a regência da lua. Não deve ser sem razão que o louco também seja chamado de lunático.

Pensando em causas sobrenaturais da loucura, Simone aborda a questão do fanatismo religioso como possível determinante, situando-o no limiar entre o que pode ser compreendido pelos homens e pela ciência e o inexplicável:

"Tem vários pacientes que tão aqui dentro por causa de ser crente fanático, de ser uma coisa fanática desse negócio de macumba. Eu não entendo muito disso aí, mas eu sei que o candomblé é tipo uma religião que só permite o mal,

que puxa mais para a esquerda. Já a umbanda, procura fazer o bem; ela mexem mais com os santos. A mesa branca, eu nunca procurei saber, mas é quase igual à umbanda. Só que eles não trabalha igual à umbanda; eles trabalha mais em centro, eles trabalha mais com a mente. É tipo uma telepatia. A umbanda, o candomblé, eles já incorpora. Eles acha que abaixa um santo neles e eles... de repente até existe. Só que, na minha opinião, é coisa que nunca teve. Descer um espírito assim na gente, não existe. Isso aí é o efeito da cachaça, só pode ser. Em todos os centros que você entra, se não tiver uma garrafa de cachaça, aí não abaixa santo nenhum. Tem pacientes lá no pavilhão que, de vez em quando, o santo abaixa. Mas não abaixa não, é fingimento... Através de cachaça, até eu posso imitar. Eu posso imitar um preto velho aí, imitar um baiano, imitar um caboclo. Você quer que eu puxe um ponto aqui? Mas, de repente, vai ver que hoje não é meu dia..."

Simone mostra-se céptica com relação a questões espirituais, relativas à interferência ou à possessão por parte de espíritos de pessoas falecidas que, na sua opinião, podem exercer influências tanto benéficas ou maléficas. Embora não descarte totalmente a possibilidade da influência sobrenatural, acaba optando por uma hipótese mais concreta: a bebida age no organismo liberando o "santo" (ou o demônio) que existe dentro de cada um. Seria, a seu ver, uma simulação e não uma incorporação autêntica.

Concluindo, Simone faz uma articulação entre as perturbações mentais e os distúrbios orgânicos:

"Eu não tenho nada; de vez em quando me dá uma depressão nervosa, tipo hoje, eu fico nervosa... Não é doença, mas é tipo se a gente deixar, se torna uma depressão. A depressão, ela começa tipo um nervoso, uma estafa nervosa e, se não cuidar, vira doença. Aí a gente vai depender daquela medicação que é para manter a pessoa sã. E eu sou uma pessoa que eu sou teimosa. Eu posso estar super nervosa, não gosto de tomar calmante, não gosto de tomar nada. Eu gosto, eu mesma, de fazer um desabafo meu. Eu acho que para esse tipo de coisa, não é necessário calmante como as demais toma, seja a depressão que for."

Em outra ocasião, segue o mesmo raciocínio, desta vez referindo-se aos "nervos abalados":

"Depressão, para mim, é aquela pessoa que fica nervosa direto, que qualquer coisinha abala os nervos... A gente começa a ouvir uma música, ouvir outra, começa a lembrar. Aí força, aí só sai choro mesmo, nossa! Eu não sei que mágoa é essa; eu queria descobrir porque eu ando assim, né, me ataca tanto os nervos assim, que tá me dando é dor

nos nervo. Tem dias, que nem ontem, ontem os nervo tava assim, todo dolorido. Mas eu conversei com o médico, ele falou assim que quando a gente fica nervosa, a gente não pode prender aquele nervoso, a gente tem que pôr prá fora, porque é perigoso. Mas eu não consigo, eu sou uma pessoa que, por mais que a pessoa faça para mim, eu não sou assim de chegar e falar, xingar, não. Não, eu deixo, eu deixo rolar e é onde que me ataca mais."

Na opinião de Simone, ainda que as perturbações mentais tenham uma origem psicossocial, *"se não cuidar, vira doença"*, isto é, acabam tendo consequências orgânicas. O sofrimento psíquico acaba se transformando em "dor nos nervos" caso não for expresso em atos ou palavras. A angústia contida reflete-se nos "nervos", a depressão torna-se "doença", originando a doença mental: *"Aí a gente vai depender daquela medicação que é para manter a pessoa sã"*. Diante desta possibilidade, imediatamente Simone recua e afirma que é preciso, a todo custo, evitar a medicação. Para tanto, o desabafo é um recurso viável e consistiria em expulsar de dentro de si o que a está incomodando, antes que seja tarde demais. Em outras palavras, Simone pensa que, no momento em que a dor psíquica converte-se em doença orgânica, a loucura torna-se irreversível. Neste contexto, faz uma ponte entre a representação psicológica e psiquiátrica dos distúrbios mentais: quando o sofrimento psíquico torna-se insuportável, passa a se refletir no organismo e a produzir a doença mental.

4.3.3 - Soluções para o alcoolismo e para a doença mental

Dentre as soluções propostas por Simone, uma delas é a internação psiquiátrica que, no caso do alcoolista, tem como principal finalidade mantê-lo preso, longe da tentação da bebida. Em outras palavras, esta serve para defendê-lo dos próprios impulsos.

Ainda que acredite na intermediação de fatores orgânicos tanto no alcoolismo como na doença mental, Simone mostra-se ambivalente, algumas vezes relutante, outras céptica, em relação a tratamentos que atuam neste nível: medicação e ECT.

Quanto à medicação, Simone conta que ao ser reinternada, sofria de dores nos membros, insônia persistente e freqüentes pesadelos, cujo alívio era obtido por meio da administração de tranqüilizantes. No entanto, se, por um lado, tais sintomas remitiavam, por outro, os efeitos colaterais dos medicamentos geravam um mal estar terrível:

"Fiquei mais quatro meses aqui. Mas aí eu fazia tratamento tipo, porque a bebida, quando o alcoólatra deixa, sente muita dor assim nos ossos. Então que dizer que você não agüentava perna, braço, dava uma dor terrível. Elas me medicavam, mas eu não dependia dessa medicação todo dia. Tipo medicação para nervoso, insônia, não tava dependendo mais, eu mesma fazia eu dormir sozinha. Eu chegava e falava: 'Não, você não depende disso, você vai dormir, você vai deitar e dormir.' Aí começava, deitava na cama, às vezes vinha aquele tumulto assim na minha cabeça. Aí eu tirava fora: 'Não, eu não quero pensar em nada, quero dormir.' Vinha tudo assim, vinha bicho, na minha cabeça, eu tava vendo, eu olhava assim, eu via bicho. Prá mim, a cama tava assim suja. Eu sou uma pessoa que eu sou muito enjoada. Eu passava a mão assim para ver se não tinha cobra na cama. Então, eu tinha dias que eu cismava que aquela cama tava suja, eu não ia deitar nela. Aí a enfermeira vinha e dizia: 'Tá limpa, Simone, essa cama trocou hoje'. 'Não, eu não quero, eu não quero, prá mim ela tá suja'. Eu deito, aí eu começo, prá mim tem bicho nessa cama e começa a andar em mim. Aí ela ligava pro médico, perguntava prá medicar. Aí tomava remédio forte e dormia. E amanhecia, nossa, um trapo."

Simone fica indecisa quanto às vantagens dos tranqüilizantes, já que estes apresentam também efeitos indesejáveis. Procurava se suggestionar para evitá-los ao máximo, pensando que o mal por estes causado pode ser maior que os benefícios que oferecem.

Após sua alta do hospital, Simone continua se deparando com o mesmo problema e procura o médico para receber orientação sobre mudança de medicação. Acompanhemos sua narrativa:

"Eu tava tomando Haldol. Aí eu voltei no médico, aí ele tirou de mim. Eu contei para ele que eu tomava aquilo lá, quando era de noite, em vez de me dar sono, dava era insônia. Ele tava me deixando... Eu sentia só sono. Nossa! Eu tomava aquilo lá de dia, né. Por exemplo, tomava à noite. Ele mandou eu tomar à noite. À noite, nossa, meu olho, nossa, secava e eu não conseguia dormir. Eu ia conseguir dormir era o que? Era das dez horas da manhã ao resto da tarde. Aí eu num, eu sei lá, meu, de dia foi feito para trabalhar, não para dormir. Ah, e tinha dias que dava uma reação estranha, tipo impregnação, me dava um negócio ruim. Tremia assim, os nervos da gente, a boca de vez em quando começava a tremer. Ficava trêmula e a saliva aumentava mais. Aí ele passou prá mim tomar o, como chama, o Fenegan com Dienpax. Nossa! Tomei uma vez só, nunca mais. Quase morri! Quase morri! Para mim ia dar um ataque, atacou o coração, o coração acelerou. Nossa, fiquei ruim! Aí eu não tomei mais não. Peguei, joguei fora e nunca mais vou tomar. Aí eu me mediquei por conta. Quando eu me sinto assim, eu tomo a metade do Dienpax, metadinha só, porque é pros nervos também. Aí eu me sinto assim, mais calma, a minha depressão, ela diminui um pouco."

Segundo Simone, a alternativa sugerida pelo médico piora a situação, pois é acometida de taquicardia e pensa que vai morrer. A partir deste momento, decide dosar a medicação por sua própria conta, buscando no bom senso a solução do problema. Na verdade, é preciso ser "sábida" para decidir qual dos males é o mais suportável.

A partir dos relatos acima comentados, pode-se perceber que Simone mostra-se relutante em relação à medicação por entendê-la como uma faca de dois gumes: é útil para diminuir a angústia, mas também pode ter efeitos colaterais nefastos como a impregnação ou mesmo ser letal. Além disso, é possível ocorrer um efeito paradoxal: em princípio empregada para "acalmar os nervos", pode, no entanto, estimulá-los ainda mais, levando-a a perder o sono ou ficar "um trapo". Em qualquer caso, é um veneno usado pela medicina para combater outros venenos, ou seja, o álcool e a droga.

Já em relação ao ECT, Simone tece os seguintes comentários, desta vez baseada no que presenciou no HPSUS, uma vez que nunca foi diretamente submetida a este procedimento:

"ECT é para pessoas que não tem consciência, prá ver se abre a consciência... A menina tem doze anos que é reinternada lá dentro. A Alice cansou de tomar ECT e depois de muitos anos que ela teve melhora, né. Mas é uma coisa que é igual Dr. Carlos fala, é só para deixar a pessoa ligada um pouco, não é para... Eu acho que a paciente melhora uns 100% porque ela não fica mais impregnada... Porque a pessoa que tá no início, né, ela toma medicação, ela vai se sentindo impregnada e tomando ECT já a pessoa não vai depender daquela medicação. Tipo, eu tomo ECT hoje, né, então eu fico uma semana sem tomar medicação, eu só vou... Mas eu não queria tomar ECT nem em sonho. Quando eu ia ajudar a Dra. Lia a aplicar ECT, eu ficava com dó, morria de dó. As danada levanta já tudo tremendo, aquilo acaba com a pessoa. Ficava ruim duas horas, depois ficava boa. Duas horas depois elas tava boa."

Na opinião de Simone, o ECT é um substituto da medicação "para pessoas que não tem consciência", o que não é o seu caso. Por outro lado, entre a medicação e o ECT para os "doentes mentais" fica novamente ambivalente: não sabe o que é pior. O ECT "acaba com a pessoa", é uma conduta altamente agressiva, mas tem a vantagem de evitar a medicação continuada que leva à impregnação. De certa forma, Simone justifica seu emprego, sendo neste ponto conivente com o discurso médico no que diz respeito às outras pacientes, embora sequer consiga vislumbrar esta possibilidade para si própria.

Se Simone fica ambivalente em relação a tratamentos que atuam organicamente, acreditando que são males por vezes necessários, considera métodos psicológicos benéficos adequados, inclusive para evitar a necessidade de terapêuticas mais drásticas. Entre estes procedimentos cita o apoio psicológico e/ou o "desabafo" e ainda a atividade que serve para "distrair a mente", oportunidades que encontrou também dentro do HPSUS.

Como vimos, Simone é grata a Dra Lia pela sua disponibilidade em ouvi-la e orientá-la, o que possibilitou, inclusive, a expressão de seus sentimentos e emoções em prosa e versos, aliviando sua angústia:

Às vezes, eu escrevo cartas, poesias, meus pensamentos são muito loucos. Outro dia escrevi um poema e dei para o Dr. Carlos: 'A noite da solidão'. Isso é coisa de momento. É tipo a gente tá na farmácia do hospital, bate uma idéia na cabeça da gente e a gente começa a escrever. Também fiz um para a Dra. Lia que chama: "Quando eu estou perto de alguém'. Aí é um desabafo que a gente faz. Aí nem precisa encher o caco de cachaça, de droga, porque é um desabafo que a gente faz através de caneta e papel."

Note-se que é justamente na farmácia, local onde estão armazenados os medicamentos, que Simone encontra inspiração. Associação enigmática e paradoxal, possivelmente indicando que Simone julga necessárias intervenções tanto orgânicas quanto psicológicas, sutilmente combinadas.

No entanto, mais adiante, novamente faz a opção pelo extravazamento das emoções, mesmo que se trate de uma catarse solitária:

"Eu sou uma pessoa que eu sou teimosa. Eu posso estar super nervosa, não gosto de tomar calmante, não gosto de tomar nada. Eu gosto eu mesma de fazer um desabafo meu. Eu acho que para esse tipo de coisa, não é necessário calmante como as demais toma, seja a depressão que for. Elas fala: 'Ai, tia, tô nervosa, me medica'. Acho que esse problema de nervosismo é a gente mesmo que tem que resolver. Tipo entrar no quarto, chorar, desabafar, ir para o banheiro, chorar, gritar. Aí dá um branco e, de repente, se acalma... Tem pessoas que acham que não estão doentes porque não querem admitir sua doença. Agora eu falo que não sou uma pessoa doente porque eu não sou doente."

Simone acha que pode dar conta sozinha de seu nervosismo, expulsando-o por meio de lágrimas e gritos. No entanto, a intenção é sempre a mesma: evitar que problemas emocionais se transformem em doença pois, neste caso, a única solução, ainda que apenas paliativa, é a medicação ou o ECT.

Este nervosismo, explica Simone, não só foi gerado, como também foi intensificado no convívio familiar devido à hostilidade com que sempre foi recebida. A esta atitude, opõe a compreensão e apoio recebidos dentro do hospital, benefícios inegáveis e imprescindíveis para sua recuperação:

"Sei lá, eu me sinto assim uma pessoa... Lá dentro já era diferente para mim. Lá dentro (do hospital), eu já tinha essas pessoas assim, quando eu tava com essa depressão assim, elas em vez de me xingar, elas davam o maior apoio. Elas entendia a gente, não sei se era porque era psicóloga, não sei se porque elas era enfermeira que sentia, que tinha aquele direito de conversar com a gente, de dar conselho. Não é tipo assim, eu chego em casa nervosa, você, em vez de ajudar, aí você começa a gritar comigo. Aí, em vez de ajudar, você vai me deixar mais arrasada. É onde que eu sinto que ninguém consegue entender eu... E também esse lance de quando eu tivesse com essa depressão, de procurar: 'Senta, conversa comigo.' Eu, nossa, eu me sinto arrasada, eu queria ter uma pessoa assim para mim poder, sabe, descarregar, tipo você quando ia lá. Tinha dias que você ia lá, eu não tava afim, mas assim mesmo, eu ia. Começava a conversar já levantava o astral, não ficava caído."

Nesta passagem, fica implícita uma demanda de psicoterapia, ainda que Simone a entenda como uma outra maneira de descarregar as tensões, talvez um substituto menos pernicioso da bebida. Esta medida é necessária, justamente porque Simone entende seu problema como um excesso que necessita ser eliminado, pois, caso contrário, este a envenenaria, transformando-a numa doente mental que não pensa, um ser inútil para a sociedade. A última idéia está presente na sua narrativa quando se refere às atividades que realiza no HPSUS:

"Ela (a mãe) diz: 'Você veio aqui para fazer um tratamento.' Mas esse é um lugar de loucos, não é o meu caso. Em todo caso, tá sendo bom porque eu tenho alguma coisa prá mim fazer. Na minha casa, não tinha nada. Eu levantava, tomava banho e ia para a casa de uma amiga, pintava quadros. Depois eu saía e voltava tarde da noite. Ficava tomando cerveja na Esquina do Peixe."

A par do desabafo que consiste num esvaziamento de conteúdos emocionais negativos, é preciso preencher este espaço com atividades produtivas que ocupem sua mente para que não enlouqueça. Estas duas providências, a seu ver, são imprescindíveis para evitar a medicação e, por conseguinte, a ameaça da própria doença mental.

"Ando com insônia agora, acho que é falta de tomar uns calmantes. Ando muito nervosa, mas eu tava conversando com o Dr. Roberto, ele falou assim que é porque eu tô parada, quando eu começar a trabalhar, aí eu vou chegar em casa cansada, vou ter uma ocupação na mente, não vou pensar bobeira..."

4.3.4 - Representações sobre a instituição psiquiátrica

Resumindo os muitos dados que Simone fornece no decorrer de sua narrativa sobre o modo como se insere na instituição psiquiátrica, vimos que continua cultivando vínculos afetivos muito intensos dentro do hospital, especialmente com funcionárias e médicos, a ponto de incluir esta convivência em sua vida. *"De repente, isso aqui faz parte um pouquinho da minha vida"*, afirma Simone e isto é verdadeiro como atestam os inúmeros episódios que relata acerca de sua estadia no HPSUS.

Tendo se adaptado à rotina hospitalar, conquistou um lugar especial: o de "paciente consciente" ou "quase funcionária", recebendo, portanto, um tratamento diferenciado. Por um lado, usa esta dupla inserção para agir de

acordo com seus interesses e conveniências, mantendo sempre fidelidade às próprias convicções. Por outro, também paga um preço por esta situação privilegiada: a prorrogação de sua permanência no hospital, o que, na sua opinião, não foi de todo mau, uma vez que encontrava dificuldades de relacionar-se com sua família e não tinha outro lugar para ir.

No entanto, Simone também se queixa do tratamento recebido no hospital:

"A situação dos pacientes aqui é muito delicada porque não se sentem bem, são muito presos. Eu acharia que deveria ter uma área de lazer para eles, ter mais liberdade, não ficar muito preso no pavilhão que cansa. Uma área de lazer para ficar com os demais, acho que é muito bom. Não ficar no pavilhão preso. Porque, de repente, a pessoa que tá fazendo tratamento se sente presa. Eu tiro por mim, porque eu sou assim, quando eu me sinto presa num lugar, a minha doença piora. Quanto eu saio, já melhora... E outra, a alimentação que é péssima. Acho que eles deveriam mudar a alimentação. Todo dia comer a mesma coisa, enjoa. É uma comida esquisita: no arroz é prego, fio... Noutro dia, um funcionário encontrou uma barata. Deus me perdoe. Além do mais, bandeja é prá doente e eu não sou doente. Eu sou uma pessoa normal, com total liberdade, não sou doente. O problema é que eu não me dou na minha casa e venho passar uma temporada aqui, até organizar."

Simone considera o hospital como uma prisão para a maioria das pacientes que ficam o dia todo retidas nos pavilhões. Embora desfrute de certa liberdade dentro do hospital, sabe que esta vantagem é relativa porque dele não pode sair. Acaba, porém, negando o fato no momento seguinte, ao deixar subentendido que está lá voluntariamente, "passando uma temporada", como se estivesse num hotel. Simone, uma vez mais, estabelece uma distinção entre si e as outras pacientes. Para estas, o hospital é uma prisão e, para si, um abrigo provisório. Entretanto, qualquer que seja o caso, o serviço de hotelaria é de quinta categoria, "a alimentação é péssima" e as condições de higiene mais de que precárias.

Solicitada a desenhar o HPSUS, também aparecem críticas acirradas à instituição psiquiátrica, desta vez condimentadas por fortes pitadas de ironia e coloridas por um senso de humor *sui generis*:

"Desenhar esse hospital? Gastar essa folha linda para desenhar esse museu? Não dá prá ser feliz... É tipo uma prisão, uma prisão. Essa casa igual à que eu tô fazendo, meia torta, massa branca é tipo do pavilhão de cima. Tem um monte de janela. É um palácio; no nosso pavilhão até piscina tem. A hora que você quiser, eu te levo para tomar

um banho de piscina, gritando. Temos rio lá perto, uma cachoeira linda, maravilhosa. Eu adoro. O que mais eu vejo naquele pavilhão? Ah, o refeitório. Digamos, eu vou puxar ele aqui atrás do pavilhão. O que mais tem no pavilhão é mulher pelada, que sai pelada, gritando. No pavilhão dos homens só dá homem pelado, com o pinto balançando. Eles toma banho e fica secando no sol porque eles tem preguiça de pegar a toalha, sabe? No pavilhão nós não temos vela, nem quando falta luz. Nós ficamos no escuro, permanece escuro..."

"Eu desenhei o pavilhão X, gritando. É direito da gente pensar e imaginar as coisas... O meu desenho tá um arraso! Desenhei uma árvore, um bananeiro, mas esqueci de pôr as bananas. Eu trabalho lá quase todo dia e esqueci de pôr as bananas... Aqui os copinhos; não, os pratinhos. As janelinhas mas tá faltando vidro. Só tá os pauzinhos onde coloca os vidro. Se tivesse vidro, aí a gente se ... E nessa janela são os quartos... Acho que é isso o pavilhão antigo. Só que, de repente, deveria ter uns buraquinhos, porque ele tá todo cheio de buracos. Tá caindo aos pedaços, o coitadinho. Chove dentro; tinha que fazer uma chuvinha assim dentro, encher de água... De repente foi nesse antigo que começou tudo. Aí dentro do antigo, eu morri três dias. Eu cheguei morta aqui dentro. Não tinha PA, não tinha pressão. E, de repente, passei três dias morta. Depois de três dias, eu acordei. Quando eu acordei, fiquei mais três dias... Porque, de repente eu fiz uma... De repente, tomei uma quantia de comprimidos que não deveria ter tomado. E caiu demais a minha pressão. Então eu morri e vivi outra vez. Graças à Dra. Lia que me socorreu e ao S.L., supervisor da noite. Senão tinha morrido mesmo. Se eu tivesse tomado a medicação em casa, eu tinha morrido em casa e não ia dar tempo de vir da minha casa até aqui, porque eu moro longe. Tomei aqui, lá em cima, na hora que tavam fazendo a minha internação. Entrei dentro do banheiro e enchi a mão assim e bebi. Tomei dez comprimidos e ficou mais dez no bolso; pegaram depois. Então, quer dizer que eu comecei a morrer aos poucos... Eu arrasei. Sem mais comentários."

O hospital, além de prisão, é representado como um museu em ruínas. É torto, suas janelas estão com os vidros quebrados, é cheio de buracos por onde entra chuva, lá os pacientes expõem seus corpos nus e é escuro. Enfim, é um abrigo precário e degradante. Mas foi onde "começou tudo". Simone lá morreu e lá renasceu, tentou suicídio num momento de desespero e foi arrancada dos braços da morte pelo supervisor e pela médica. Tem, portanto, uma dívida de gratidão para com a instituição. Isto explica sua ambivalência e conseqüente culpa pelas queixas apresentadas, da qual Simone tenta se redimir no momento seguinte:

"Tem gente que exige demais deste hospital e, de repente, eles dão até o além que eles não podem dar. De repente, esse hospital aqui, para muitas pessoas aqui é um palácio. Tem muita gente aqui dentro que não tem casa, não tem aonde morar, não tem o que comer. Essa comida aqui para eles é um banquete. Eu penso que, de repente, a gente até deve agradecer o que a gente recebe aqui dentro, porque tem muitos que nem tem isso para eles comer, para sobreviver na vida. Você conhece o meu caso, porque eu tô aqui dentro. Eu tô bem aqui dentro, acho ótimo esse lugar. Eu não tô acomodada. Se eu tivesse acomodada, não tava passando o que eu tô passando. Tem uma parte aqui dos pacientes que é do INPS. Por enquanto, o hospital não tem condições de melhorar nada. De repente falta funcionário, falta tudo. E eles não tem condições de, de repente, mudar assim a comida, mudar o ritmo aqui dentro, de fazer um parque de diversões aqui dentro. Enfim, de melhorar. Porque antes tinha, antes tinha funcionário aí à vontade, agora não tem mais. Porque, de repente, o salário aqui é pouco, eles não podem pagar mais, ou pode e não querem pagar. Não sei. Sei que fora esse hospital, tem vários. Aí, se este hospital não presta, vai para outro melhor. Aqui eles não tem condições de melhorar, condições financeiras."

Tomada pelo remorso, Simone reconhece uma outra função do hospital: abrigo para indigentes rejeitados pela família que não teriam condições de sobreviver fora da instituição. A prisão e o museu transformam-se num palácio e a alimentação péssima, num banquete. Se não são oferecidas melhores condições é porque não é possível. Antes isso de que nada...

Posteriormente Simone, descrevendo o HPSUS, acrescenta novas associações àquelas despertadas durante a produção gráfica que, conforme veremos a seguir, de algum modo se compõem e se misturam às anteriores. Nesta ocasião, o HPSUS é relacionado ao convento e à senzala:

"Passando o pavilhão X, desce é a lavanderia. Prá lá da lavanderia é um mato, parece uma fazenda. E nós tinha que descer e levar a roupa, levar a roupa lá prá lavanderia e tinha que passar lá dentro do mato. Aí, um dia, tem assim uns pés de castanha e nós tá se acabando de catar castanha no chão lá. Aí a Elizabete, a pretinha, a Elizabete é muito brincalhona, ele vive falando assim e tem um negócio lá, que lá foi pavilhão de freira já. Então tem um negócio lá que parece uma senzala. A Elizabete falou assim: 'Simone, acredita que quando eu vivia na África, eu fui pega, eles me puseram', ela tava mostrando o jeito que ela ficou, quando ela mostrou assim e olhou pro chão, a cobra enroladona..."

Convento ou pavilhão de freiras, estabelecimento destinado a ser um refúgio do mundo, com vistas à felicidade eterna após a morte e senzala, moradia dos escravos, seres humanos sem direito à cidadania, cujo trabalho não é remunerado, pertences de um senhor... Dois lugares de exclusão e isolamento. Coincidentemente, em seguida a estas associações, surge novamente a cobra venenosa e traiçoeira que habita a instituição e que aguarda a ex-escrava para dar o bote, justamente no instante em que a africana conta a respeito de sua suposta captura. Estas imagens, provavelmente, estão relacionadas a representações de Simone acerca de sua situação pessoal e institucional: aprisionada numa instituição como uma "escrava" ou excluída do convívio social como uma "freira", por ter sido "envenenada" pela loucura.

CAPÍTULO VII - O PONTO DE VISTA DOS PACIENTES ORGANIZADO COMO TEORIAS PSICOPATOLÓGICAS

"Compete ao futuro decidir se existe mais delírio em minha teoria do que eu gostaria de admitir, ou se há mais verdade no delírio de Schreber do que as outras pessoas estão, por enquanto, preparadas para acreditar."
(Sigmund Freud - "Notas psicanalíticas sobre um relato auto-biográfico de um caso de paranóia")

Observamos no decorrer do capítulo VI que os *pacientes especiais* desenvolvem, a partir das diferentes vertentes explicativas da loucura, sistemas de pensamento originais que se organizam em teorias articuladas ao redor das representações que são veiculadas socialmente. Assim sendo, ao elaborar "teorias psicopatológicas" retiram do social a "matéria-prima" de suas representações e, com base em suas experiências individuais, articulam-nas de formas diferentes.⁶⁴

Neste capítulo pretendo apontar não só os pontos de convergência e de divergência entre os sistemas teóricos que os *pacientes especiais* elaboram, mas também mostrar que estas representações combinam-se das mais variadas maneiras, algumas vezes resultando em composições sincréticas que aglutinam elementos oriundos de posicionamentos ideologicamente não conciliáveis. Penso que tais teorias resultam de

⁶⁴ Spink (1994) propõe uma interessante metodologia para "desvendar teorias implícitas" na análise das Representações Sociais. Em estudos centrados no processo de elaboração das R.S., usa técnicas qualitativas tanto na coleta dos dados (entrevistas semi-estruturadas), como na análise do discurso, por meio de um sistema de mapeamento dos conjuntos de representações. Neste caso é entrevistado um único sujeito, considerado "sujeito genérico", isto é, representante legítimo das tendências do grupo social a que pertence. Embora o objetivo da presente tese também seja elucidar aspectos subjacentes às representações manifestas, a proposta é um pouco diferente: selecionei sujeitos de acordo com a critério da tipicidade e o material foi colhido através de entrevistas não diretas, analisadas de acordo com o método clínico. Nosso objetivo foi explicitar, por meio de um "zoom" de aproximação do universo particular de cada sujeito, o sentido latente das representações enquanto emergentes do contexto social e histórico e, inegavelmente, vinculadas ao drama individual.

soluções de compromisso que tanto expressam o drama individual, como contemplam o que é socialmente difundido.

Por outro lado, embora não tenha sido o propósito inicial deste trabalho estudar especificamente as representações sobre o alcoolismo, este tema surgiu do material coletado de dois pacientes, Simone e Damião, que, como vimos, identificam-se como alcoolistas para fugir do estigma da loucura/doença mental. Na opinião destes pacientes, o alcoolismo não está, de modo algum, inserido na categoria de doença mental. Embora partam de distintas vertentes explicativas, assinalam diferenças, a seu ver importantes, entre o alcoólatra, o louco e o doente mental, propondo soluções diversas para cada um destes "quadros psicopatológicos".

No intuito de me manter fiel ao seu pensamento, destaquei no presente capítulo a teoria acerca do alcoolismo formulada por Simone e Damião, daquela formulada por todos sobre a loucura e/ou doença mental. Procurei também caracterizar a figura do alcoólatra, do louco e do doente mental de acordo as pistas encontradas no material clínico.

1 - TEORIA ACERCA DO ALCOOLISMO:

Segundo Simone e Damião, o alcoolismo é determinado basicamente por fatores psicossociais, entre os quais destacam a influência das más companhias e o sofrimento emocional decorrente de conflitos familiares e decepções amorosas. Para eles, a bebida consiste numa "válvula de escape" para as tensões emocionais, numa espécie de "desabafo" (sic), cujo alívio provém do "esquecimento" (sic) de seu drama íntimo. Como diz o ditado: "O bêbado afoga suas mágoas no álcool".

Este é, a seu ver, o aspecto sedutor da bebida que, no entanto, possui uma dupla face. Aparentemente inofensiva, ela captura o incauto sofredor com promessas de refúgio perante a dura realidade. No entanto, uma vez preso nesta cilada, a pérfida "bebida" tira a máscara: torna-o seu escravo e transforma em inferno, o paraíso anteriormente prometido. A partir daí, o bebedor inveterado não só é dominado pelo desejo de beber, mas também fica à mercê dos efeitos nefastos do álcool, que se insinuam lentamente no seu organismo e no seu psiquismo. A sensação de alívio é substituída por visões que o perseguem e aterrorizam quando o alcoólatra ousa resistir à tentação da bebida, desfazendo o pacto de submissão incondicional à mesma. Este castigo concretiza-se nas alucinações que se seguem à

abstinência, sofrimento mais intenso se comparado àquele que inicialmente o levou a beber.

Paralelamente a estas representações e fantasias comuns a Simone e Damião, este último acrescenta e combina outra de cunho altamente erótico, adquirindo a embriaguez os contornos de uma orgia. A bebida é personificada na figura da mulher-prostituta, desejada e partilhada por vários homens que, aprisionados pelos seus encantos, só obtém satisfação depois que "estiverem de fogo", isto é, "incendiados" pelo desejo. Neste contexto, o ato de beber identifica-se ao ato sexual e, portanto, o "batismo" de álcool corresponde à iniciação do adolescente no universo masculino e à sua afirmação enquanto homem. Lembremos que o erotismo é reconhecidamente usado como isca nas propagandas de bebidas alcoólicas veiculadas pela mídia.

Destarte, se, por um lado, o álcool oferece prazer, ou pelo menos alívio do sofrimento, por outro, o preço a se pagar por esta ilusão é extremamente alto pois, como afirmam nossos sujeitos, as conseqüências deste "vício" são terríveis tanto psíquica como organicamente. Entre os efeitos nocivos do álcool no psiquismo, os entrevistados sugerem que este desperta a "loucura" adormecida dentro de cada um, levando-os a cometer atos inomináveis, os quais repudiam violentamente em sua consciência, como é o caso das automutilações praticadas por Damião. Neste sentido, a bebida agiria também como o algoz que liberta o "monstro" trancafiado a sete chaves nas profundezas do inconsciente, a terrível imagem do duplo. Como diz Simone referindo-se aos irmãos: *"Eles chegavam, enchiam o copo e falavam: 'Não, agora você vai beber, você vai mostrar o que você é'".*

Paralelamente à ação do álcool no psiquismo, Simone e Damião apontam seus resultados danosos no organismo: o consumo continuado e abusivo de bebidas alcoólicas, na sua opinião, produz lesões no sistema nervoso e transforma a "loucura" inicialmente despertada em "doença mental" irreversível, levando o indivíduo progressivamente à deterioração física e psíquica e, finalmente, à morte.

Além das representações acima comentadas, tanto Simone como Damião, cada um a seu modo, associa a bebida à incorporação de entidades espirituais. Para explicar suas automutilações, Damião lança mão da seguinte explicação: a bebida é o veículo de um malefício praticado contra ele por uma ex-namorada que, traída, vingava-se infringindo-lhe um castigo por meio de um "trabalho" espiritual. Desta forma, quando Damião embriaga-se, um espírito maligno dele se apodera e, "anestesiando-o", isto é,

suspendendo sua dor física e seu juízo crítico, obriga-o a destruir partes de seu próprio corpo.

Já Simone, comprometida com um discurso onde predominam explicações racionais, não admite explicitamente a influência de forças sobrenaturais, embora não descarte totalmente tal possibilidade. Ironicamente, afirma que o espírito só se incorpora em pessoas que ingeriram bebidas alcoólicas e que, portanto, a manifestação espiritual não é autêntica e sim, resultado da bebida. De qualquer forma, admite que o álcool é o libertador do "santo" ou "demônio", quer tais entidades sejam compreendidas como sobrenaturais, quer sejam entendidas como expressão dos "seres míticos", habitantes do imaginário individual e social. Mais uma vez, o álcool desmascara a loucura, mesmo que seja por via sobrenatural. Tudo é uma questão de ponto de vista...

Quanto às soluções aventadas, estes *pacientes especiais* destacam atuações tanto no plano orgânico como psicossocial. A internação psiquiátrica é vista com extrema ambivalência: por um lado, é benéfica, uma vez que não tendo acesso à bebida, o indivíduo fica protegido da tentação de beber e, portanto, de seus próprios impulsos mas, por outro, internado, sente-se preso, sem liberdade, consistindo, neste sentido, também num castigo pelo vício.

Além da função de exclusão social, sendo o alcoolismo considerado uma "doença" pela Psiquiatria, o alcoólatra internado submete-se a um tratamento para "desintoxicação", que consiste na administração de remédios que aliviam os sintomas orgânicos e psíquicos provocados pela abstinência do álcool. Este tratamento, segundo nossos sujeitos, traz inegáveis benefícios, mas também tem seu preço: é, como um álcool, um "veneno", pois gera efeitos colaterais que podem ser tão nefastos quanto os da própria bebida e até mesmo provocar a doença mental.

Concomitantemente às providências de ordem médica, outras medidas, agora de caráter psicossocial podem auxiliar na luta contra a dependência alcoólica, de acordo com Simone e Damião: evitar más companhias, freqüentar as reuniões dos Alcoólatras Anônimos (Damião), realizar atividades dentro do hospital com o objetivo de "distrair a mente" e de "aquecer o corpo", impedindo que o vício da bebida seja substituído por outro, o da ociosidade.

Simone também propõe uma espécie de terapia psicológica por intermédio do que chama de "desabafo". Este, a seu ver, pode consistir numa catarse solitária de tensões emocionais por vários meios: gritos e

lágrimas, conversa onde extravasa seu sofrimento, expõe seus conflitos e recebe "orientação" psicológica e/ou continência afetiva, ou ainda expressão de seu drama íntimo em poesias ou produções gráficas. Esta "terapia" substituiria o "desabafo" realizado com o uso da bebida, tendo a vantagem de não envolver os riscos do álcool, servindo, inclusive, de preventivo para o emprego de terapêuticas mais drásticas. No entanto, Simone admite que, nem sempre, o "desabafo terapêutico" é suficiente para livrá-la dos efeitos psíquicos e orgânicos ("dor nos nervos") da bebida e pensa que, em ocasiões extremas, a medicação é necessária. A sabedoria, na sua opinião, está em dosá-la adequadamente, minimizando suas consequências maléficas.

Neste contexto, a bebida não é considerada por nossos pacientes uma doença, mas adquire predominantemente o caráter de um vício, uma vez que está em jogo a vontade individual tanto para iniciá-lo, como para ver-se livre dele. Reconhecem, entretanto, que *"é um vício bem puxado, porque sozinho a pessoa não consegue parar"* (Damião), fazendo-se necessária ajuda de terceiros ou de profissionais para livrar-se dele.

As soluções aventadas para atingir este objetivo envolvem tanto atuações psicossociais como orgânicas, combinação provavelmente necessária, mas que também alimenta a ambigüidade inerente à conceituação de alcoolismo. No plano imaginário, este acaba ocupando um lugar limite entre a doença e o vício pois, como "doente", o alcoólatra é confortado pela posição de "vítima" e, como "viciado", é incomodado por ser considerado "autor". Entretanto, assumindo-se "autores" de seu infortúnio e responsáveis pelos aborrecimentos que causam a terceiros, Simone e Damião consideram que existe chance maior de reverter a situação. Diante deste impasse, nossos sujeitos se decidem a arcar com a responsabilidade de sua escolha, embora continuem "assombrados" com a ameaça da "loucura" e da "doença mental", consideradas, respectivamente o início e o fim da trajetória planejada pela "manhosa" e "pérfida" bebida.

2 - O ALCOÓLATRA, O LOUCO E O DOENTE MENTAL:

A princípio, os *pacientes especiais* são unânimes: **O louco é aquele que não pensa** e que sofre de um descontrole emocional que o leva a destruir objetos e a praticar atos agressivos contra si próprio ou contra terceiros. Há, portanto, um comprometimento no âmbito do pensamento,

responsável pela suspensão do juízo de realidade, que se reflete no plano das ações, as quais passam a ser comandadas pelos impulsos.

Como afirma Simone que, a seu modo, sintetiza o pensamento de todos:

"Louco é uma pessoa que não tem raciocínio, não tem mentalidade prá nada. Ele é uma pessoa louca, mentalidade tipo ela não sabe o que tá fazendo. Isso eu chamo de louco, uma pessoa que pega um objeto de valor, quebra, ela não sabe se aquilo é de valor ou não. Aquilo lá é uma pessoa louca, a minha opinião é essa".

Segundo Simone e Damião, ao contrário do louco, o alcoólatra pensa, mas esta sua capacidade sofre um bloqueio temporário quando embriagado, acarretando uma suspensão do juízo crítico e levando-o a agir ao sabor dos impulsos. Sem dúvida, comete desatinos e até delitos, mas tem um alibi, a bebida, que é usada como divisor de águas, diferenciando-o não só do "louco", mas também do delinqüente.

Para explicitar tais representações, mais uma vez recorro às palavras de Simone, quando esta se refere aos dois personagens em questão, o louco e o alcoólatra:

"O alcoólatra, ele raciocina muito bem, ele pensa, ele imagina, ele projeta as coisas. Só não pode viver sem a bebida. E o louco, não; o louco, coitado, é pior do que o alcoólatra. Se der uma bebidinha prá ele, ele bebe; se mandar ele se jogar de qualquer altura, ele se joga, porque ele não tem raciocínio, ele não pensa. Tem que ter uma pessoa pensando, orientando ele, aí ele é um louco. Então, quer dizer, o alcoólatra tem mais chance que o louco. O alcoólatra quando ele não bebe, ele é uma excelente pessoa. Quando ele bebe, ele fica chato ... ele judia das pessoas. Ele enche a cara e sai aprontando coisas que não deve fazer. Assalta, mata e não tá nem aí com nada. Então o alcoólatra pensa, mas ele, com a cabeça cheia, ele tem mais atividade".

Na sua opinião, embora o alcoólatra possa agir como um "louco" ou um "criminoso", em essência não se equipara a nenhum dos dois, uma vez que seu comportamento desviante é circunstancial e não inerente ao seu próprio ser. Além disso, o "louco" é visto como vítima da incapacidade generalizada de pensar e o "alcoólatra" precisa saturar-se de álcool para não pensar e desabafar suas mágoas, podendo eventualmente tornar-se violento. No entanto, tal posicionamento não deixa de ser ambíguo pois, segundo Simone, o bêbado, como o "louco", não tem iniciativa, dependendo da bebida

para agir e, sob seu domínio, não pode ser responsabilizado pelos seus atos, já que nestas condições não está em seu juízo perfeito. De qualquer maneira, pode-se ler nas entrelinhas a idéia de que é preciso só um "empurrãozinho" da bebida para despertar a loucura e, talvez, as tendências delinqüentes.

Damião, por sua vez, também estabelece uma distinção entre ambos:

"Louco é aquele que não pensa, que faz besteira, é aquele que bate a cabeça, prá mim é louco. Eu não, eu só faço isso daí, mas com a bebida, né."

Nesta passagem, Damião diferencia o "louco" do alcoólatra, mais uma vez usando o alibi da bebida. No entanto, ao descrever o comportamento do "louco", quase seja "pego em flagrante", pois insinua que as automutilações poderiam ser consideradas sinais de loucura. Em contrapartida, além de culpar o álcool por seus desatinos, distingue o comportamento do "louco" e o seu, na medida em que cada qual fere partes diferentes do corpo. O "louco" ataca o cérebro e ele, Damião, destrói as mãos. Em outras palavras, parece ficar subentendido o seguinte: o "louco" impede-se de pensar e ele, de atuar ainda mais violentamente. Seja como for, o limite entre alcoolismo e loucura, permanece, mais uma vez, tênue.

Embora o louco, como foi dito, seja definido por todos como aquele que não pensa, em alguns momentos, nossas duas pacientes, Simone e Isabel, colocam esta idéia em dúvida quando confrontam este personagem com o "doente mental". Como diz Simone, *"louco tem uma imaginação do cão"* e Isabel, depois de definir o "louco" como *"aquele que não sabe o que passa na cabeça, não sabe o que pensa"*, afirma que o "louco" *"imagina as coisas"*. Nestas passagens pode-se entrever uma concepção até certo ponto romântica da loucura, oposta à sua caracterização como doença mental. A loucura consistiria num excesso de "imaginação", talvez produzido por uma sobrecarga emocional. A imaginação opor-se-ia ao pensamento, sendo aquela entendida como irracional e dominada pelas paixões, enquanto que o pensamento seria mantido no plano racional, que supostamente controla a expressão das emoções, quer via atuações, quer via imaginação.

Seguindo este raciocínio, a racionalidade é abandonada por ambos, o louco e o doente mental, mas o primeiro preserva sua capacidade de desejar e de imaginar e o segundo, nem isso. A loucura seria, desse modo, considerada basicamente um excesso e a doença mental, uma falta, embora aparentemente possam estas se manifestarem no comportamento de uma forma semelhante. No entanto, intimamente são distintas: o "louco" expõe,

por vezes com violência, o drama por ele vivenciado e o doente mental perde o acesso ao significado de suas vivências pessoais. Isabel acrescenta outros desdobramentos a esta última idéia ao comentar sua condição de doente mental: *"Eu sou doente da cabeça, débil mental... E agora tô sem pensamento, tô com os pensamentos dos outros na minha cabeça"*. Para Isabel, o "doente mental" tem sua mente não só esvaziada de pensamentos, mas este vazio é preenchido pelos pensamentos alheios. Conclui que, devido a esta operação, o doente mental equipara-se a um "marciano-robô": *"Aqui é um marciano... É como se fosse eu, que tem dia que eu não tô com a minha mente, é outra mente, é um paciente, é como se fosse um robô"*, ou seja, transforma-se num ser "de outro planeta", dirigido pela mente e pela vontade de outras pessoas, um ser sem identidade própria, um mero "paciente". A explicação encontrada por estas duas pacientes para as diferenças acima assinaladas entre loucura e doença mental, é a seguinte: as perturbações mentais do "louco" restringem-se ao âmbito psíquico e os distúrbios apresentados pelo "doente mental" decorrem também de comprometimentos orgânicos.

No entanto, nem todos os pacientes pensam como Isabel e Simone. Murilo, por exemplo, identifica o "louco" ao "doente mental", acreditando que tanto as explosões emocionais como a incapacidade intelectual são sinais inquestionáveis de doença mental e, portanto, dissociadas da realidade concretamente vivida. O argumento que utiliza para comprovar esta hipótese é que o seguinte: *"médico psiquiatra entende de tudo; se não entendesse, eu não tava internado."* Completa a seguir: *"Antes eu não sabia ... que psiquiatra é prá cuidar de doente mental. Cuida de doente igual eu, que sou louco."* Creio que depois destas palavras, quaisquer comentários sejam supérfluos.

Concluindo, embora estes três personagens, o "alcoólatra", o "louco" e o "doente mental" apresentem diferentes características e desempenhem papéis diferenciados no imaginário de nossos pacientes, em alguns momentos, sofrem superposições: o "alcoólatra" é um "louco" circunstancial e, com exceção de Murilo que identifica loucura e doença mental, para os demais pacientes o "doente mental" é o "louco" que, além de perturbado emocionalmente, apresenta comprometimento intelectual devido a lesões cerebrais irrecuperáveis.

3 - TEORIAS ACERCA DA LOUCURA E/OU DOENÇA MENTAL:

A etiologia da "loucura" é atribuída pelos *pacientes especiais* a uma pluralidade de fatores decorrentes de diferentes modelos explicativos: médico, psicossocial e mágico. A compreensão da loucura como multideterminada tem sido apontada na literatura internacional, sendo constatada em pesquisas sobre crenças e representações sociais a respeito da doença mental, tanto entre sujeitos leigos de diversos grupos sociais (Furnham & Bower, 1992; Raty, 1990), como entre usuários de instituições psiquiátricas (Angermeyer & Klusmann, 1988; Angermeyer et al., 1988; Reddy, 1988).

Entretanto, embora todos os pacientes entrevistados façam referências a concepções etiológicas de diferentes naturezas, cada qual elabora uma "teoria psicopatológica" com características próprias, enfatizando este ou aquele fator causal e articulando os supostos determinantes de modo original.

Simone e Damião atribuem seus problemas ao alcoolismo que, segundo estes pacientes, é gerado basicamente por sofrimento psíquico decorrente de fatores psicossociais adversos. No entanto, ao explicar a loucura e/ou a doença mental, estes dois pacientes partem de suposições divergentes.

Para Damião, a loucura, quando associada à doença mental, é determinada exclusivamente por fatores orgânicos e, quando decorrente do alcoolismo, é atribuída a agentes sobrenaturais. No primeiro caso, distingue dois tipos de loucos: os "crônicos", a seu ver, portadores de uma moléstia inata que se manifesta por "acessos de loucura", e os "de sistema nervoso abalado", vítimas do uso de tóxicos ou de "pancadas na cabeça", havendo, em ambos os casos, um inegável comprometimento orgânico. A diferença está no fato destes últimos sofrerem de uma "loucura adquirida" em razão de ações ambientais enquanto que, nos doentes mentais "crônicos", a loucura faz parte de sua própria constituição.

Por outro lado, relacionando loucura e alcoolismo ao comentar seu caso particular, Damião atribui os desatinos que comete sob a ação do álcool, isto é, as automutilações, à incorporação de espíritos malignos veiculados pela bebida. No entanto, considera que, mesmo quando determinada por forças sobrenaturais, a loucura gerada pelo alcoolismo pode levar à doença mental, uma vez que o consumo inveterado de bebidas alcoólicas lesa o cérebro, ocasionando uma perda progressiva das capacidades intelectivas (por ex., da memória). De qualquer forma, Damião

acredita firmemente que a doença mental é fruto de lesões orgânicas, enquanto que a loucura propriamente dita é explicada pela intermediação de entidades espirituais.

Já o ponto de vista de Simone é bem diferente. Para ela, as circunstâncias da vida têm uma influência decisiva na determinação da loucura. Como vimos, esta é identificada a uma sobrecarga de sofrimento psíquico que se reflete tanto em ações dramáticas, como numa exuberância no plano imaginário. A esse respeito, define a loucura como a busca de um refúgio solitário na "Ilha da Fantasia", uma espécie de local de "repouso da guerreira" o qual, paulatinamente, transforma-se na "Noite do Pesadelo". É desta forma que faz referências às suas criações imaginárias que, a princípio, são agradáveis e repousantes, mas que, aos poucos, adquirem vida própria e tornam-se aterrorizantes, à medida que ela envereda por este mundo fantástico, cujo caminho de volta à realidade dificilmente será reencontrado.

Acompanhando seu raciocínio, verifica-se que, para ela, conflitos emocionais concomitantes a um excesso de produção de fantasias necessitam ser extravasados pois, se acumulados, podem não só voltar-se contra si própria, mas também acarretar danos orgânicos, ou seja, "atacar os nervos" e produzir a doença mental. Ainda na opinião de Simone, como o álcool, a loucura é uma "elixir venenoso" que deve ser expulso em pequenas doses para não se disseminar pelo psiquismo e pelo organismo, corroendo primeiro a mente e depois o cérebro. Em resumo, a seu ver, fatores psicossociais são responsáveis pela eclosão da loucura, entendida como sofrimento psíquico insuportável, que, se não for aliviado, pode "inflar-se" e disseminar-se no plano mental a ponto de repercutir no organismo e, assim, transformar-se em doença mental.

Por outro lado, Isabel e Murilo, que assumem a identidade de "doentes mentais", recorrem tanto a hipóteses racionais, isto é, psicossociais e orgânicas, como a explicações espirituais para elucidar a suposta causalidade da loucura e/ou doença mental. No entanto, atribuem a estes fatores pesos diversos, além de articulá-los de forma particular, chegando, portanto, a teorias divergentes a respeito dos distúrbios mentais.

Murilo identifica loucura com doença mental, cuja característica principal é uma associação entre comprometimento mental e emocional (incapacidade para aprender e "rebeldia") consistindo, no seu caso, na concretização de uma Maldição Divina. Maldito por Deus, o destino de Murilo é ser atormentado e perseguido por Satanás que fala ao seu ouvido,

incitando-o a destruir objetos, a agredir pessoas e até a cometer assassinatos. Murilo sugere que esta maldição se estende à sua família e é uma questão de herança. Em relação a este aspecto, faz uma articulação entre fatores orgânicos e místicos, entendendo que seu organismo, por um desígnio da Providência, já foi malformado, o que é comprovado pelos "estigmas" físicos dos quais se julga portador. Compõe, desta forma, uma versão semelhante à teoria da degenerescência, segundo a qual a doença mental acompanha várias gerações de degenerados, consistindo basicamente num castigo por algum delito desconhecido cometido por um ancestral num passado remoto. Algo semelhante ao "pecado original"...

Paralelamente, insinua-se em sua fala, a possibilidade da interferência de determinantes psicossociais que, no entanto, não se articulam à teoria acima exposta. Destaca, entre estes, o abandono por parte da família que, a pretexto de não dispor de recursos para mantê-lo em sua companhia, internou-o desde tenra infância na Febem. Neste local, sempre sentiu-se imensamente solitário e infeliz, estando sujeito a lições de violência ministradas pelos inspetores que o espancavam por qualquer motivo. Mas, ao relatar estes fatos, refere-se a golpes recebidos na cabeça, que nos fariam pensar na possibilidade de lesões orgânicas. Pode-se, pois, observar que explicações de cunho psicossocial, embora presentes no seu discurso, aparecem como "intrometidas", não chegando a abalar sua convicção na sobredeterminação da sua "doença mental".

Isabel, por sua vez, também aventa a possibilidade de sua "doença" ter sido determinada pela Providência: *"Deus me fez assim, só pode ser."* Endossa, com esta afirmação, a idéia que a doença mental é inata e obedece a um projeto do Todo Poderoso sendo, portanto, independente de fatores circunstanciais. No entanto, esta noção não se mantém e, no decorrer das entrevistas, ela elabora uma outra teoria: sua loucura foi despertada pelas "judiações" que a vida lhe impôs. Desta forma, destaca decepções amorosas e problemas emocionais, especialmente o trauma psíquico provocado pela violência sexual masculina seguido de rejeição por parte da família e do amante, como responsáveis por suas perturbações emocionais. Estes foram, a seu ver, os determinantes de sua "loucura" que se manifestou por um desequilíbrio emocional concomitante a crises de agressividade, motivando sua internação em instituição psiquiátrica. A "doença mental" apareceu depois e foi causada pelos tormentos contínuos sofridos nos períodos em que esteve internada, isto é, pelas sucessivas mortificações tanto no plano psíquico como orgânico. Destarte, o tratamento

psiquiátrico, à base de medicamentos e eletrochoques, foi responsável por lesões orgânicas irreversíveis que a transformaram em "doente mental" irrecuperável. Concluindo, Isabel pensa que a "loucura" é consequência de fatores psicossociais adversos e a "doença mental" é fruto da própria terapêutica psiquiátrica, em si iatrogênica.

Com base dos comentários acima tecidos, é possível resumir da seguinte maneira as concepções etiológicas de nossos pacientes acerca da loucura: a "loucura" é entendida, por uns, basicamente como expressão de sofrimento psíquico decorrente de circunstâncias adversas concretamente vivenciadas (Simone e Isabel) e, por outros, fundamentalmente como consequência da interferência de entidades espirituais que se incorporam no indivíduo, levando-o a cometer desatinos (Murilo e Damião).

A "doença mental", por sua vez, é equiparada a um empobrecimento intelectual que pode ou não ser simultâneo a explosões emocionais, sendo ambas as manifestações provenientes exclusivamente de lesões orgânicas, sejam estas constitucionais ou adquiridas. Se forem constitucionais, podem ser tanto aleatórias (Damião), quanto expressão dos desígnios de Deus (Isabel), entre os quais se situa a possibilidade de uma "maldição" divina (Murilo). Nesta última versão, a doença mental é transmissível hereditariamente, sendo extensiva a várias gerações. Se forem adquiridas, nossos pacientes apontam para os seguintes agentes ambientais:

- tóxicos (Damião) e/ou bebidas alcoólicas (Simone e Damião);
- traumatismos cranianos (Damião e Murilo);
- providências de ordem médica, ou seja, medicação psiquiátrica continuada e aplicações de eletrochoque que, ao invés de promover a saúde, induzem à doença mental (Isabel);
- sofrimento psíquico que se acumula no interior do indivíduo, e que, se não for expresso em comportamentos catárticos ou elaborado em palavras, provoca a "doença mental", via "ataque aos nervos" (Simone).

No tocante à loucura, a maioria dos pacientes entrevistados concordam esta é resultante do "drama" vivido por cada um no decorrer de sua existência. Murilo, embora enfatize a articulação entre fatores sobrenaturais e orgânicos para explicá-la, em alguns momentos refere-se às suas experiências na Febem enquanto geradoras de sofrimento emocional, ainda que mantenha esta idéia dissociada do conjunto de sua teoria psicopatológica.

Em relação às soluções apontadas para a loucura e a doença mental, também há pontos de convergência e de divergência entre os pacientes entrevistados. Todos concordam que não há cura para a doença mental, embora medidas paliativas possam ser tomadas. No entanto, a loucura, se adequadamente "tratada" psicológica ou espiritualmente, tem chances de recuperação; esta é a opinião de Simone e de Damião.

Entre as providências a serem adotadas, está a internação psiquiátrica, entendida principalmente como medida de proteção contra a atualização de impulsos perigosos para si próprio ou para terceiros. A principal desvantagem apontada pelos pacientes é a perda da liberdade, vista como um castigo pelo comportamento desviante responsável pelo internamento. Neste sentido, a instituição psiquiátrica assume uma função correcional de penalização pelos "delitos" cometidos, isto é, é considerada uma prisão. Paralelamente ao desempenho deste papel, o hospital também é entendido como um "asilo" para pessoas abandonadas ou indigentes, vítimas, no passado, de distúrbios emocionais graves. No entanto, mesmo cumprindo esta função social, é considerado um "albergue" bastante precário, uma vez que a alimentação e as condições de higiene são péssimas. Por último, é considerado um local de tratamento para os distúrbios de comportamento e, neste caso, o atendimento também deixa a desejar, tanto pela falta de funcionários qualificados como pela inadequação do próprio tratamento prescrito pelos médicos que, inclusive, pode ter consequências nocivas.

Ainda a respeito das medidas terapêuticas, a maioria dos pacientes entrevistados limita-se a comentar atuações sobre o organismo. Em relação a estas, todos, com exceção de Isabel que critica radicalmente toda e qualquer intervenção psiquiátrica, admitem os efeitos benéficos da medicação que alivia a angústia e provoca a remissão das alucinações. No entanto, mesmo estes pacientes a vêem como uma "faca de dois gumes" devido aos seus efeitos colaterais, por vezes quase tão terríveis como os próprios "sintomas", pois podem, inclusive, cronificar a loucura, tornando-a doença mental. Murilo, em particular, cita, perplexo e aterrorizado, a ocorrência de um óbito no hospital, em decorrência da ingestão de dosagem excessiva de medicamentos.

A possibilidade de ser submetida a aplicações de eletrochoque é aterradora tanto para Isabel que a ele se submeteu, como para Simone que, por "descuido", sofreu a descarga elétrica destinada a outra paciente. Isabel considera este procedimento um trauma terrível, tanto do ponto de vista

psíquico como orgânico, sem qualquer resultado benéfico, um castigo. Simone, no entanto, chega a admitir sua indicação como último recurso para pacientes "que não têm consciência" e como um substituto provisório da medicação em alguns casos de impregnação.

Por outro lado, são sugeridas atuações no plano psicossociais como, por exemplo, atividades dentro do hospital, quer estas tenham o caráter recreativo ou de auxílio nos serviços rotineiros de limpeza e no trato com pacientes mais comprometidos. Seria, na opinião de Simone, Damião e Murilo, uma espécie de "terapia ocupacional", pois *"distrai a mente e a gente se sente útil"*, palavras aproximadas de Damião. Além destas atividades, Simone destaca as oportunidades de "desabafo" que lhe foram proporcionadas por sua médica, as quais reconhece como extremamente benéficas por evitarem terapêuticas mais drásticas para sua "depressão"(sic) que, na sua opinião, poderiam "atacar os nervos".

Além destas soluções "racionais" são aventadas intervenções no âmbito espiritual. Murilo pensa que a convivência com seus tios "pastores" talvez possa livrá-lo da perseguição demoníaca a que está sujeito e Damião pretende fazer um "teste" para resolver seu problema. Entende que o primeiro passo é abandonar a bebida e se, mesmo assim, continuar acometido de crises que o levam à prática de automutilações, a segunda providência é procurar um centro espírita para retirar, por meio de um pacto com o sobrenatural, o mal que lhe foi inoculado por um espírito maligno.

Concluindo, quase sempre de maneira coerente com a "teoria psicopatológica" elaborada por cada um, são sugeridas diferentes soluções que podem ser eficazes no caso de "loucura", mas apenas paliativas no caso da doença mental, considerada por todos como orgânica e incurável.

CAPÍTULO VIII - O SABER COMPETENTE, AS TEORIAS E O DRAMA DOS PACIENTES

"A percepção de que a doença mental é socialmente produzida não implica na negação da existência do sofrimento psíquico. Neste sentido, é bastante precisa a definição de loucura formulada por Bonnafe, para quem a loucura é '... la encarnación desdichada de una protesta justa contra una injusta opresión.' "
(Tânia Tsu - "A internação psiquiátrica e o drama das famílias")

1 - A MODERNIZAÇÃO DO DISCURSO PSIQUIÁTRICO

Retomando o que foi discutido no capítulo I, o saber competente sobre a loucura é aquele que a entende como um processo de adoecimento interno, seja de origem orgânica ou psíquica, desconsiderando as condições de vida e as circunstâncias históricas enquanto geradoras de sofrimento psíquico. Embora o discurso psicológico também possa ser ideológico e alienante, no momento deter-me-ei em comentar a postura atual do discurso psiquiátrico porque este, além de ser o principal representante da suposta competência, diz respeito diretamente às experiências concretas dos *pacientes especiais*, sujeitos da presente tese.

O discurso psiquiátrico tem-se modernizado nos últimos anos como mostra a publicação, datada de 1993, da "Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas" coordenada pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) e considerada pretensiosamente pelos seus autores como "*a revolução do diagnóstico psiquiátrico deste final de século*" (1993, p.IX). Esta "revolução" consiste na substituição estratégica do termo "doença" (em inglês, "disease") pela expressão "transtornos mentais e de comportamento" (em inglês, "Mental and Behavioral Disorders"), aparentemente abandonando a polêmica sobre a etiologia dos ditos "transtornos mentais" e restringindo-se à sua classificação baseada na descrição dos "*aspectos clínicos principais*" (p.1), como seus autores esclarecem a seguir:

"Estas descrições e diretrizes não contêm implicações teóricas (...) Elas são simplesmente um conjunto de sintomas e comentários sobre os quais houve concordância por parte de um grande número de conselheiros e consultores em muitos diferentes países como sendo uma base razoável para definir os limites de categorias na classificação de transtornos mentais." (p.2)

Se, de um certo ponto de vista, esta postura pode parecer uma modernização por substituir o termo "doença mental", este conceito sequer chega a ser questionado. Na realidade a O.M.S. passa a empregar o termo "transtorno", bem mais abrangente que o anterior, abarcando, desta forma, tanto os distúrbios psicóticos como os neuróticos. No entanto, os chamados "transtornos psicóticos", isto é, a loucura, continuam considerados pela CID-10 como sintomas da suposta doença mental de origem orgânica, ainda que seja admitida a possibilidade das crises de tal "doença" serem desencadeadas por fatores ambientais adversos.

A esse respeito, tem-se observado uma penetração cada vez mais ampla da noção de uma predisposição genética à doença mental que pode ser deflagrada por circunstâncias adversas, com ênfase em comportamentos inadequados de responsabilidade do indivíduo. Por exemplo, em entrevista recente à revista "Isto É" (nº 1335), intitulada "A loucura é como câncer", o Dr. Maurício Tolen, doutor pela Universidade de Harvard, defende a idéia de que as doenças mentais são geneticamente determinadas, sendo que o uso de drogas e álcool ou outros excessos podem precipitá-la. Desta forma, a representação da loucura como doença passa a ser usada não só para excluir aqueles que apresentam desvios de comportamento em relação à suposta normalidade, mas também para incentivar comportamentos socialmente desejáveis, ou seja, obter conformismo ao *status quo* e obediência às normas sociais. Neste contexto insere-se a idéia de que a prevenção da doença mental e, conseqüentemente, a promoção da saúde mental, dependeria, em última instância, de comportamentos regrados e adequados.

Além disso, não só o discurso psiquiátrico tem se "modernizado", mas também a prática. Existe uma política de desospitalização que tende a esvaziar os manicômios e a incrementar o atendimento ambulatorial. Contudo, via-de-regra, este atendimento limita-se a controlar bioquimicamente as crises psicóticas, conduta médica que continua sendo uma maneira sutil de excluir o "louco", uma vez que o significado de sua conduta não é considerado.

Por sua vez, a preocupação classificatória da sintomatologia de todo e qualquer tipo de "transtorno mental ou de comportamento" revela não só o desprezo da psiquiatria pelo significado destas condutas, mas também a desconsideração pelo drama individual, em favor de uma entidade genérica, abstrata e normatizadora agora chamada "transtorno". Em outras palavras, agrupando sob uma mesma rubrica diferentes individualidades e despindo de sentido as condutas consideradas sintomáticas, o discurso psiquiátrico continua encobrendo a ação da realidade social e política enquanto geradora de sofrimento psíquico, por vezes insuportável, como é o caso da loucura.

Já em relação ao alcoolismo, cuja abordagem específica se impôs nesta tese dado o material clínico oferecido por nossos pacientes alcoolistas, a CID-10 e mesmo as anteriores omitem qualquer pronunciamento em relação à sua gênese. Seus autores limitam-se apenas a uma descrição detalhada da sintomatologia decorrente do uso abusivo da bebida ou de sua abstinência, sinais clínicos obviamente associados a comprometimento orgânico. Entendo que a preocupação com a etiologia deste quadro clínico não se coloca, porque o comprometimento orgânico decorrente do alcoolismo, por si só, justifica a intervenção psiquiátrica.

Conseqüentemente, a explicação competente das causas do alcoolismo fica por conta do modelo teórico da vulnerabilidade biológica veiculado pelos Alcoólicos Anônimos (AA). De acordo com esta teoria, o alcoolismo é uma doença decorrente de um defeito metabólico hereditário que com o "Primeiro Gole" desencadeia no seu portador um desejo incontrolável de beber (Masur, 1984). Aceita socialmente ainda nos dias atuais, a suposta competência desta teoria encobre tanto o sofrimento psíquico gerado por circunstâncias adversas que leva o indivíduo a buscar alívio na bebida, como o estímulo da sociedade para que o faça, devido a interesses econômicos decorrentes da venda de bebidas alcoólicas.

Resumindo, o discurso psiquiátrico em vigor na atualidade não só resulta no encobrimento da realidade social e política, mas também visa obter docilidade e conformismo por parte dos dominados, ameaçando-os com a possibilidade da doença mental, caso não sigam os padrões de comportamento socialmente prescritos.

2 - AS TEORIAS PSICOPATOLÓGICAS DOS PACIENTES ESPECIAIS E O DISCURSO COMPETENTE

Na presente tese, ao contrário do que propõe o discurso competente, dispus-me a ouvir a narrativa dos *pacientes especiais* a respeito de suas experiências de vida com um duplo objetivo: elucidar o significado por estes atribuído ao seu "drama" pessoal e dele extrair suas representações sobre a loucura e/ou doença mental, sempre considerando a relação dialética que inevitavelmente se estabelece entre ambos.

A partir da análise clínica desses relatos, foi possível captar sistemas de pensamento que se compõem em "Teorias Psicopatológicas". Estas refletem tanto a singularidade do drama vivenciado pelos sujeitos, como a generalidade das representações socialmente veiculadas sobre a loucura e o alcoolismo, uma vez que as vivências humanas só têm sentido dentro de determinado contexto social e político.

A Teoria sobre o Alcoolismo elaborada por estes pacientes é totalmente avessa ao que prega o discurso competente difundido pelos Alcoólicos Anônimos. Ao formular sua explicação sobre os motivos que levam uma pessoa a beber compulsivamente, Simone e Damião preferem optar pela noção moral de "vício" em oposição à doença, percebendo-se numa certa medida como autores do próprio infortúnio. No entanto, também admitem-se vítimas da "cilada" em que caíram ao buscar alívio para suas mágoas na bebida.

Por outro lado, estes sujeitos também fazem uma associação entre alcoolismo e loucura, considerando que esta última pode ser despertada pelo álcool, justificando, inadvertidamente, o tratamento psiquiátrico. Admitem a ambigüidade do suposto benefício da internação manicomial que, por um lado, os protege temporariamente da tentação da bebida e alivia os sintomas orgânicos e psíquicos dela decorrentes mas, por outro, também implica em punição, na medida em perdem sua liberdade de ir e vir. Além disso, ao retornar ao convívio social, inevitavelmente ficam expostos à "tentação" da bebida e, quando se embriagam, são reinternados, fechando-se o círculo vicioso. No entanto, embora considerem o tratamento psiquiátrico apenas como um paliativo, não se dão conta de implicações sociais e políticas mais amplas: a sociedade estimula-os a beber mas, depois de "viciados", procede à sua condenação e exclusão. Neste sentido, a própria dinâmica social equivale à "pérfida e traiçoeira" bebida que acena com a possibilidade de alívio do sofrimento, para, em seguida, trair aqueles que, ingenuamente, são seduzidos por seus artifícios.

Em relação às Teorias sobre a Loucura todos os sujeitos entrevistados, com exceção de Murilo, questionam a equivalência entre esta e a doença mental, apontando diferenças bastante significativas entre ambas. A loucura é caracterizada essencialmente como uma perturbação das emoções expressa por meio de condutas socialmente inadequadas e fruto de sofrimento psíquico. A doença mental, por sua vez, é vista como resultado de comprometimento orgânico, implicando não só em perturbações emocionais, mas também em prejuízo intelectual. Sob certo ângulo divergem, portanto, do que é apregoadado pelo discurso competente. O próprio Murilo, que dentre os pacientes especiais é o que absorve com maior intensidade o "espírito" do discurso competente, faz referências isoladas às experiências traumáticas pelas quais passou na Febem enquanto geradoras de problemas emocionais.

No entanto, ao articularem sistemas teóricos, todos os sujeitos acabam firmando soluções de compromisso entre posicionamentos ideologicamente contraditórios, ou seja, entre suposições condizentes com o discurso psiquiátrico e dele divergentes. Por exemplo, Damião explica suas automutilações como decorrentes tanto da ingestão do álcool que desperta sua loucura, quanto da interferência de espíritos malévolos que agem no seu organismo por meio da bebida, veículo do mal, aglutinando, com esta explicação, agentes naturais (orgânicos e psíquicos) e sobrenaturais. Já Murilo explica sua "doença mental" superpondo explicações organicistas e místicas, o que resulta numa teoria de cunho moralista, semelhante à da degenerescência, segundo a qual uma maldição divina produz uma malformação orgânica e mental extensiva a várias gerações por transmissão genética. Mesmo Simone, que se mantém lúcida e racional na maior parte do tempo, explica a doença mental como uma "somatização" da "loucura", via "ataque aos nervos", cujo resultado é a invalidez mental.

Fica constatado também que, em algumas ocasiões, nossos sujeitos iniciam um antidiscurso pautado nas suas vivências dramáticas, ainda que não consigam levá-lo adiante, acabando por ceder espaço ao ponto de vista psiquiátrico. A verdade é que, por piores que sejam as condições da internação psiquiátrica, na maioria das vezes, este é o único recurso disponível para famílias de baixa renda quando se deparam com a "loucura" de um de seus membros. Portanto, não tendo outra saída, a população acaba recorrendo à psiquiatria que, a seu modo, dá conta daqueles que a sociedade não pode suportar, justamente porque expressam, muitas vezes de modo enigmático, suas contradições.

3 - O DRAMA DOS PACIENTES

Se, por um lado, os *pacientes especiais* são, até certo ponto, capturados pelo saber competente ao formular suas "Teorias Psicopatológicas", por outro, o drama por eles narrado já é suficiente para apontar muitas das contradições e paradoxos que o discurso psiquiátrico legitimado pela ideologia dominante procura escamotear.

Suas histórias de vida estão repletas de sofrimento gerado por acontecimentos adversos: Murilo e Isabel foram abandonados desde o nascimento e entregues aos cuidados de terceiros ou de instituições; Damião e Simone sofreram perdas afetivas importantes durante a infância. A estes traumas psíquicos acrescentam-se condições socio-econômicas precárias que contribuiram, e muito, para intensificar sua dor. Damião, por exemplo, ao deparar-se com a miséria material da família após a morte do pai, foge com o circo e, ao regressar, começa a buscar consolo na bebida. Simone, além do trauma gerado pelo falecimento de seu genitor, sofre uma mudança radical em sua vida: muda-se com a família para São Paulo, onde os familiares, empenhados em garantir a sobrevivência, não lhe prestam a devida atenção e, "carente", Simone procura outras companhias que a introduzem no consumo de álcool e drogas. Já Murilo e Isabel desde o nascimento solitários e infelizes jamais sentiram-se acolhidos e compreendidos. Murilo, em particular, já nasce portador de um marca indelével: é o fruto do incesto. Todos eles quando, por este ou aquele motivo, são internados em hospitais psiquiátricos, ao invés de obterem alívio para sua angústia, passam a ser identificados como "loucos", com todas as conotações pejorativas que esta condição carrega, e, progressivamente, excluídos do convívio social. Além disso, vistos como "doentes mentais", correm o risco de se tornarem efetivamente aquilo que lhes é espelhado pelo ambiente institucional e social.

Uma vez aceitos como pacientes psiquiátricos, Damião, Isabel, Murilo e Simone passam a conviver de perto com a psiquiatria e suas experiências mostram a ambigüidade do tratamento por esta oferecido. Dentre estas, lembro algumas: Simone, a "quase funcionária", ao auxiliar sua médica na aplicação de ECT em uma paciente, recebe, "por descuido", a descarga elétrica dirigida à outra, encarando, a contragosto, sua verdadeira situação institucional; Murilo fica perplexo e extremamente angustiado ao se deparar

com a possibilidade de morrer vítima da mesma medicação supostamente destinada a curá-lo; Damião destaca o fato da instituição psiquiátrica promover a substituição do vício da bebida pelo da ociosidade e Isabel considera o eletrochoque uma "loucura" que, ao invés de curar a suposta doença mental, "estoura" e depois "apaga a sua cabeça", gerando aquilo que se propõe a tratar.

Naturalmente nossos sujeitos, não tendo uma consciência política mais abrangente que lhes possibilite sugerir mudanças sociais que implicariam numa melhoria de condições de vida para todos, restringem-se a aventar soluções de diversas naturezas, algumas mais lúcidas, outras mais alienadas, no plano individual.

Diante de todos esses contratempos e impossibilitados de modificar seu "destino", algumas vezes os *pacientes especiais* são tomados pelo desespero ou pela desesperança e, nesta situação, buscam alívio no "Mundo Encantado de Chocolate", como é o caso de Isabel, ou na "Ilha da Fantasia", como faz Simone, metáforas de uma visão romântica da loucura. No entanto, ao cortarem o vínculo com a realidade concreta e mergulharem neste sonho, inadvertidamente se deparam com a "Noite do Pesadelo", com o "lado escuro" da loucura e do tratamento a ela destinado. É neste momento que a decepção acontece: o universo encantado e mágico da loucura transforma-se gradativamente em um "Universo em desencanto", processo de desilusão contínuo e inexorável, calcado não só nas vivências subjetivas destes sujeitos mas, principalmente, em experiências de vida reais e concretas.

-

CAPÍTULO IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERKNECHT, E.H. - Breve História de la Psiquiatria. Buenos Aires, Eudeba, 1962.
- ALTHUSSER, L. - O futuro dura muito tempo. São Paulo, Companhia das Letras, 1992.
- ALVARES, M.R. - Representações da doença mental entre indivíduos da classe baixa. São Paulo, 1990, 137p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- ANGERMEYER, M.C.; KLUSMANN, D. - The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives: I. The patients' point of view. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 1988, vol 238, p. 47-64.
- ANGERMEYER, M.C.; KLUSMAN, D.; WALPSKI, O. - The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. II. The relatives point of view. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 1988, vol. 238(1), p. 55-61.
- BANDEIRA, M.- Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. Psicologia: teoria e pesquisa, 1990, vol. 6(2), p. 171-182.
- BARROS, L.F. - Memórias do delírio: Confissões de um Esquizofrênico. Rio de Janeiro, Imago, 1992.
- BASAGLIA, F. (coord) (1968) - A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro, Graal, 1985

- BATAILLE, G. - La mutilation sacrificielle et l'oreille coupée de Vincent Van Gogh. Oeuvres Complètes. I - Premiers Écrits - 1922-1940. Paris, Gallimard, 1970.
- BHUGRA, D. - Attitudes towards mental illness: A review of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989, vol 80(1), p. 1-12.
- BIRMAN, J. - Psiquiatria e sociedade. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 31(4): 237-246, 1982.
- BLEGER, J. (1958) - Psicoanálisis y Dialectica Materialista. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1973.
- BLEGER, J. (1977) - Psicologia da Conduta. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
- BROCHINGTON, I.F.; HALL, P.; LEVINGS, J.; MURPHY, C. - The community tolerance of the mentally ill. British Journal of Psychiatry, 1993, vol 162, p. 93-99.
- BRUNELLO, M.I.B. - Loucura: um processo de desconstrução da existência. São Paulo, 1992, 171p. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BUENO, A.C. - Canto dos Malditos. São Paulo, Lemos, 1993.
- CHAUÍ, M. - Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas. 2ª ed. São Paulo, Moderna, 1981.
- COELHO, M.J. - O Mundo Racional do Racional Superior. In: Universo em Desencanto: Imunização Racional. Rio de Janeiro, M. Jacintho Coelho Editora, s/ data, vol. 1.
- COSTA, J.F. - História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro, Campus, 1981.
- COSTA, J. F. - Psicanálise e Contexto Cultural: Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. Rio de Janeiro, Campus, 1989.

- COOPER, D. G. (1967) - Psiquiatria e Antipsiquiatria. Perspectiva, São Paulo, 1973
- DE ROSA, A.M.S. - The social representations of mental illness in children and adults. In DOISE, W. & MOSCOVICI, s. (orgs) - Current issues in european social psychology, vol II. Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
- FARR, R. - Representações Sociais: a teoria e sua história. In JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. - Textos em Representações Sociais. Petrópolis, Vozes, 1994.
- FOUCAULT, M. (1965) - História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo, Perspectiva, 1972.
- FOUCAULT, M. - Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
- FOUCAULT, M - Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis, Vozes, 1984a.
- FOUCAULT, M. - Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1984b.
- FOUCAULT, M. - A vontade de saber. (História da Sexualidade - vol I) Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- FREDERICO, C - A Vanguarda Operária. São Paulo, Edições Símbolo, 1979.
- FREUD, S. (1900) - A interpretação dos sonhos. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v.4, cap. VI, p. 298-322 e v.5, cap. VII, p. 468-564.
- FREUD, S. (1905) - Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v.7, cap. I, p.135-175.

- FREUD, S. (1911) - Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987, v. 12, p. 273-286.
- FREUD, S. (1915a) - Os instintos e suas vicissitudes. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v. 14, p. 129-162.
- FREUD, S. (1915b) Repressão. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v.14, p. 165-182.
- FREUD, S. (1915c) O Inconsciente. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v.14, cap. III, p. 203-206, cap. VII, p. 224-233 e Apêndice C, p. 239-251.
- FREUD, S. (1917 [1915]) Suplemento Metapsicológico à teoria dos sonhos. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v. 14, p. 249-267.
- FURNHAM, A. & BOWER, P. - A comparison of academic and lay theories of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 1992, vol 161, p. 201-210.
- GODELIER, A parte ideal do real. São Paulo, Ática, 1981.
- GOFFMAN, E. - Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- GREGOIRE, P.A. - The phenomenology of psychiatric hospitalization: The patients' experience and expectations. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1990, vol 82(3), p.210-212.
- HERMAN, N. & SMITH, C.M. - Mental hospital depopulation in Canada: Patients' perspectives. Canadian Journal of Psychiatry, 1989, vol 34(5), p. 386-391.

JODELET, D. - Répresentation Sociale: phénomènes, concept et théorie. In MOSCOVICI, S. (Org.) - Psychologie Sociale. Paris, PUF, 1984.

JODELET, D. - Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale. Communication Information, 1984a, vol 6(2 e 3), p. 15-41.

JODELET, D. - Folies et Représentations Sociales. Paris, Presses Universitaires de France, 1989.

KAËS, R. - Psichanalyse et représentation sociale. In JODELET, D. (ed.) - Les Représentations Sociales. Paris, Presses Universitaires de France, 1989.

LAING, R.D. & COOPER, D.G. - Raison et Violence. Paris, Payot, 1971.

LAING, R.D. & ESTERSON, A. (1964) - Sanidade, Loucura e Família, Belo Horizonte, Interlivros, 1980.

LALANDE, A. Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. São Paulo, Martins Fontes, 1993.

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.-B. (1961) - Vocabulário da Psicanálise. Lisboa, Moraes Editores, 1977.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. - Fantasia originária, fantasias de origens, origens da fantasia. Rio de Janeiro, Zahar, 1990.

LUIS, M.V.; MARGIOTTE, M.S.; SANTOS, D.S.P. - Percepções que a família e o paciente psiquiátrico têm sobre os determinantes de um distúrbio mental. Revista Gaúcha de Enfermagem, 1989, vol 10(1), p. 52-59.

LUCION, N.K. - Grandes asilos: que fazer? Ou uma sociedade sem manicômios. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, 1989, vol 11(1), p. 65-69.

MACHADO, M.C.L. - "Um túmulo bem caiado": estudo de representações de alcoolistas internados sobre a bebida através de técnica projetiva. In: I

Encontro de Técnicas de Exame Psicológico: Ensino, Pesquisa e Aplicações. Programa e Resumos. São Paulo, 1994, p.15.

MACHADO, M.C.L.; NUNES, A.B. - Misticismo e Loucura: representações de familiares de pacientes psiquiátricos internados sobre etiologia de perturbações mentais. In: Anais da 44a Reunião Anual da SBPC. São Paulo, 1992, p.875.

MACHADO, M.C.L.; TSU, T.M.J.A. - Bebida e desejo: o uso do procedimento dos desenhos-estórias com tema na investigação de representações sociais de alcoolistas. In: I Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Resumos. São Paulo, 1991, p. Z4.

MARTINS, A.E.O. - Atitudes frente ao doente mental: influências do tipo e do nível de treinamento universitário. Psicologia: teoria e pesquisa, 1987, vol. 3(2), p. 92-103.

MASUR, J. - A questão do alcoolismo. São Paulo, Brasiliense, 1984.

MEZAN, R. - Freud, pensador da cultura. São Paulo, Editora Brasiliense S.A., 4ª ed., 1986.

MOSCOVICI, S. - A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. - The phenomenon of social representations. In FARR, R. & MOSCOVICI, S.(eds.) - Social Representations. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

MOSCOVICI, S. - Notes towards a description of social representations. European Journal of Social Psychology, 1988, vol 18 (3), p. 211- 250.

MOSCOVICI, S. - The Return of the Unconscious. Social Research, 1993, vol 60 (1), p.58-93.

MOSCOVICI, S. & HEWSTONE, M. - De la Science au Sens Commun. In MOSCOVICI, S. (Org.) - Psychologie Sociale. Paris, PUF, 1984.

- NOGUEIRA, A.M.P. - Atitudes frente ao doente mental: o conhecimento da abordagem socio-cultural da doença mental como fator promotor de atitudes positivas. Revista de Psicologia, 1986, vol. 4(1), p. 25-50.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Coord.) - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- PASQUALI, L.; NOGUEIRA, A.M.P.; MARTINS, A.E.O.; MARTINS, F.M.M.C. - Atitude frente ao doente mental: um modelo etiológico e medida de atitudes. Parte I: Elaboração de um modelo integrativo de atitudes frente ao doente mental. Revista de Psicologia, 1987A, vol. 5(1), p. 37-67.
- PASQUALI, L.; NOGUEIRA, A.M.P.; MARTINS, A.E.O.; MARTINS, F.M.M.C. - Atitude frente ao doente mental: um modelo etiológico e medida de atitudes. Parte II: Construção, validação, adaptação da Escala de Atitudes frente ao Doente Mental - ADM - e dados empíricos. Revista de Psicologia, 1987B, vol 5(2), p. 29-71.
- PERELBERG, R.J. - As fronteiras do silêncio: um estudo de desvio e ritualização. Rio de Janeiro, Edições Achiamé, 1976.
- POLITZER, G. (1928) - Crítica dos Fundamentos da Psicologia (Volumes I e II). Lisboa, Editorial Presença, 1973.
- PORTER, R. - Uma história social da loucura. Rio de Janeiro, Zahar, 1990.
- PRADO JR., B. (Org.)- Filosofia da Psicanálise. São Paulo, Editora Brasiliense, 1990.
- RATY, H. - A world without mental illness: Concepts of Mental Health and Mental Illness among a student group. Social Behavior, 1990, vol 5(5), p. 315-326.
- REDDY, K.R. - Cultural beliefs and expectations of the patients: a consideration of the customer's view point. Indian Journal of Psychological Medicine, 1988, vol 11(2), p. 93-100.

- RIBEIRO, M.N. - A etnopsiquiatria e o reconhecimento do saber popular. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 1988, vol 37(2), p. 113-115.
- RODRIGUES, C.R.C. - Atitudes frente à doença mental: um estudo transversal de uma amostra de profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 1983, 148p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
- SAVOIA, M.G. - Psicologia Social. São Paulo, McGraw-Hill, 1989.
- SZASZ, T.S. - A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.
- SPINK, M.J. (org.) - O Conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social. Brasiliense, São Paulo, 1993.
- SPINK, M.J. - Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. - Textos em Representações Sociais. Petrópolis, Editora Vozes Ltda, 1994.
- TOFOLO, T.M.J.A.; MACHADO, M.C.L. - Concepções etiológicas de alcoolistas sobre vivências alucinatórias. In: II Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Resumos. São Paulo, 1993, p. L26.
- TRINCA, W. - Investigação clínica da Personalidade: O Desenho Livre como estímulo de Apercepção Temática. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.
- TSU, T.M.J.A. - Herança e Vida: estudo de representações de professores secundários sobre doença mental./ Apresentado ao Primeiro Congresso de Psicologia da 6ª Região, São Paulo, 1988.

- TSU, T.M.J.A. - Concepções etiológicas de escolares sobre doença mental. Ciência e Cultura, 1989, vol. 41 , nº 7 Supl., p.816./ Apresentado à 41ª Reunião Anual da SBPC, Fortaleza, 1989 - Resumo.
- TSU, T.M.J.A. - Assassinos e loucos: Estudo de representações de homicidas sobre doença mental. Ciência e Cultura, 1991A, v. 43, nº 7 , p.853-4. / Apresentado na Reunião Anual da SBPC, 43, Rio de Janeiro, 1991A - Anais.
- TSU, T.M.J.A. - Representações de colegas sobre doença mental. Ciência e Cultura, 1991B, v. 43, nº 7, p.857-8./ Apresentado na Reunião Anual da SBPC, 43, Rio de Janeiro, 1991B - Anais.
- TSU, T.M.J.A. - "Vício e Loucura": estudo de representações sociais de escolares sobre doença mental através do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Boletim de Psicologia, 1991C, vol. 41 (94/95), p.47-55.
- TSU, T.M.J.A. - A internação psiquiátrica e o drama das famílias. São Paulo, EDUSP, 1993.
- TSU, T.M.J.A. & BORGES, T.W. - Dupla Exclusão: O paciente Psiquiátrico Aidético. Ciência e Cultura, 43(7), p. 859-860, 1991A.
- TSU, T.M.J.A. & BORGES, T.W. - Representações de Servidoras Psiquiátricas sobre Doença Mental, Hospital Psiquiátrico e seu papel profissional. Programa. Primeiro Congresso Gaúcho de Psiquiatria, Gramado, p.44, 1991B.
- TSU, T.M.J.A. & MACHADO, M.C.L. - Vida Cruel e Coração Magoado: estudo de concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre doença mental. / Apresentado ao Primeiro Congresso de Psicologia da 6ª Região, São Paulo, 1988
- TSU, T.M.J.A. & MACHADO, M.C.L. - Paisagem interna: proposta de método de análise da prancha XI do TAT em pacientes psiquiátricos. Boletim da Sociedade Rorschach de São Paulo, 1990, v.7, n.1, p.61-70.

- TSU, T.M.J.A.; MACHADO, M.C.L. - Tentação do primeiro gole; estudo de representações de alcoolistas sobre alcoolismo e internação psiquiátrica. Ciência e Cultura, 1991, v.43, n.7, p.855-856/ Apresentado à 43ª Reunião Anual da SBPC, Rio de Janeiro, 1991 - Resumo.
- TSU, T.M.J.A. & TOFOLO, V. - Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas sobre doença mental. Psicologia-USP, São Paulo, 1990, vol 1(2), p. 155-160.
- TSU, T.M.J.A.; MACHADO, M.C.L.; NUNES, A.B.; CARVALHO, J.E.C.- Representações do Hospital Psiquiátrico por familiares de pacientes internados. In: Reunião de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto. Programas e Resumos. Ribeirão Preto, 1989A, p. 149.
- TSU, T.M.J.A.; MACHADO, M.C.L.; NUNES, A.B.; CARVALHO, J.E.C. - Mexericos do sangue: representações de familiares de pacientes internados sobre etiologia da doença mental. In: Reunião de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto. Programas e Resumos. Ribeirão Preto, 1989B, p. 150.
- WILLER, C. - Escritos de Antonin Artaud. Porto Alegre, L & PM Editores Ltda, 1986.
- WINNICOTT, D.W. (1971) - O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda, 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1975) - Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982.
- WINNICOTT, D.W. - Natureza Humana. Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda, 1990.