

Reinserção Social e Cotidiano de Usuários de Psicotrópicos

Social Reinsertion and the Daily Living of Psychotropic Users

Magda Dimenstein; Monique Araújo de Medeiros Brito; Ana Kalliny Sousa Severo; Clariana de M. T. Cabral; Alex R. Alverga

Resumo:

A reforma psiquiátrica visa a desconstruir a posição do “louco” na sociedade, colocando a doença entre parênteses para considerar um homem capaz de sentir, desejar e agir, desvinculado de um padrão de normalidade. Nessa perspectiva, decidimos traçar o perfil da demanda em saúde mental e investigar como vivem os usuários de psicotrópicos e/ou egressos de hospitais psiquiátricos residentes no bairro de Bom Pastor, Natal, a fim de melhor conhecer a experiência cotidiana desses sujeitos. Aplicamos um questionário semi-estruturado a 160 usuários, através do qual percebemos que o cotidiano dessas pessoas é estruturado a partir do diagnóstico recebido. Inúmeras atividades deixam de ser realizadas em função disso. A circulação dessas pessoas em seu bairro/cidade é bastante restrita, bem como poucas as atividades realizadas por elas, as quais estão sempre condicionadas à disponibilidade de familiares. Apesar dessa realidade, há o desejo por parte dos entrevistados de diversificar essas atividades e torná-las mais frequentes.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, PSF, Reinserção Social, Psicotrópicos.

Abstract:

The aim of the psychiatric health reform is to produce another condition for the “crazy” person in society, one that is not linked to the expectation for adjustment or for a pre-established pattern of normality. We seek to investigate how people released from psychiatric hospitals live in Natal, and the social relations of daily living that they established with families, neighbors, etc. A semi-structured questionnaire was answered by 160 persons. We perceived that the daily living of the family members is structured by the psychiatric diagnosis and that many activities are not conducted because of this. Furthermore, such activities are conditional to the availability of family members. This represents a challenge to mental health policies to create possibilities for inclusion of these individuals in the daily city life, while confronting the confinement practices that are produced and reinforced by the diagnosis.

Key words: Mental Health, Psychiatric Reform, city, PSF, Social Reinsertion, Psychotropic.

Introdução

O modo como os sujeitos significam o viver em sociedade é permeado pelos inúmeros processos sociais aos quais estão submetidos, não sendo diferente no que se refere à experiência da loucura (MOSCOVICI, 1978). Sendo assim, é preciso conhecer um pouco da história do adoecimento psíquico e das formas de tratamento psiquiátrico para entendermos melhor a consolidação das práticas na assistência ao portador de transtorno mental, bem como suas implicações no que se refere à construção de significados relativos à forma como esses sujeitos estruturam seu cotidiano, tendo que carregar consigo a marca de uma instituição historicamente construída e discriminada – a loucura.

Até a Idade Média, a loucura não era vista como doença, mas como fato cotidiano ou como dádiva divina, por meio de significações religiosas e mágicas. Os insanos, bem como os deficientes mentais e os miseráveis, eram o principal alvo da caridade dos mais abastados que, assim, procuravam se redimir dos seus pecados. Os casos mais extremados ou perigosos eram mantidos isolados, sendo vítimas de segregação social, e as recomendações terapêuticas eram o contato com a natureza, viagens, repouso, passeio, retiro e o teatro (FOUCAULT, 1989).

No final do século XVIII, na França, com o surgimento das idéias liberais, houve uma maior valorização do homem e de seus direitos, o que acabou servindo de cenário para a mudança empreendida pelo médico Phillippe Pinel. Este inseriu definitivamente os loucos no universo dos enfermos, deixando de encará-los como pessoas perigosas que precisavam estar contidas fisicamente, para tratá-los como doentes que necessitavam de tratamento. Isso derivou para a criação do hospital psiquiátrico. O Tratamento Moral, baseado, dentre outras coisas, no ensino de regras de convivência social, utilizado no século XVII, perde sua força no final do século XIX, abrindo espaço para a psiquiatria centrada numa posição positivista (AMARANTE, 1995).

No Brasil, até o final do século XIX, quando a república foi proclamada, não havia assistência médica pública específica aos doentes mentais. A inauguração do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro, recebendo

o nome Hospício D. Pedro II. O tratamento visava a suprimir a loucura, “curando” o indivíduo através de terapia medicamentosa e tendo suas ações norteadas pelos princípios do isolamento e da autoridade, a fim de, supostamente, manter a segurança dos internos e da população em geral (AMARANTE, 2003).

De lá para cá, muitas tentativas de transformação da instituição psiquiátrica surgiram no Brasil, especialmente a partir da década de 1980, buscando a reversão do modelo asilar caótico e segregador, através da luta dos profissionais de saúde mental. Nessa perspectiva, passa-se a defender a desinstitucionalização, pensada por ROTELLI (1992) como um processo social complexo que deve envolver todos os atores sociais com o intuito de desconstruir a própria psiquiatria enquanto instituição que sustenta um modo de pensar e “tratar” a loucura limitando-a a sua dimensão biológica, esquecendo de considerar o indivíduo em sua dimensão humana, social, política e cultural.

As transformações ocorridas até agora estão, no entanto, muito aquém desta proposta, como trazem SADIGURSKY E TAVARES (1998), visto que têm encontrado uma série de obstáculos que vêm impedindo a sua efetiva implementação no território brasileiro. Não é rara, ainda, a predominância de hospitais psiquiátricos nos quais o modelo asilar prevalece. Esses hospitais geralmente apresentam estruturas adaptadas, obsoletas, com um grande número de pacientes por unidade, elevada taxa de permanência hospitalar, favorecendo as muitas reinternações e pouca resolutividade. A assistência baseia-se numa terapêutica medicamentosa abusiva visando, sobretudo, o lucro, mantendo a continuidade do sistema de afastamento e de segregação do doente mental da sociedade.

De acordo com os dados divulgados no Site Oficial do Governo do Distrito Federal, várias instituições com novas propostas de assistência têm surgido. Podemos citar os hospitais-dia (serviço com capacidade para atender pacientes que necessitem de acompanhamento médico diário e que possam prescindir de internação), os Caps (serviço de saúde comunitário que oferece assistência especializada, em regime de atenção diária, ambulatorial, a usuários do serviço de saúde mental e seus familiares, buscando promover a cidadania e garantir os direitos dos usuários e a reinserção social) e as Residências Terapêuticas (residências coletivas destinadas a usuários que perderam o vínculo familiar).

Entretanto, questiona-se o rumo dessa mudança, visto que esses novos serviços, mesmo com propostas inovadoras, muitas vezes mantêm "seqüelas" decorrentes das práticas da exclusão social, vestígios de uma atuação extremamente institucionalizada, como o seqüestro da cidadania e a violência institucional, o que reforça o afastamento do usuário de seu ambiente familiar, promovendo o afrouxamento das relações e a perda dos laços afetivos (MOSTAZO E KIRSCHBAUM, 2003).

Como estratégia de ruptura com esse modelo psiquiátrico, medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental, ainda é hegemônico, se tem pensado na atenção básica como espaço privilegiado para intervenções, em função da diversidade de demandas que chegam às unidades básicas e, especialmente, pela possibilidade que oferecem de criar um vínculo entre o usuário e a comunidade onde vive, espaço de subjetivação que atravessa seu cotidiano.

Desperdiçando essa possibilidade, as Unidades Básicas de Saúde vêm tradicionalmente respondendo a uma demanda muito pequena em saúde mental, quando deveriam ser o local privilegiado de acolhimento, evitando que o hospital psiquiátrico se configurasse enquanto porta de entrada para os serviços.

Apesar de trabalhar dentro dos princípios da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, os atores do campo da saúde mental precisam ainda construir caminhos pra efetivar tal articulação. Nesse sentido, a Declaração de Caracas, em 1990, constituiu-se como estratégia fundamental na reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde e à constituição de redes de apoio social e serviços comunitários voltados a oferecer suporte aos indivíduos em seus contextos de vida.

Um dos objetivos da reforma psiquiátrica é a redução do número de internações, que no Brasil representa um dos índices mais elevados de gastos do Sistema Único de Saúde (SUS), e que pode ser efetivada com a inserção das equipes de saúde nas comunidades, especialmente através do Programa de Saúde da Família. Entretanto, são poucos os estudos que tratam dessa inserção, que orientam o trabalho das equipes em termos dos problemas e necessidades de saúde da população; bem como do impacto das novas práticas de atenção e de cuidado à saúde na perspectiva da integralidade – um dos mais importantes princípios norteadores do SUS.

Levando-se em consideração os pressupostos da reforma psiquiátrica, realizamos, com a parceria dos Agentes Comunitários de Saúde, uma investigação focalizada nas referências sócio-demográfica e familiar, histórico de atenção em saúde mental e histórico de atenção em instituições psiquiátricas de sujeitos moradores de um bairro na zona oeste de Natal.

Reunindo essas informações, buscamos ainda conhecer um pouco mais essa demanda, através do modo como se estrutura a vida cotidiana dos usuários, pois se sabe que, para essas pessoas, o fato de já terem passado por internação em hospital psiquiátrico ou por uso de medicação psicotrópica durante longos períodos é determinante no que se refere ao papel social que lhe será reservado. Suas relações sociais são drasticamente modificadas, passando a uma posição de invisibilidade social. Invisibilidade enquanto cidadãos, enquanto sujeitos de suas próprias vontades, pois são considerados incapazes de responder pelos seus atos e, conseqüentemente, muitas vezes impedidos de realizar tarefas simples e de decidir sobre suas vidas, (o que comer, vestir, o que falar e até mesmo, ou principalmente, o que fazer com os benefícios previdenciários que recebem).

No entanto, a pessoa oriunda de situações de psiquiatrização é bastante visível quando tenta ocupar um lugar na sociedade: é lembrada, digamos, enquanto “aquele doido, aquele que estava internado no hospital de loucos, ou aquele que toma remédio controlado”. É uma posição paradoxal a que ocupa: esquecido como sujeito e lembrado como “ser incapaz de realizar qualquer atividade que seria digna de um ser humano não-estigmatizado”. Ao mesmo tempo, tal pessoa é percebida como capaz de cometer atos ilícitos, perigosos, sendo, por esse motivo, encarcerada na liberdade do outro – um outro que tem o “direito” de não ser incomodado por essas “figuras insanas e de alta periculosidade”.

É essa posição do “louco” na sociedade que a reforma psiquiátrica visa a desconstruir, buscando mostrá-lo como subjetividade própria, singular, capaz de sentir, desejar e agir, não necessariamente dentro de um padrão de normalidade, mas como alguém dotado de particularidades e potencialidades.

No entanto, essa quebra de paradigma não acontecerá repentinamente, até porque eles próprios às vezes “esquecem” que têm vontade própria, tão acostumados estão a

serem “conduzidos” por outros, sejam pessoas ou instituições. Essa é uma pequena parte de um processo maior que passa pela mudança de conceitos e (pré)conceitos de toda uma sociedade e envolve questões políticas, sociais e governamentais.

É dentro dessa perspectiva que buscamos identificar o perfil de usuários de medicação psicotrópica e egressos de hospital psiquiátrico nas áreas adscritas pelas equipes do Programa de Saúde da Família no bairro de Bom Pastor, distrito sanitário oeste de Natal, e conhecer o modo como vivenciam as relações sociais cotidianas que estabelecem com familiares, vizinhos, etc., bem como os aspectos relacionados à inserção no mundo escolar e do trabalho.

Metodologia

Bom Pastor dispõe de uma unidade de saúde composta por quatro equipes de saúde da família, que oferece cobertura a essas localidades. O percurso metodológico adotado para realizar esta pesquisa foi o seguinte:

1. Inicialmente foram realizados contatos, durante o primeiro semestre de 2005, com a unidade de saúde, objetivando obter permissão para realizar o trabalho de campo. Foi feita uma reunião com o administrador, alguns profissionais das quatro equipes e os agentes comunitários de saúde, explicitando os objetivos do trabalho.

2. Obtida a colaboração dos profissionais e a aprovação do comitê de ética da UFRN, os agentes foram consultados para o fornecimento de dados contidos nos prontuários presentes na unidade de saúde, no sentido de identificar pessoas na comunidade que atendiam às especificações da pesquisa. Identificados os participantes, iniciamos as visitas domiciliares, sempre acompanhados pelos agentes. Tais visitas eram agendadas previamente por estes últimos.

3. A coleta foi realizada no domicílio dos participantes e iniciou-se ainda no primeiro semestre de 2005, contando com a colaboração de alunos dos cursos de psicologia da Universidade Potiguar (UNP) e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2005.

4. O instrumento de coleta foi um questionário semi-estruturado visando a identificar os dados sócio-demográficos, o histórico de internação psiquiátrica e o uso de medicação psicotrópica entre os moradores da comunidade, além de questões referentes ao modo de agir dos familiares diante de situações de transtorno mental na família.

No presente trabalho, estamos focando apenas um dos itens desse instrumento, referente às atividades cotidianas.

Resultados

Foram realizadas 160 entrevistas, coletando dados sobre 114 (71,3%) usuários do sexo feminino e 46 (28,7%) do sexo masculino. A faixa etária predominante é de 51 a 70 anos de idade. Em relação à situação conjugal, 72 (45%) entrevistados encontram-se casados ou unidos consensualmente. O grau de escolaridade dos entrevistados se concentrou no Ensino Fundamental (completo ou incompleto). Além disso, 83% deles não tem qualquer vínculo empregatício, estando concentrados no setor informal. Recebem algum tipo de benefício 56 % (n = 89) dos que participaram da entrevista, e o restante, ou seja, 44 % (n = 71) não recebe nenhum tipo de benefício. A maior parte dos entrevistados, 134 sujeitos (84 %), tem moradia própria. Quanto ao número de pessoas que moram com os entrevistados, a maior parte vive com 4 a 5 pessoas. Apenas 37 (23%) dos usuários têm histórico de internação psiquiátrica, variando de 1 a até mais de 15 vezes.

A última internação apresenta variações de duração de 2 meses a 5 anos. A maioria das internações (55%) foi realizada pela família e/ou vizinhos, 27% pelo médico, 3% pela polícia e 3% pelo próprio sujeito. Dessas 37 internações, 81% foram involuntárias, sem notificação ao Ministério Público.

A maior parte dos participantes indica a ocorrência de transtorno mental na família: irmãos e pais em primeiro lugar, seguidos pelos cônjuges. Todos os entrevistados fazem uso de psicotrópicos, sendo este o único recurso terapêutico para 78% deles. Apenas 22 % relataram ter acesso a outros recursos e, dentre os principais, destacamos a recurso à Igreja (40 %) como uma das principais fontes de apoio diante de

situações de transtorno mental, bem como o uso de chás e fitoterápicos (23 %). Uma minoria relatou atividades lúdicas (11 %), serviços especializados como psicologia (11 %) e fisioterapia (9%), além do cuidado familiar (3 %).

Questionados sobre o seu cotidiano, de uma forma geral, observamos que ele está organizado a partir do diagnóstico recebido, indicando o lugar central do mesmo em suas vidas. Inúmeras atividades deixam de ser realizadas em função disso. A grande maioria dos entrevistados não cita o trabalho como uma prática cotidiana; quando o fazem, referem-se a atividades que não requerem vínculo empregatício. Os que trabalham exercem funções no setor informal, como carpintaria, comércio, reforma da própria casa, além de “bicos”, principalmente aquelas que não exigem muita qualificação e/ou instrução, visto que a escolaridade de grande parte deles é baixa. As mulheres, particularmente, dedicam-se a atividades domésticas com bastante frequência, cumprindo ressaltar que essas atividades somente são realizadas quando as mesmas estão “dispostas” ou quando estão “melhores”.

A prática de atividades religiosas, como ir à igreja, escutar hinos, rezar, ler a bíblia, bem como a atribuição de um significado terapêutico às mesmas são características predominantemente do sexo feminino, havendo apenas duas pessoas do sexo masculino que relatam atividades desse tipo. No entanto, há ainda aqueles que atribuem à religiosidade, especificamente à frequência a templos religiosos, um sentido oposto, afirmando ficarem “perturbados” quando estão nesses locais: “só vivia em crise quando tava na igreja”. Assistir televisão e escutar música são atividades bastante praticadas por essas pessoas, principalmente por aquelas que passam o dia inteiro em casa, o que corresponde quase à totalidade dos entrevistados. Andar pelo bairro, visitar parentes e ir à praia são as práticas mais realizadas no ambiente externo ao lar.

Também são constantes os casos de pessoas que só saem de casa acompanhadas e/ou em situações de extrema necessidade, como ir ao médico ou receber o pagamento do benefício. Algumas, no entanto, não saem sequer nessas situações e os agentes de saúde, muitas vezes, funcionam como intermediadores, responsáveis por solicitar a renovação das receitas e também pelo recebimento da medicação. Alguns dizem manter contato com vizinhos, familiares e amigos, indo até as residências dos mesmos ou

recebendo-os ou, ainda, encontrando-os nas ruas. Outros, em contrapartida, relatam não ter contato com os vizinhos para evitar o acontecimento ou reincidência de conflitos.

Algo notável é que grande parcela dos entrevistados relata não ter uma vida social ativa e nem praticar atividades de lazer, como passeios, atividades em grupo, festas, entre outros. Muitos não mantêm contato com outras pessoas além dos familiares mais próximos. Dessa forma, suas atividades ficam condicionadas à disponibilidade dos mesmos, disponibilidade essa influenciada por vários fatores, como recursos financeiros, tempo e a (falta de) vontade destes familiares de dedicarem algumas horas a essas pessoas. Isso indica um elevado grau de dependência, que restringe a circulação pela cidade e pelo próprio bairro, mantendo-as confinadas no ambiente do lar. Algumas, inclusive, têm como principal empecilho para a realização de algumas atividades a falta de companhia: “tenho vontade de sair, ir para o forró, mas não tenho com quem ir”.

Discussão

Gostaríamos de iniciar a análise com o depoimento de um pai que teve seu filho diagnosticado como louco e, como tal, internado. Suas reflexões trazem os pontos principais do que aqui pretendemos discutir: liberdade, necessidade de mudanças sociais e novas formas de produção de vida, longe do manicômio:

A loucura não autoriza ninguém a tirar a liberdade de seu semelhante! Não sei, ate hoje, se ela veio do céu ou do inferno, somente sei que ela transformou a minha vida. Cresci como pessoa. Quando me encontrei com ela, foi um espanto, pois nada sabia. Houve medo, muito medo, insegurança, uma sensação de desmoronamento, um vazio sem fim, como uma queda no vácuo. Dor e descrença; um impacto contra alguma coisa gigantesca muito além de minhas forças; imensa perplexidade destruidora; a inacreditável tomada de consciência de nada saber, saber qualquer coisa, por mínima que fosse. Tudo se desintegrava e eu não tinha meios para avaliar o que fosse aquilo. Internei-o, pois naquela época, também acreditava que ali fosse o lugar de tratamento e que sua internação em um hospício poderia trazer alívio para todos nós. Não... Nada disso aconteceu! Abandono e desatenção. Nestes hospícios, todos que conheci durante minha jornada, jamais vi uma placa que convidasse a comunidade a visitar os ali internados. Para que

exista tal possibilidade é necessário que se eliminem todas as barreiras da incompreensão, do preconceito e do manicômio que existe dentro de cada um de nós, além de se eliminar também, os meios de violência que são ocultados da opinião pública (PEIXOTO, 2003, 149).

Esse desabafo traduz situações que ocorrem em todo o mundo, não sendo diferente no Brasil nem em nossa cidade. Aqui estaremos falando do cotidiano de pessoas que já saíram do manicômio, mas com frequência ainda o carregam dentro de si. Pessoas que ainda não conseguem viver sem a serpente que os habitou por tanto tempo¹.

De acordo com os resultados de nossa investigação, podemos perceber que há uma grande (de)limitação das atividades realizadas por esses sujeitos, usuários de psicotrópicos e egressos de hospitais psiquiátricos. Apesar de não mais estarem sob o controle do manicômio, permanecem capturados pela lógica da instituição mais poderosa e aprisionante que pode existir nesse contexto: a doença mental.

Sobre a permanência nessa captura, CERTEAU (1996: 207) escreve: “Nossos habitats sucessivos jamais desaparecem totalmente, nós os deixamos sem deixá-los, pois eles habitam, por sua vez, invisíveis e presentes, nossas memórias e nossos sonhos”. Dessa forma, os indivíduos permanecem institucionalizados, mesmo não estando mais hospitalizados. A própria casa pode assumir esse caráter de encarceramento à medida que vai progressivamente se transformando no lugar de uma “intimização” da vida, opondo-se ao espaço público, pela aparente segurança que proporciona.

Então nos perguntamos: que segurança seria essa? Segurança contra o que vem de fora, talvez. Mas o que irá nos proteger dessa extrema intimização e de seus efeitos na nossa vida psíquica e social? Baptista nos alerta a esse respeito:

Intimizar a vida quer dizer colocá-la para dentro, destituí-la da história das práticas humanas, esvaziando sua multiplicidade de formas e conexões. A partir daí, público e privado se dicotomizam em antagonísticos espaços, reificam-se, e um eficaz aprisionamento efetua-se em lugares universalmente chamados de interiores. Interiores que se expressam em solitários e herméticos inconscientes ou personalidades, tornando a vida privada uma conquista individual à margem da história.

Individualizada e prisioneira de essencialismos, ditados por deuses ou estruturas psíquicas afastadas do cotidiano, a privacidade toma a forma de territórios impermeáveis e sedentários, que inviabilizam estratégias de escape ou de fuga de formas sufocantes e fechadas de vida. Fechada, a vida perde movimento, força política, e o capital se multiplica, obscurecendo a visibilidade da produção de modos de vida por banqueiros, artistas, burocratas, psicólogos, etc. Sem movimento, desmaterializa-se, tornando-se dádiva ou estorvo, diluindo do cotidiano a emergência e o espaço da produção – do assujeitamento e da transgressão (BAPTISTA, 1999, 34).

Pensando assim, da mesma forma que o manicômio é o lugar por excelência da negação do “habitar” e, conseqüentemente, lugar do “estar”, a casa pode também reinstalar essa condição do estar, principalmente naquilo que se refere ao ex-morador do hospital. SARACENO (1999) nos lembra que a psiquiatria é caracterizada pela idéia contínua e obsessiva de residência: do manicômio como residência coagida, controlada e expropriada à residência autônoma ou à casa de origem, incluindo um percurso que passa por diversos tipos de proteção e residencialidade. A história da psiquiatria é “uma história de ‘casas’, mais ou menos fechadas, mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas” (idem, 115).

A alternativa torna-se, então, tentar escapar desse modelo disciplinar voltado para a manipulação dos corpos, que está presente em várias instituições, como as familiares, hospitalares, escolares, industriais e manicômiais, que trabalham com a divisão dos corpos no espaço, o controle da atividade, articulando o poder da disciplina com o do conhecimento. Produzindo, assim, “corpos dóceis, ou seja, corpos que podem ser submetidos, que podem ser utilizados, que podem ser transformados e aperfeiçoados” (FOUCAULT, 1987, 126).

Essa situação de “enclausuramento” dos corpos e da subjetividade é analisada por COSTA (2004) como uma operação fundamental da sociedade disciplinar, com sua repartição do espaço em meios fechados (escolas, hospitais, indústrias, prisão). No século XVIII, as técnicas disciplinares destinavam-se a garantir que os indivíduos – por meio dos seus corpos – fossem submetidos a um conjunto de dispositivos de poder e de saber, baseados na vigilância permanente, na normalização dos comportamentos e na exposição a exames. Como forma de se produzir verdades sobre eles mesmos, essas

práticas tinham como objetivo a extração máxima das potencialidades e, portanto, as instituições como escolas, fábricas, hospitais – dentre outros – cumpriam um papel fundamental na implementação desses mecanismos.

Porém a prática do confinamento, amplamente utilizada a partir do século XVIII, norteadora do funcionamento desses estabelecimentos, deixou de ser a estratégia principal do exercício do poder. O controle, ao contrário, ultrapassa a fronteira entre o público e o privado. Aqui, reside um dos aspectos fundamentais na construção da passagem da sociedade disciplinar para a de controle, como também discute Costa (2004): há um processo de instauração da lógica do confinamento em toda a sociedade, sem que seja necessária a existência de muros que separem o lado de dentro das instituições do seu exterior. As instituições já estão dentro dos indivíduos, que as carregam consigo, modulando seu comportamento de acordo com as regras já internalizadas a respeito de como comportar-se nessa sociedade aparentemente menos disciplinadora.

Costa (2004) chamou esses processos de *moldagem* , pois um mesmo molde fixo e definido poderia ser aplicado às mais diversas formas sociais. Ou seja, essa individualização dos sujeitos é um processo que atinge toda a sociedade, não ficando restrita à população com que trabalhamos. Uma diferença que podemos notar, no entanto, é que principalmente no caso de egressos de hospitais psiquiátricos, há questões específicas que motivam esse isolamento, como a vergonha, o medo da discriminação, bem como a atitude de terceiros de achar que eles se tornaram incapazes de cuidar de sua própria vida e de, inclusive, circular pelo bairro e pela cidade sozinhos ou de manter contato com outras pessoas da comunidade. Pensando no caso específico da loucura, há uma série de desconstruções sociais a serem feitas. Se começarmos colocando entre parênteses a doença para considerarmos o homem, como propõem Abou-yd e Silva (2003), e entendermos a loucura como “conceito e experiência (fenômeno) de alteridade radical que estabelece uma forma distinta de ser e estar no mundo (...) um fenômeno social e subjetivo” (ANDRADE, 2003, 164), estaremos mais desarmados para lidar com a questão, tendo como foco não mais a doença, e sim a “existência-sofrimento”. Cumpre salientar que grande parte desse sofrimento não provém apenas do fato de apresentar sintomas psiquiátricos, mas de ter o estigma de

louco perante a sociedade, o que também traz consigo o status de inadequação e de periculosidade. Isso porque

(...) o doente passa a ser considerado somente em termos de suas funções abolidas, de sua consciência fragmentada, das rupturas de continuidade de conduta com o tempo e o espaço, etc. sem considerar a diversidade de outras reações emocionais intensas que substituem outras que já não se apresentam como essenciais para estes sujeitos (FOUCAULT, 1991, 24).

Fugindo à dicotomia “doença-cura”, Rotelli et alli (2001, 33) defendem que

cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modelos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.

Visam com isso a um deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a promoção da saúde, fugindo da psiquiatrização dos problemas sociais e da difusão capilar dos mecanismos de controle social na comunidade.

Essa prática constituir-se-ia em utilizar o *como* em detrimento do *por que*, sendo a terapia, como sugerem ROTELLI et alli (2001, 29),

não mais entendida como perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo e cotidiano de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

Caminhando nessa direção, é imprescindível que trabalhemos com um outro conceito de saúde, que seja mais abrangente do que limitador, mais inclusivo do que excludente. É o que propõe DEJOURS (1986), os argumentos de que saúde é poder dar liberdade ao corpo, é poder deixar os movimentos do corpo livres e não fixados de modo rígido. Scarcelli complementa:

Saúde não é algo que vem do exterior, mas algo que se alcança superando obstáculos. Saúde não é estado de estabilidade e, sim, uma sucessão de compromissos com a realidade do ambiente

material, com a realidade afetiva, relacional e familiar e com a realidade social. Assim, ter saúde é ter meios para poder traçar um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social, a partir da liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo (liberdade de adaptação), da liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida e da liberdade de agir individual e coletivamente (SCARCELLI, 2002, 5).

E então nos perguntamos: como está sendo produzida a saúde (tomando-a como sinônimo da liberdade, como defendido acima) desses sujeitos, que permanecem aprisionados em seus próprios lares, seja pela vergonha de serem apontados na rua, seja pela falta de companhia para sair, porque, como vimos, suas “saídas” estão condicionadas à disponibilidade de alguns poucos familiares que dedicam parte de seu tempo a eles.

É preciso ter em mente que o propósito da reinserção social é a construção do direito pleno de cidadania, e para isso é necessário ampliar os horizontes para além dos lugares tradicionais de assistência, pois a casa, por exemplo, pode ser significada como mais um dos equipamentos assistenciais, o local onde se pode construir uma rede social. Como alerta DEMO (1994), o assistencialismo:

Humilha a pessoa que recebe benefícios, em todos os sentidos: porque lhe reserva apenas sobras, esmolas; porque provoca a dependência diante do doador; porque desmobiliza o potencial de cidadania no assistido; porque escamoteia o contexto duro da desigualdade social, inventando a farsa da ajuda; porque vende soluções sob a capa de meras compensações (DEMO, 1994, 31).

Para fugirmos de uma prática puramente assistencialista, a transmutação do sujeito-sujeitado para o sujeito-cidadão exige a construção de uma rede social que entrelace todos os âmbitos possíveis, envolvendo desde serviços de saúde, políticas públicas, representações sociais de todos os atores envolvidos nesse processo, até os âmbitos jurídico-político, sócio-cultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial.

Scarcelli (2002) frisa que a proposta de construção dessa rede social traz consigo alguns riscos: se o centro irradiador é o âmbito da assistência, particularmente o da

clínica, corre-se o risco de ser reeditada uma nova forma de medicalização, que podemos nomear como ‘terapeutização da sociedade’ – a ênfase recai sobre o sujeito-indivíduo. Se a ênfase é dada exclusivamente ao campo social, pode-se correr o risco de perder a singularidade do território, dos pequenos grupos sociais, das famílias e dos sujeitos. Como ir além do princípio liberal de pluralidade, do reconhecimento puro e simples da diferença? Não basta, portanto, na proposta de reinserção social aqui discutida, caminhar no sentido de uma aceitação da diferença. Os ex-internos de hospitais psiquiátricos podem ser aceitos, principalmente pelos técnicos, o que não significa que estão sendo ouvidos como sujeitos. A aceitação da diferença está muito aquém daquilo que podemos pensar como cidadania. Ações elementares como eliminar os meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo como o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de possuir objetos pessoais, reconstruir o direito e a capacidade da palavra, abrir as portas, produzir relações, espaços e objetos de interlocução, libertar os sentimentos, restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade e restituir-lhes a liberdade de ir e vir, envolve a participação e a luta cotidiana de vários atores sociais: técnicos, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, pacientes, famílias, vizinhos, você, nós; enfim, a sociedade de uma forma geral.

Nesta perspectiva, o bairro, tomado como o pedaço de cidade que serve como limite e, ao mesmo tempo, como elo de ligação entre o espaço público e o privado pode ser encarado como um espaço terapêutico, à medida que a circulação do egresso por esse lugar representa, mais que sua cura, sua emancipação enquanto sujeito de seu próprio caminhar.

Esse local de circulação é percebido como “(...) lugar privilegiado da vida e de suas relações, dos laços afetivos, da energia vital, do sentir-se em casa. Lugar por excelência de realização do (con)viver, do compartilhar a vida, da vida em comum, da comunidade que se faz identidade” (RUBIM *apud* SILVA, 1997, 347) .

O bairro é o lugar de uma aprendizagem social decisiva, da mesma forma que a vida familiar, escolar ou profissional, na medida em que introduz de maneira particularmente poderosa à aprendizagem da vida cotidiana.

O bairro é o espaço de uma relação com o outro como ser social, exigindo um tratamento especial. Sair de casa, andar pela rua, é efetuar de tudo um ato cultural, não arbitrário: inscreve o habitante em uma rede de sinais sociais que lhe são preexistentes. É sempre uma relação entre uma pessoa e um mundo físico e social. É organizadora de uma estrutura inaugurável e mesmo arcaica do sujeito público urbano pelo pisar incansável porque cotidiano, que afunda em um solo determinado os germes elementares de uma dialética constitutiva da consciência de haurir, nesse movimento de ir e vir, de mistura social e de recolhimento interno, a certeza de si mesmo enquanto imediatividade social (MAYOL, 1996, 43).

Considerações Finais

Há que se reconhecer, dessa forma, que esse espaço urbano possui uma variedade imensa de sentidos relacionados aos desejos mais profundos do sujeito, como nos lembra FRAYZE-PEREIRA (1997). Nessa perspectiva, perguntamo-nos pelo sentido que o bairro e/ou a cidade têm para essas pessoas, que em algum momento de suas vidas deixaram de habitá-lo porque “tiveram que visitar” o manicômio, lugar tão estigmatizado e estigmatizante em nossa sociedade, o qual deixa suas marcas na vida de quem já o conheceu. Marcas ainda mais severas, aliás, porque são lembradas o tempo todo como produtoras de medo ou piedade por parte das outras pessoas.

Esse lugar do público, do coletivo, que deveria proporcionar uma sensação de liberdade, passa então a apresentar-se de um modo ameaçador, pois esses sujeitos começam a sentir medo, pois são induzidos a pensar que não são capazes de circular por esses espaços; medo do medo que provocam naquelas pessoas que vêem os loucos como figuras extremamente perigosas e medo do encontro desses medos, que provocam um medo ainda maior.

O que falta, então, para que esse espaço adquira um tom poético, para que, em vez de atuar como elemento de interdição, seja um dispositivo que emana potência de vida, assim como o descrito por Carvalho e colaboradores?

Do ponto de vista poético, o espaço não é nem abstração nem constructo teórico, ele se torna lugar, tem regiões e direções privilegiadas, podendo conjugar registros reais e imaginários, que, através de uma dialética – de uma troca – entre o interior e o exterior, explicitam desejos que se realizam ou se retraem, mas que, de uma forma ou de outra, se desvelam pela presença do homem (...) Através da expressão corporal e de outros registros espaciais do corpo, o homem fixa, des-fixa e habita seu universo, podendo expandir, anular e/ou destruir espaços, nas suas várias experiências de vida e relacionamento, ou de acolhimento do outro e do mundo; livre, ao se deslocar das cercanias íntimas à amplidão da vida, o corpo habita casas, ruas, cidades; habita meandros reais e imaginários – quando o eu poético habita o homem. (CARVALHO et al, 2001, 326)

Talvez *falte* um maior acolhimento por parte do próprio espaço, em termos ambientais e das pessoas que o ocupam... Talvez *sobre* medo de descobrir e explorar esse espaço... A resposta só poderá ser dada por cada um daqueles que se aventuram por esse caminho, numa descoberta extremamente subjetiva e pessoal.

Considerando, então, a relevância do espaço – seja ele bairro ou cidade – e de todos seus componentes, humanos e não-humanos, no processo terapêutico de qualquer pessoa, não poderíamos deixar de falar no serviço de saúde que mais se aproxima dessa realidade. A Unidade Básica de Saúde (UBS) exerce, ou pelo menos deveria exercer, já que tem potencial suficiente para tanto, um importante papel no que se refere à atenção a todos que vivem no bairro, cuidando de sua saúde de forma integral. Essa integralidade não pode excluir o cuidado dispensado às pessoas que necessitam de uma atenção especial em relação à saúde mental. Como ressalta SANTINI (1991), cada indivíduo forma um todo indivisível e este todo vive em comunidades, submersas em um contexto sócio-cultural. É por esta razão que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde constituem um todo, não podem ser compartimentalizadas. O sistema de saúde, também um todo indivisível, deve ser capaz de prestar assistência integral.

A realidade, no entanto, apresenta-se de forma bem diferente. Em primeiro lugar, porque os profissionais que trabalham nesses locais não se vêem como responsáveis pela promoção da saúde mental considerada em seu sentido mais amplo, que vai desde o bem-estar daquela mãe que sofre por não poder alimentar como deseja os seus filhos, até aqueles que falam sozinhos, têm mania de perseguição ou, ainda, aqueles que vivem nas praças e ruas, por não mais possuírem um teto para abrigar-se.

Falta, então, sensibilidade? Talvez não. Quem sabe se houvesse uma desinstitucionalização dos saberes e afetos, levando-a até aqueles que mais estão em contato com os usuários, os Agentes Comunitários de Saúde, por exemplo, eles não se sentissem mais responsáveis por essas pessoas? E quando falamos em desinstitucionalizar o conhecimento não nos referimos a fazer com que eles aprendam a diagnosticar, a medicar, nada disso. Mas simplesmente a conscientizá-los de que tanto enquanto profissionais como enquanto cidadãos, eles podem tomar para si um pouco da responsabilidade de promover novas possibilidades de circulação e de laços sociais.

Todos esses aspectos seriam essenciais para que os sujeitos marcados pela Psiquiatria saíssem do lugar de invisibilidade social em que se encontram, aliado paradoxalmente ao lugar de hipervisibilidade e estranhamento provocado nas pessoas que têm a pretensão² de se considerarem normais, assumindo o papel de atores principais de suas vidas, tornando-se artistas cotidianos de sua maneira de falar, de andar, de se vestir, de parar no meio da rua e começar a rir lembrando de um episódio engraçado, de ter curiosidade pelas coisas da vida e de perguntar sobre elas; enfim, de serem sujeitos plurais, inventores de vida, de sua própria vida.

Magda Dimenstein

Profa. Dra.do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal – RN)

E-mail: magda@ufrnet.br

Monique Araújo de Medeiros Brito

Bolsista de Iniciação Científica e Discente do Departamento de Psicologia da UFRN (Natal – RN)

Ana Kalliny Sousa Severo

Bolsistas de Iniciação Científica e Discente do Departamento de Psicologia da UFRN (Natal – RN)

Clariana de M. T. Cabral

Referências Bibliográficas

- ABOU-YD, Miriam Nadim; SILVA, Rosemeire. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 40-44.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, Paulo (Coord.). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. v. 3.
- ANDRADE, Marcelo Magalhães. Por uma concepção e prática clínica culturalmente sensível para com a loucura. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 164-174.
- BAPTISTA, Luís Antônio. *A cidade dos sábios: reflexão sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus, 1999.
- CARVALHO, Miriam de; CRUZ, Andréa B. de Souza; FÁVERO, Marcos; VILAS BOAS, Naylor; FREIRE, Wanda Vilhena. O corpo e os espaços do manicômio. In: MARTINS, Ângela Maria Moreira; CARVALHO, Miriam de. (Orgs.). *Novas Visões: fundamentando o espaço arquitetônico e urbano*. Rio de Janeiro: Booklink, 2001. p. 321-342.
- CERTEAU, Michel de. Espaço Privados. In: CERTEAU, Michel de; MAYOL, Pierre; GIARD, Luce. *A invenção do cotidiano: morar, cozinhar*. Petrópolis: Vozes, 1996. v. 2, p. 203-207.
- COSTA, Rogério da. Sociedade de controle. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 1, 2004, p. 161-167.
- DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n. 54, v. 14, p. 7-11, 1986.
- DEMO, Pedro. *Política social, educação e cidadania*. Campinas: Papirus, 1994.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1991.
- FRAYZE-PEREIRA, João. Crise e cidade: por uma poética do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997. p. 19-36.
- MAYOL, Pierre. O Bairro. In: CERTEAU, Michel de; MAYOL, Pierre; GIARD, Luce. *A invenção do cotidiano: morar, cozinhar*. Petrópolis: Vozes, 1996. v. 2, p. 35-45.

- MOSCOVICI, Serge. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MOSTAZO, Rubiane Rodrigues; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 2, p. 4–13, 2003.
- PEIXOTO, Geraldo. Algumas considerações (com um pouco de história familiar) sobre a relação entre loucura, a ética e a política, no âmbito da saúde mental. In: Amarante, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 149-156.
- ROTELLI, Franco. A experiência da desinstitucionalização italiana: o processo Trieste. *Saúde Debate*, n. 2, jun. 1992. (Cadernos Polêmicos)
- ROTELLI, Franco; LEONARDS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 17-59.
- SADIGURSKY, Dora; TAVARES, José Lucimar. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p.23-27, 1998.
- SANTINI, Luiz Antônio. *A saúde do município: organização e gestão*. Rio de Janeiro: IBAM, 1991.
- SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá ; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SCARCELLI, Ianni Régia. *Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental*. Tese (Doutorado)—Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- SILVA, Maria do Rosário de Fátima e Silva. A revitalização do local como espaço de constituição de uma nova cidadania. In: BAPTISTA, Dulce (Org.). *Cidadania e subjetividade: novos contornos e múltiplos sujeitos*. São Paulo: Imaginário, 1997. p. 343-351.
- Site Oficial do Governo do Distrito Federal, <http://www.districtofederal.df.gov.br/>. Acesso em: maio de 2006.

¹ Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o, assim, da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então se dá conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: “No longo período de dominação absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente. Em vez de liberdade ele encontrara o vazio, porque junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida. Citada por AMARANTE (1996).

² Pretensão, ao nosso ver, muito pequena, pois estamos de acordo com Jung quando ele diz que só é normal quem não tem a capacidade de ser diferente.