

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Silvia Cristine Cezimbra Moraes

**OFICINAS DE CONTOS E NARRATIVAS : Produções Discursivas de
Cuidado no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

São Leopoldo

2008

Silvia Cristine Cezimbra Moraes

**OFICINAS DE CONTOS E NARRATIVAS: PRODUÇÕES DISCURSIVAS DE CUIDADO
NO CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada à
Universidade do Vale do Rio dos
Sinos como requisito parcial para a
obtenção do título de **Mestre em
Saúde Coletiva.**

Orientador: Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel

São Leopoldo

2008

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 JUSTIFICATIVA----- | 04 |
| 2 REVISÃO TEÓRICA----- | 08 |
| 2.1 SOFRIMENTO MENTAL----- | 08 |
| 2.2 OS MANICÔMIOS E A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA BRASILEIROS----- | 11 |
| 2.2.1 JUQUERY – HOSPÍCIO MODELO----- | 11 |
| 2.2.2 SÃO PEDRO----- | 15 |
| 2.3 O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA----- | 18 |
| 2.3.1 MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA----- | 19 |
| 2.3.2 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA----- | 20 |
| 2.4 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO LUGAR ESTRATÉGICO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA----- | 23 |
| 2.4.1 OFICINAS NARRATIVAS COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO----- | 26 |
| 3 OBJETIVOS----- | 29 |
| 4 METODOLOGIA----- | 30 |
| 4.1 DAS NARRATIVAS ENQUANTO CONSTRUÇÃO DE MUNDOS----- | 31 |
| 4.2 LOCAL DE ESTUDO----- | 36 |
| 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA----- | 38 |
| 4.4 O PROCESSO DE ANÁLISE----- | 38 |
| 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS----- | 41 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS----- | 43 |
| ANEXO 1 – RESOLUÇÃO CEP/UNISINOS----- | 48 |
| ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO----- | 49 |
| RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO----- | 50 |
| OFICINAS DE NARRATIVAS----- | 51 |
| DINÂMICA DA OFICINA DE CONTOS E NARRATIVAS----- | 52 |
| ENCONTRO I----- | 54 |
| ENCONTRO II----- | 56 |
| ENCONTRO III----- | 61 |
| ENCONTRO IV----- | 67 |
| ENCONTRO V----- | 69 |
| ENCONTRO VI----- | 73 |
| ARTIGO----- | 81 |

JUSTIFICATIVA

A ciência moderna tomou para si, entre outros, um dos maiores desafios – o enfrentamento da loucura. Ter por objeto a des-razão humana representa a instauração de uma cruzada teórico-prática, que não por acaso resultou no nascimento de uma nova disciplina do saber médico – a medicina mental.

Em outros momentos históricos, os exageros, os desvios, os delírios, receberam as explicações possíveis da mentalidade vigente do período. A filosofia tratou inicialmente estas questões, estes comportamentos, sob o ponto de vista ético, da ética Aristotélica, entendendo que eram as inscrições na *tabula rasa* e as condições de sabedoria que determinavam o caminho seguido por cada um.

Após, por um longo período, foi a moral cristã a determinante da correção humana e a juíza de seus desvios. E por um certo período da idade média como aponta Foucault, a loucura andou solta pelas ruas, com loucos de todos os tipos, os mais perigosos sendo mandados por mar para outros lugares – fato que inspirou a *Nau dos Loucos*. Serviu também de inspiração para a literatura como o clássico *Elogio da Loucura* de Erasmo de Rotterdam. Foi no momento em que, na Europa a Lepra deixou de ser o grande temor social, pois que havia se construído uma grande quantidade de leprosários, e estes já sem função – que se destinou sua nova população: os loucos.

Mas ao local próprio a que foi destinada, a loucura exigiu, da nova racionalidade uma outra forma de compreensão, desta vez dada pela ciência.

Traçou-se longo percurso, de avanços e recuos, por vezes de repetição. As grandes crises do saber apontam nas palavras de Basaglia (1972) para duas possibilidades: uma tentativa de superá-la só que através da manutenção das velhas estruturas; outra através de uma resposta renovadora, que deseja apresentar-se como positiva e capaz de reabsorver as contradições.

Estes movimentos não são excludentes entre si, sendo possível sua coexistência principalmente nos períodos de grande transição das formas de pensar um determinado objeto ou realidade social.

Apono a partir de minha experiência profissional e pessoal, pois não há como não se envolver pessoalmente ao tratar de tal assunto, que dentro do paradigma científico de compreensão da loucura, em todo seu discurso teórico e técnico, houve um ponto quase intocado – a subjetividade do louco!

E é esta subjetividade, traduzida nas relações entre os sujeitos e destes com o mundo, que vem desafiar a ciência a se flexibilizar, a se permitir outro olhar para as questões do processo saúde-doença (CANGUILHEM, 2002), abrindo-se para a compreensão da complexidade das condições subjetivas do adoecer humano.

Este estudo pretende abordar as questões relativas à produção de conhecimento ligado à práxis cotidiana e o desenvolvimento de tecnologias de cuidado (MERHY, 1997) inventadas e desenvolvidas em uma instituição de atenção à saúde mental, por equipe interdisciplinar.

A voz da loucura, ao longo de sua existência histórica, sempre esteve de alguma forma sob o estatuto do silêncio. Silenciada pelos mitos, pelas explicações religiosas, pelos supostos pecados – torturados e queimados vivos na inquisição; pelos muros dos leprosários, prisões e manicômios, pela indiferença nas ruas das cidades (FOUCAULT, 1989).

A história Brasileira mostra-nos que seguimos ainda que tardiamente os modelos de tratamento europeus, a manicomialização da loucura tinha no Brasil seu ponto alto quando na Itália se iniciavam práticas alternativas à clausura. Após passarmos quase um século montando grandes manicômios, chegamos ao final do século XX com a determinação de que certamente haveria novas e melhores formas de tratarmos a loucura.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um marco recente de mudança de paradigma tanto na compreensão quanto na assistência aos portadores de sofrimento e transtorno psíquico. Nas palavras de Amarante:

A Reforma psiquiátrica é um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam a transformar a relação da sociedade com o doente. Inicia-se as transformações na instituição

(reestruturação da assistência ao doente mental), no saber médico-psiquiátrico, indo até as práticas sociais destinadas a lidar com pessoas portadoras de problemas mentais, atingindo portanto, o campo da ética, da cultura e da cidadania. (1994, p.46)

Ocorre que no fazer cotidiano que é o escopo desta reestruturação, sabemos somente pedaços da vida de nossos loucos de todos os dias. Talvez porque o que conseguimos é vê-los e escutá-los aos pedaços. São hiatos simbólicos que por vezes nos interrogam. Em geral quando algo grave e ruim acontece, quando a loucura se mostra apesar dos laços químicos, tentando talvez preencher nossos hiatos. Convoca-nos para alguma produção de sentido, de uma certa compreensão daquilo que escapa.

Mas é somente na medida em que nos deixamos tocar por isto, trabalhadores em saúde /mental, que vemos que os muros não são mais os do manicômio, os muros agora são simbólicos, muros de uma escuta entrecortada – uma não escuta, fragmentada, institucionalizada – que nos empobrece a todos e que empobrece a loucura naquilo que ela tem para nos ensinar, nos desafiar a quem sabe entender um pouco mais do Humano.

A importância desta pesquisa está pautada na importância da realidade vivida na instituição substitutiva do manicômio, em como se dá a dinâmica desta nova postura legal e terapêutica nas relações de cuidado entre equipe e usuários.

A escolha do local deve-se ao fato da pesquisadora trabalhar no município e coordenar o programa de saúde mental, ter participado de toda a luta para a efetivação deste serviço, da implantação do mesmo e de todas as discussões pertinentes, estando então envolvida com os usuários e a equipe.

Participar da montagem dos serviços e da política de saúde mental do município no contexto do Sistema Único de Saúde interroga-nos enquanto profissionais que não tiveram em sua formação discussões pertinentes sobre a complexidade que envolve a compreensão e as práticas possíveis de intervenção no social.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS foram incorporados à política de atenção do Ministério de Saúde, o que por si só não garante sua efetividade, seu impacto, sua especificidade enquanto desenvolvimento de tecnologias de cuidado (MERHY, 1997; CAMPOS, 1991). E é precisamente esta reflexão que se faz necessária, uma vez que

configuram uma realidade nacional de atenção à saúde mental, dentro do Sistema Único de Saúde, na perspectiva da Saúde Coletiva.

A invenção cotidiana de novas maneiras de cuidar do usuário de saúde mental no universo da CAPS procura construir seu eixo prático através de oficinas, em que a idéia central é poder ao mesmo tempo trabalhar com pequenos grupos onde é possível a reconstrução de um laço social, porém sempre tendo em vista o interesse singular, particular de cada usuário dentro desse espaço coletivo.

Esta complexidade cotidiana está atravessada pela narratividade, que é a dimensão em que as coisas do mundo são significadas, em que as relações e as trocas se dão através da linguagem em suas construções narrativas.

Dentre as oficinas, há uma em especial que está voltada, para além de todo fazer, aos sentidos produzidos por cada um em sua trajetória de vida, que é a oficina de narrativas. É um convite à narratividade, já que no mundo da linguagem as regras de sentido são construídas pelo autor que os atribui, onde a loucura de cada um pode ser metaforizada sem maiores danos à realidade. Como nos diz Ricoeur:

O acontecimento completo não é apenas que alguém tome a palavra e dirija-se a um outro interlocutor, é também que ambicione levar à linguagem e partilhar com outro, uma nova experiência.[...] a linguagem não constitui um mundo ela própria. Ela não é sequer um mundo. Porque estamos no mundo e somos afetados por situações, tentamos nele nos orientar por meio da compreensão e temos algo a dizer, uma experiência a levar à linguagem e a partilhar. (RICOEUR, 1994, p.119)

Se a linguagem não é ela mesma um mundo, certamente ela, através das narrativas nos possibilita a criação de mundos e a re-criação de nós mesmos, dos atos, das falas, acontecimentos, emoções. Então na linguagem, podemos ser livres de diagnósticos, medicações, exclusão, sofrimento; podemos nos perder e nos achar, diferentes a cada vez.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 SOFRIMENTO MENTAL

O tratamento da loucura tem sido objeto da ciência médica, mais especificamente da psiquiatria, inicialmente definida por Pinel como “doença da razão”(CUNHA,1990) a qual não previa graduações entre sanidade e insânia, ou se era, ou não se era louco. A loucura era considerada um “erro de julgamento”, um delírio.

Esta concepção foi se alterando ao longo de século XIX e entre as décadas de 1820 e 1830 foi formulada a teoria da “monomania” por Esquirol e Pritchard, na qual se admitia que a loucura pudesse estar escondida sob a capa da normalidade, aparecendo em surtos de extrema periculosidade – os maníacos, homicidas, sexuais, tendo o alienismo ampliado suas competências para a esfera judiciária.

Em 1850 surge a teoria de Morel, a teoria da “degenerescência” que confere à loucura uma etiologia definida, de natureza hereditária. A loucura se transmitiria em graus crescentes através das gerações. Esta teoria satisfazia o modelo da ciência positiva e encontrou terreno fértil no pensamento alienista do Brasil no início da República, explicando o comportamento das “turbas”, os aglomerados das classes mais pobres; justificando a criação de mecanismos de contenção desta expressão, voltados para a profilaxia do meio urbano. (CUNHA, 1986)

Foucault na *História da Loucura* ilustra o tratamento regular descrito por um médico, que era aplicado uma vez ao ano, na época da primavera para os lunáticos incuráveis (até 1733) em hospital de Bethleem – Londres:

Os doentes devem ser sangrados o mais tardar até o fim do mês de maio, conforme o tempo que fizer; após a sangria, devem tomar vomitórios uma vez por semana, durante um certo número de semanas. Após o que os purgamos. Isso foi praticado durante anos antes de mim, e me foi transmitido por meu pai; não conheço prática melhor. (1972, p.114)

Estas noções de tratamento, utilizadas por muito tempo e em muitos lugares, se mostram como absurdas na contemporaneidade; porém a engenhosidade das construções discursivas diz sempre de uma determinada cultura e de seu momento histórico. Talvez num futuro, nosso saber e nossas práticas atuais, pareçam absurdos aos que delas tomarem conhecimento.

Na Europa, a revolução industrial e o aumento das cidades não toleraram a inatividade – “vagabundagem, mendicância” – a que certamente ficaram expostos os loucos, juntamente com toda classe de pobreza e desamparo social – passaram a ser recolhidos todos, aos grandes hospitais asilos. Ironicamente os loucos foram salvos pelo “tratamento moral”, que diferenciou a loucura das outras situações sociais como a prostituição, orfandade, os sem trabalho e outros. Passaram a ter sua confinção nos hospícios onde se dispensavam ações não mais só de “caridade” pelos leigos, mas de tratamento pelos médicos.

O Brasil, nesta mesma época vivia uma realidade muito diversa. Trabalho era para escravo, mais tarde para imigrantes. O valor social do trabalho era na verdade um demérito, pois as pessoas em boa situação financeira e social não trabalhavam. Portanto a loucura perambulava mais livre, sendo bem mais tarde o movimento da higienização das cidades. O desenvolvimento dos espaços urbanos precipitou uma série de ordenamentos, entre estes o de circulação de pessoas e organização dos espaços sociais – o louco e tantos outros excluídos perderam a liberdade de circular livremente.

Ao invés então de ‘manifesta e loquaz’, como pintou Foucault a situação da loucura na Europa da Antiguidade e Idade Média, a impressão mais marcante é a de que a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro. (ROSÁRIO, 1987, p.31)

As Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade já existiam desde os séc. XVI e XVII, mas neste período ainda não contavam com loucos em sua clientela. As próprias famílias “cuidavam” de seus doentes; as mais abastadas os escondiam em quartos próprios ou em construções contíguas e quando violentos os amarravam. Certamente os de menos recursos se arranjavam na convivência ou erravam pelas vilas e campos vivendo da caridade que encontravam.

Ainda no final do séc. XVIII as cidades brasileiras eram escassamente povoadas. O Rio de Janeiro, capital, não contava com mais de 50.000 habitantes. Salvador e Recife eram prolongamentos da vida rural, estando vazias a maior parte do ano e recebendo os senhores de terras nas feiras e festas religiosas. As grandes propriedades rurais possuíam organizações econômicas praticamente auto-sustentáveis.

O desenvolvimento do comércio importador/exportador, no Rio de Janeiro, através do porto, da atividade comercial, industrial e bancária, juntamente com o declínio da produção cafeeira, foram determinantes do abrupto crescimento da população urbana, que em 1872 de 206.000 habitantes passou em 1890 para 522.000. Somem-se a este crescimento demográfico os contingentes de imigrantes estrangeiros. (ROSÁRIO, 1987)

Como em outros lugares do mundo, a urbanização trás consigo o crescimento, em termos de visibilidade, de outros problemas que passam a ser de interesse político, e invariavelmente sofrem suas regulamentações em nome do progresso; as vulnerabilidades sociais passam a representar para as classes emergentes, o dano público que não se quer ver. Aumentam os casos de loucos e as Santas Casas já os tem como parte de sua clientela.

[...]a preocupação com a loucura exposta das ruas era, porém um tema que preocupava apenas aqueles setores imbuídos das modernas noções de ciência. Assim uma discussão a respeito da loucura surge num debate sobre temas urbanos suscitado no interior da corporação médica, cujo sentido mais geral era a busca de “metropolização” da Corte e das principais cidades do império [...]o tema da loucura era um item e dos menos importantes, numa pauta que incluía a questão dos esgotos, dos matadouros e cemitérios, das temíveis habitações coletivas das classes pobres, da sífilis, da prostituição – da higiene e da modernização das cidades.(CUNHA,1989,p.15-16)

A loucura não passou despercebida aos olhos da elite colonial e de Pedro II, pois já não cabia nos porões das Santas Casas. Em 1841 surge o primeiro hospital de doentes mentais do Brasil, no Rio de Janeiro, inicialmente responsável por abrigar os loucos de todo o território nacional. Resultado de reivindicações médicas de um “hospital para loucos” e de uma articulação à figura de José Clemente, provedor da Santa Casa de misericórdia do Rio de Janeiro.

Se na França “o hospital de loucos” foi resultado final de um amplo debate político sobre a assistência, iniciado com a revolução de 1789, no Brasil o hospício foi solução pacificamente adotada. (MACHADO, 1978)

O primeiro trabalho brasileiro sobre a loucura foi escrito em 1837 pelo Dr. Silva Peixoto (p. 392), o qual disse seguir as orientações de Esquirol em que o cérebro do louco deve estar necessariamente alterado.

A conduta normal é o bom ajuste entre razão e vontade. Na loucura, os desvarios do afeto são mais do que simples acréscimo ou complicação das perversões do intelecto. A loucura é cisão e conflito entre aquelas duas ordens da faculdade, atinge o homem como sujeito de razão e de vontade. (MACHADO, 1978, p.397)

2.2 OS MANICÔMIOS E A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA BRASILEIROS

2.2.1 JUQUERY – HOSPÍCIO MODELO

Maria Clementina Cunha, ao traçar a história do Juquery, cita o ano de 1852 a fundação quase simultânea do hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro e do Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo. (CUNHA, 1986)

Inicialmente administrado por leigos, os hospícios funcionavam como um equipamento da assistência pública e não da medicina; a concepção sobre a loucura era leiga, ainda não revestida do saber alienista. Estes mesmos administradores faziam relatórios sobre a instituição e citam como um dos maiores problemas encontrados a “promiscuidade” decorrente da impossibilidade de separação dos sexos, situação que era resolvida amarrando às mulheres a seus leitos, o que implicava em morte, atestada em registros de óbito por asfixia.

Logo nos primeiros anos já havia apontamentos de superlotação. O espaço do confinamento produz o medo constante da contaminação da cidade, e tenderá a ser colocado para longe das vistas temerosas.

A superlotação não demorou, e foram então surgindo outros manicômios e a loucura foi se regionalizando. Sempre em locais distantes, retirados, a fim de propiciar a “serenidade mental”, através do isolamento, da tranqüilidade, do silêncio. (MACHADO et al.,1978, p.379)

Levou algum tempo para que a medicina ficasse responsável por estas instituições. Franco da Rocha, identificado como o Pinel brasileiro, com muita habilidade conseguiu convencer o governo Republicano em São Paulo da necessidade do asilamento racional, do entendimento da loucura como uma doença especial, e do hospício como um lugar de cura. Deu-se início à construção do Juquery, com um hospício central (1901/masculino) – triagem e colônias agrícolas anexas (1898) – para os internos incuráveis. A instalação dos pavilhões femininos ocorreu em 1903. A idéia era a de que o Juquery fosse um hospício modelo que:

Vem para equacionar, pela via científica e sob o signo reconciliado da “cura” e da “assistência”, uma questão política fundamental: conferir legitimidade à exclusão de indivíduos ou setores sociais não totalmente enquadráveis nos dispositivos penais; permitir a guarda e quiçá a regeneração ou disciplinarização de indivíduos resistentes às disciplinas do trabalho, da família e da vida urbana. (CUNHA, 1986, p.80)

O Hospício tem sua primeira ampliação em 1907, pois havia sido pensado inicialmente para oitocentos leitos. Em 1916, ocorre a segunda ampliação, pois novamente estava superlotado. E assim segue ao longo do tempo se especializando em toxicomania, alcoolismo, psiquiatria infantil e finalmente com o manicômio judiciário (1927). Havia toda uma produção “científica” validando a instituição e suas práticas, a princípio dentro dos muros do hospício e mais tarde na academia (anos 20).

O Juquery foi o palco do primeiro laboratório histoquímico destinado ao estudo da patologia cerebral da loucura - em sua fase anátomo-patológica. Nesta complexa estrutura o interno segue sua “carreira asilar” que tem como primeiro estágio o hospício central para ser diagnosticado e submetido às terapias: banhos, terapias de choque, drogas, tisanias etc.

O segundo estágio eram as colônias semi-abertas, onde os que realizavam pequenos trabalhos eram premiados com alimentação e cigarros. A etapa seguinte são as colônias agrícolas e a assistência familiar onde os loucos dóceis ficavam entregues à guarda de sitiantes, desenvolvendo trabalhos agrícolas ou domésticos. Eram estágios com crescentes graus de liberdade.

A utilização da violência como técnica disciplinar era um elemento constante na rotina, que não aparecia no discurso médico, mas aparecia nas cartas dos internos. O próprio Franco da Rocha admite que o caráter de prisão fosse algo inseparável da vida asilar. (CUNHA, 1986, p.90)

A fim de descrever os quadros de loucura e firmá-los em um diagnóstico, a medicina se utilizava de uma série de definições: loucos, insanos, lunáticos, orates, vesânicos, dementes e alienados – palavra latina que vem de alienus - estranho. Servia para designar todo o comportamento “diferente” ou “inconveniente”. Mas havia quadros que não se encaixavam nas descrições típicas, para estes a teoria da degeneração obteve uma saída com o “louco moral”. Servia para designar comportamentos perdulários, excêntricos, e incluiu na nosografia a “degeneração superior” própria da alta classe.

Havia também os casos a caminho da loucura os quais em nome da “defesa da sociedade” era-lhes indicado o isolamento. Este tipo de medidas ampliou o saber alienista do espaço que lhe era próprio - o hospício, para uma espécie de prevenção de eclosão da loucura - internação preventiva, o que lhe conferiu a especificidade de polícia médica.

Os “fracos de espírito”, os “tarados”, os “degenerados” de toda ordem e os “idiotas” precisavam ser tirados de circulação antes que incorressem em um mal maior para a sociedade. Os delirantes com seus delírios eram tidos como uma expressão declarada da doença, não se dando ouvidos aos conteúdos destes delírios, muito menos a seus significados.

A fala da loucura esteve neste período – até mesmo como elemento de análise e diagnóstico – completamente silenciada pelo saber sacralizado da medicina.

É muito significativo o apontamento feito por Cunha (1986), de que é a questão do trabalho e da produtividade individual que estão na base da internação da grande maioria dos loucos que povoam os pavilhões masculinos do Juquery e que sofriam de comportamento anti-social.

Já em relação à mulher, tudo que lhe diz respeito:

[...] está mergulhado na natureza e suas leis – seu corpo a ancora na natureza, isto é, corpo destinado a nutrir, compreender, abraçar, acolher, sustentar, revigorar, descansar os outros. A única subjetividade que lhe é reconhecida é a de viver uma constante doação ou uma constante anulação de si mesma. (F.BASÁGLIA, Ongaro: 1983, citado in CUNHA, 1986, p.144)

Isto é, todo o comportamento feminino que fugisse à sua natureza, de esposa e mãe, era um comportamento antinatural. O delírio místico é descrito como o maior padecimento das mulheres pobres, já as mais abastadas padeciam predominantemente de histeria, a qual Franco da Rocha define como:

Nada mais do que a exacerbação de traços tradicionalmente atribuídos a mulher normal: fraqueza de vontade, hipersensibilidade e emotividade, imaginação desregrada, incapacidade de esforços acurados do pensamento, predomínio dos reflexos sobre a reflexão e o juízo, vaidade, leviandade, sugestibilidade e eventualmente desvio na função sexual, seja na forma da anestesia ou do exagero que converte mulheres casadas em verdadeiras Messalinas. (CUNHA, 1986, p.146)

As solteiras mais velhas constituíam um quadro de desajuste e frustração. As mulheres de classe média e da burguesia em geral saíam curadas – dados de prontuário – enquanto as pobres passavam a vida no hospício.

A questão da sexualidade está diretamente relacionada com a insanidade. O *homossexual* foi uma criação do alienismo do século XIX e é uma das espécies de loucura que habitava o Juquery. Além disso, colocava-se sob suspeita todo o grupo consangüíneo, que reforçava a cumplicidade entre o alienismo e a família, no sentido de localizar as condições degenerativas em um dos componentes.

As práticas sexuais que não se destinavam a procriação estavam sob a mira da medicina mental, que passou a exercer um papel de regulador social, mas que não reivindicou para si a posse de uma “verdade total”, pois se desenhava muito mais como um saber em processo de constituição onde tudo cabia e onde tudo era provisório.

A psiquiatria se constitui como uma disciplina marcada por constantes reviravoltas teóricas, que, praticamente implicavam um novo recomeço.

Nas décadas de 20 e 30 do século XX, os hospícios passam a ser vistos como lugares de incurabilidade, e subsiste no mundo todo como um lugar de degradação, desesperança, esconderijo do sofrimento. Inicia uma nova virada na psiquiatria.

2.2.2 SÃO PEDRO

O Hospital de Caridade de Porto Alegre teve sua fundação em outubro de 1803 após pedido da câmara, atendido pelo Príncipe Regente com a finalidade de atender pobres e doentes. Suas primeiras enfermarias foram abertas em 1826, tendo durante este período atingido o status de Misericórdia. (WADI, 2002)

Entre 1859 e 1863 foi acrescentado à Santa Casa um prédio para servir de asilo de alienados. Em 1854, Dom Pedro II havia emitido uma circular na qual deixava claro a responsabilidade das casas de misericórdia em cuidarem de seus alienados, barrando o envio para o Hospício que levava seu nome, no Rio de Janeiro.

1º Que não se continue a remeter alienados para serem recolhidos no dito hospício sem prévia autorização deste Ministério, cumprindo por isso que V.Ex.a. quando entender ser conveniente a remessa dos que existirem em nossa Província o participe, fazendo as declarações recomendadas em Aviso já expedido por esta Secretaria de Estado sobre a sua naturalidade ,residência, idade, condição civil e estado, a fim de ser autorizada a sua vinda a medida que for possível a entrada deles.

2º Que em nenhum caso sejam remetidos alienados que se repute incuráveis, visto como o referido estabelecimento não é principalmente destinado a ser um simples asilo, mas ao tratamento e curativo desses infelizes, fim que viria a ser prejudicado com a continuação de semelhante prática, pois que nem a capacidade do edifício, nem os meios pecuniários de que aquele pode dispor, permitem a admissão de todos os alienados do Império indistintamente.

3º Que não é admissível exonerarem-se os Hospitais e Casas de Caridade das Províncias da obrigação de alimentarem e curarem, os alienados que, em virtude de suas Instituições, tiverem a seu cargo, enviando-os para o dito Hospício, salvo a respeito daqueles cujo restabelecimento só se possa esperar fundadamente do tratamento especial que neste estabelecimento é dado, e que nessas casas não é possível.

4º Que a remessa dos alienados., deve ser sempre feita por ordem de V.Ex.a. não sendo conveniente a pratica seguida pelos Provedores de algumas Casas de misericórdia de fazerem diretamente tal remessa.(BRASIL. *Circular do Ministério dos Negócios do Império – 2ª Seção*. Rio de Janeiro, em 04 de setembro de 1854, AHRS. In WADI,2002,p.46)

Este discurso ainda hoje está presente na distribuição de responsabilidades das esferas de governo, no princípio de descentralização e municipalização do SUS. Isto certamente nos remete a pensar em quanto os discursos ao longo do tempo podem ser circulares, voltando aos mesmos pontos centrais e encontrando saídas análogas.

Os relatos sobre o funcionamento do asilo são marcados de dificuldades econômicas, de espaço e de organização de uma rotina digna aos asilados. Nos relatos de Lima e Silva, os alienados eram o maior peso para os poucos recursos da instituição, pois vinham de todas as partes da província e aí ficavam abandonados – pensionistas vitalícios.

Foram tantos os relatórios de dificuldades da Santa Casa em manter os alienados, que em 1870/80 surge o apontamento da necessidade de outra instituição mais adequada para dar conta dessa demanda.

Coelho Júnior, provedor da Santa Casa a partir de 1873 inicia uma luta de convencimento para a criação de um hospício. Em 1879 é comprado o terreno – uma chácara situada na estrada Mato Grosso, longe do perímetro urbano, portanto, (atual Bento Gonçalves), e após anos de negociações e levantamento de verbas, em 29 de junho de 1884, foi inaugurado o Hospício São Pedro, uma das obras mais notáveis do Governo Imperial e cartão de visitas de Porto Alegre.

Neste momento histórico, não havia em Porto Alegre nem associações médicas nem faculdade de medicina (criada em 1898), mas no Rio de Janeiro já há 40 anos havia uma faculdade de medicina preocupada com a problemática das cidades, sob influência da medicina urbana francesa.

À medida que o hospício se organiza, a psiquiatria aplica suas práticas, mas se ressentia das necessidades que não são observadas, a fim de que possa usar todo seu conhecimento. Uma crítica diz respeito à inexistência de informações familiares e pregressas com que chegam os internos, impedindo e dificultando a realização de diagnósticos. (WADI, 2002)

Surge a necessidade de separar alienados comuns de alienados criminosos. Em 1924, foram dados os primeiros passos no sentido de criar um manicômio judiciário que teve seu prédio próprio em 1937, tendo funcionado provisoriamente durante este tempo em uma das alas do São Pedro.

A implantação das colônias agrícolas, a do Jacuí e a contígua ao hospital foram motivadas pela necessidade de gerar trabalho aos dóceis, punir os agitados, resolver a superlotação.

Em 1914, Dioclecio Pereira, então diretor do São Pedro, sugeria a criação de enfermarias especiais nos municípios a fim de agilizar a internação, poder ter uma intervenção precoce e desafogar a superlotação do hospício. Quase um século depois, discutimos hoje os leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Em 1925, Borges de Medeiros aprova o *Regulamento da assistência a alienados no Rio Grande do Sul e o Regulamento do Hospital São Pedro*, que fornecia as normas básicas da assistência, definindo o poder médico, exceto em instituições particulares.

As tentativas de tornar o trabalho no hospício como um lugar de cura não foram diferentes de outros locais já citados, como o juquery. Os recursos sempre escassos e insuficientes para conferir condições decentes de vida atravessaram o século, culminando na discussão da cronicidade das vidas ali enclausuradas.

O discurso da psiquiatria no Rio Grande do Sul, ora alia-se às autoridades, ora à sociedade, por vezes com relações antagonistas, elencando os entraves à sua eclosão enquanto

verdade. Ao mesmo tempo, podemos entender hoje o hospício como um espaço de luta da medicina psiquiátrica pela afirmação de seu saber. (WADI, 2002, p.109)

O caminho de diferenciação entre a questão política e a clínica foi o cenário do longo período de tentativas de aprimoramento do São Pedro, a psiquiatria e os trabalhadores dos hospícios iniciaram em um longo processo, no qual o Rio Grande do Sul é importante protagonista, de desconstrução dos manicômios enquanto espaços de tratamento. O Estado teve sua lei de Reforma Psiquiátrica aprovada mais de uma década antes da Lei Federal.

2.3 O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

O enfrentamento das adversidades, da falta de recursos financeiros, as superlotações, as condições desumanas, a falta de recursos humanos adequados – reivindicações que estão coladas na história do nascimento e da construção da saúde mental – dizem de uma verdadeira *luta*.

Na medida em que a psiquiatria, na primeira metade do século XX, incorporou o discurso eugênico, sua abrangência abarcou aspectos sociais. Não bastava um local próprio ao tratamento, o temor rondava o social, as classes pobres e trabalhadoras, com seus “vícios e vidas promíscuas” que demandavam atenção profilática. Passou a ser necessário intervir nas condições que poderiam desencadear a loucura, ou seja, a sociedade estava doente.

Decorre daí um certo tipo de abandono para o manicômio e a psiquiatria toma para si a normatização do social. No trabalho, na família, nas condutas sexuais, na educação das crianças, na vida que se dá, circula e se manifesta. Este é o momento das Ligas - Liga de Higiene Mental e uma época de profusão de atividades científicas, como a Classificação Brasileira das Doenças Mentais. (COSTA, 2002).

Em termos de tratamento, poucas inovações, mas cabe ressaltar o *Open-door*, bastante difundido no Brasil e que pretendia reproduzir a vida de uma comunidade rural – seja em instituições fachadas ou abertas. Daí o investimento financeiro em colônias agrícolas.

Heitor Resende, em Costa et al, faz uma leitura de que a ideologia das terapias voltadas para a atividade agrícola, artesã e artística, remontam à época pré-capitalista, na qual através deste tipo de trabalho e respeitado o tempo de cada um, as diferenças individuais não eram anuladas e sim valorizadas.(2002, p.22)

As condições precárias da vida manicomial atingiam também os trabalhadores, os quais tiveram papel decisivo através de seus movimentos e reivindicações no processo de transformação do manicômio. Inicialmente com algumas pequenas conquistas voltadas à qualidade de vida dos internos. Após, uma atitude ativa nas discussões e processos de desconstrução do manicômio.

A incorporação da psiquiatria às outras especialidades no âmbito da Assistência Médica da Previdência Social só ocorreu na década de 50. Fato possivelmente ligado à aquisição de um status de cientificidade, obtido através das medicações psicotrópicas – os anti-psicóticos (1955).

2.3.1 MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA

É nesta metade de século que as Ciências Sociais, mais especificamente a Ciência da conduta e as ciências sociais aplicadas, passam a ser utilizadas no ensino da medicina preventiva e da saúde pública; reunindo a contribuição de distintos campos do conhecimento - Sociologia, Antropologia e Psicologia social (marco teórico do funcionalismo), sob marcada influência norte-americana. (CANESQUI et al ,1995)

Na década de 70 as concepções funcionalistas entram em colapso após severas críticas que apontam a fragilidade na análise da dinâmica dos processos sociais, das condições sanitárias e da crise da medicina. Uma vertente de pensadores da Sociologia e Ciência Política latino-americana e brasileira buscou explicações do fenômeno saúde/doença nos marcos teóricos globalizantes e no materialismo histórico, fundamentos capazes de explicar as mudanças, as estruturas, às contradições da sociedade capitalista que se expandia ancorada sob forte intervenção estatal, especialmente após os anos 30 e com características peculiares à década de 70, sob o regime militar. (CANESQUI et al, 1995, p.21)

No final da década de 70, surge a Saúde Coletiva, inegavelmente uma invenção brasileira; um conjunto de saberes e de intervenções relacionadas com a questão da saúde, assim definida por Donnangelo(CANESQUI et al.,1995) com variações temáticas, distintos campos do saber e metodologias, e com uma amplitude derivada das conotações assumidas pela noção de coletivo: coletivo/meio, coletivo/conjunto de indivíduos, coletivo/interação entre elementos, coletivo como conjunto de efeitos ou conseqüências da vida social, coletivo transformado em social como campo específico de práticas.

Sob a Saúde coletiva, através da ABRASCO e suas instituições filiadas, procurava-se na década de 80 reunir distintas correntes de pensamento e práticas, entre estas a Medicina Social, o preventivismo e as tendências racionalizadoras representadas pela Saúde Pública institucionalizada em sua expressão sanitarista e aos programas de extensão da cobertura. A partir daí novos arranjos corporativos foram feitos, expandindo-se os cursos de pós-graduação, formulações e reformulações de saberes extrapolando o âmbito da universidade. Com as modificações na política de saúde ganharam espaço e incentivo às questões ligadas a gestão das políticas públicas e suas formulações, tendo ficado em segundo plano as reflexões de natureza epistemológica. De toda sorte resultou uma aproximação da saúde coletiva com a saúde pública.

Considerando a complexidade do momento político-social neste período de redemocratização, surgem vários movimentos de expressiva força que irão alavancar as mudanças na organização política do campo da saúde: Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

2.3.2 REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Sanitária vem desbancar o modelo privatista médico-assistencial, incluindo na agenda política do Estado a saúde como um *direito* de todos. Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde e suas deliberações serviram de base para a Constituição de 1988 e o nascimento do Sistema Único de Saúde, precedido pela articulação do SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde com o CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo do “movimento sanitário”, nos anos 70, gerando a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudança pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, somado aos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira vai além da sanção de novas leis e normas, do conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (BRASIL, 2005)

A Reforma Psiquiátrica é processo político-técnico e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano.

É este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema **“Por uma sociedade sem manicômios”**. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. (ONOCKO, 2006)

É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

A experiência do município de Santos passa a ser marco e referência no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2004) Inicia então um modo hegemônico de estratégias de formulações de políticas que ajudam a consolidar o processo de Reforma nos estados que já haviam formulado sua proposta de trabalhar na perspectiva da saúde mental e não mais da doença.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas (direitos humanos e civis, dignidade pessoal) e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste

período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 90% dos recursos ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

2.4 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO LUGAR ESTRATÉGICO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. (BRASIL, 2004)

Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se produz na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É portanto fundamento para a construção desta rede, a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Seu surgimento nas cidades brasileiras ocorreu na década de 80, embora só tenha passado a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual, estes serviços experimentaram grande expansão.

São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, procurando evitar internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social; regular

a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dar suporte à atenção em saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.

Os CAPS devem ser os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território tendo caráter substitutivo e não complementar ao hospital psiquiátrico cabendo-lhe o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes de maneira a fortalecer e preservar os laços sociais do usuário em seu território. (BRASIL, 2005)

Estes aspectos conferem ao CAPS o estatuto de ser o núcleo de uma nova clínica produtora de autonomia e de responsabilização, na medida em que convida o usuário a ser protagonista em toda a trajetória do seu tratamento.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. (BRASIL, 2005)

Segue aqui a descrição destes serviços e dados populacionais descritos por documento do Ministério da saúde no ano de 2005.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes - cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais

de nível médio e superior e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % por cento dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi, (infantil) especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad(álcool e outras drogas) é composta por 13 profissionais de nível médio e superior.

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, e

espera-se que este tenha condições, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que para definirá os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.

Uma vez que se trata de uma política com financiamento, a tendência foi e continua sendo a de que os municípios instalem este tipo de serviço, destinado ao tratamento dos pacientes com transtornos graves e persistentes. Em uma conferência do Fórum Nacional ocorrido em 2000, Marcos Vinícius de Oliveira Silva nos aponta um dado que indica a dimensão dos entraves a execução dos serviços substitutivos da hospitalização.

Talvez o Brasil se singularize na questão da Reforma Psiquiátrica, porque é o único país que chegou a organizar um sindicato de empresários, que chegou a ter mais de quatrocentos membros, organizados para manter as condições de venda de seu produto ao único grande comprador, o Estado Brasileiro, a Previdência e agora o Sistema Único de Saúde. Este é um dado único no mundo. Em nenhum outro lugar do mundo encontramos um sindicato de empresários, donos de estabelecimentos, pressionando as autoridades, traficando influência, fazendo lobby nos espaços políticos e sanitários, garantindo assim a permanência do sistema que foi por eles construído como de beneficiamento e lucratividade em torno da loucura das pessoas. (FORUM NACIONAL, 2000, p.15)

Sabemos que um dos entraves de execução do SUS diz respeito aos enfrentamentos de ordem econômica às corporações de classes e serviços que se viram desbancadas no mercado da saúde pelos próprios princípios do SUS e pela regulação e poder que este tem no ordenamento de todos os serviços de saúde. Na saúde mental não foi diferente, pois o mercado da loucura era lucrativo.

2.4.1 OFICINAS NARRATIVAS COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO

Ayres aborda o cuidado enquanto constructo filosófico em que se designa “uma compreensão filosófica diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica”. (2005, p.92)

Isto diz de uma ação que ocorre no mínimo entre dois sujeitos na qual o que se pretende é um alívio do sofrimento. Não se trata do fazer em si, mas da posição assumida por cada um nesta relação. Podemos então considerar que o cuidado se dá *entre*, se dá no espaço da inter-relação, pois existe um que cuida e um que é cuidado, embora as dimensões das trocas subjetivas possam subverter a direcionalidade, pois como é da relação, está em movimento – acontece.

Foucault constrói em sua genealogia o “cuidado de si” (2002) entendido não como um conjunto de princípios e pressupostos universais, mas:

Como uma espécie de tecnologia que emerge historicamente da experiência social, na forma de saberes e práticas voltados para a construção do eu e do outro na complexa teia de suas interações, nos planos público e privado. (...) nesse processo o conhecimento de si, imperativo de qualquer civilização que possamos conceber, passa a especificar, formulações do tipo: Que fazer de si mesmo? Que trabalho operar sobre si? (AYRES, 2005, p.96)

Estas interrogações estão presentes na tecitura do cotidiano do CAPS, em seus processos de reconhecimento e identificação (CERTEAU, 1996), nas trocas discursivas, uma vez que é através da linguagem que se estabelecem as relações de cuidado, na maioria das vezes por meio da interpretação que é dada às expressões da loucura de cada sujeito.

Não há como não nos remetermos a acontecimentos nos quais nos percebemos em nossa condição de existência que nos dimensiona o lugar que ocupamos para nós mesmos e para o outro, esperando que haja uma correspondência de significado, construído na interpretação subjetiva de cada um.

Para além das relações de poder/saber, existe uma força auto-constituente, a relação da força consigo:

A relação da força consigo constitui modos de existência, modos de viver. Esses modos são formas de subjetivação. Mas para que a força afete a si mesma, produzindo estilos de vida, são necessários procedimentos, exercícios, tecnologias cotidianas que conformam e transformam as possibilidades de vida, "a ênfase é dada, então, às formas das relações

consigo, aos procedimentos e às técnicas pelas quais são elaboradas, aos exercícios pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto a conhecer e às práticas que permitem transformar seu próprio modo de ser. (MENEGHEL, 2007)

Ousamos apontar um modo de ser institucional, que situa o CAPS como já foi dito como lugar estratégico da reforma que é a valorização do usuário como eixo central de sua existência. Um usuário com liberdade de circular na instituição, como um espaço seu, falar de si e de qualquer coisa que queira, encontrando ou transformando seu modo de ser.

Considerando a especificidade das pessoas que farão parte do estudo, interessa-nos entender como estas formas de subjetivação marcam a instituição formal e são por ela marcadas.

A utilização das histórias de vida, das narrações, não mais como dados de anamnese ou fatores causais das patologias mentais, como um espaço e um tempo possíveis de valorização das construções subjetivas de novas formas de existir, de cuidar, porque só podemos cuidar o que existe e existir é imprescindível; remete-nos a uma nova postura que “é mais do que um repertório de uma arte de viver e não se exerce e se deixa entrever ou entender a não ser na difícil e efêmera articulação entre experiência e expressão.”(ABRAHÃO & SOUZA, 2006,p.43)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender oficinas narrativas como inovações terapêuticas no tratamento da loucura, a partir das trocas subjetivas e da constituição de um espaço legítimo do usuário.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Confrontar a manutenção de antigos saberes com a construção de novas tecnologias de cuidado;

Contextualizar o lugar e a voz do louco na construção de seu projeto terapêutico;

Compreender os mecanismos atuais de manutenção ou rompimento da norma psiquiátrica e da ordem social.

4 METODOLOGIA

Foucault (1999) propõe que na “modernidade o caminho da psicologia, ao levar a sério suas próprias contradições se daria pela análise das condições de existência do homem e pela retomada do que há de mais humano no homem, sua história” (p. 139)

Ao resgatar a história da loucura e trabalhá-la no enunciado atual de um serviço de saúde mental, por trabalhadores e usuários, “visando compreender os significados particulares dados pelos sujeitos a fatos, relações, práticas e fenômenos do seu entorno sociocultural” (JUNGES et al, 2006) é a pesquisa qualitativa a que melhor se apresenta para a exploração dos conceitos construídos, dos sentidos atribuídos, das relações intra e interdiscursivas para alcançar os objetivos pretendidos.

A fim de trabalhar com os discursos engendrados e enunciados pelos sujeitos da pesquisa, um objetivo importante do pesquisador qualitativo é que ele se torna capaz de ver “através dos olhos daqueles que estão sendo pesquisados”. (BAUER & GASKELL, 2003, p.32)

Na *Arqueologia do Saber*, Foucault aponta para a questão de que “a unidade dos discursos sobre a loucura não estaria fundada na existência do objeto ‘loucura’[...] Além disso, a unidade dos discursos sobre a loucura seria o jogo das regras que definem as transformações, desses diferentes objetos, sua não identidade através do tempo, a ruptura que neles se produz, a descontinuidade interna que suspende sua permanência.”(1995, p.35)

Note-se que são análises de discurso sobre a loucura na história do pensamento. Neste estudo a análise se dará sobre os discursos da experiência vivida, da loucura presente no discurso dos operadores institucionais de um CAPS e no discurso dos usuários.

Esta questão nos coloca diante da possibilidade de investigação acerca não do objeto loucura, e sim na perspectiva de compreender enquanto processo como a loucura atualmente em um contexto político/clínico de saúde mental – CAPS é experimentada, construída, desconstruída, vivenciada, tanto por operadores (equipe) quanto pelos portadores de transtorno mental (usuários), na construção de um cotidiano relacional que se pretende terapêutico e inclusivo.

4.1 DAS NARRATIVAS ENQUANTO CONSTRUÇÃO DE MUNDO

Dentro do método qualitativo de pesquisa, impõe-se outro tipo de rigor, como todo o método requer. Mas um rigor que respeita ou procura respeitar as interfaces da condição subjetiva, tanto na coleta quanto na análise dos dados. Portanto a decisão da escolha da construção metodológica, dos constructos teóricos que a validam, possibilitarão os contornos da investigação científica, observados nesta construção, a clareza e o rigor com que será levada a termo a investigação em todos os seus passos.

Pretendo explorar neste trabalho as narrativas não só enquanto técnica de coleta de dados, mas enquanto método de construção subjetiva. Adam e Revaz nos apresentam um breve resgate histórico da narrativa, a qual teria tido sua primeira teorização no livro *A Poética* de Aristóteles através da análise da epopéia e da tragédia.

Quintiliano, em *Instituição Oratória- livro IV*, escrito no século I ao analisar o *narratio* (segunda parte do discurso judicial), define três qualidades da exposição dos fatos: concisão, clareza e verossimilhança. Em 1776, Bérardier de Bataut, um abade em seu *Éssai sur le récit* define a narrativa pelo seu conteúdo (exposição pormenorizada de um fato verdadeiro ou inventado) e pela sua finalidade (instruir leitores ou auditores).

Marmontel em 1787 faz a distinção entre narrativa (exposição dos fatos) e descrição (exposição das coisas). Vladimir Propp em 1928 na *Morphologie du conte* (narratologia), situa o conto maravilhoso não como um fim em si, mas como “a condição necessária para o seu estudo histórico” a partir do estabelecimento de constantes que são identificadas pela comparação-sobreposição das versões do conto. Em 1960, Claude Lévi-Strauss publica o artigo *A estrutura e a forma* que teve grande influência na difusão das teses de Propp.

No final da década de 70, a narratologia volta-se para a valorização da comunicação, deixando a simples descrição dos fatos. Mieke Bal em 1977 coloca a tônica da narratologia na complexidade da enunciação narrativa. Gérald Prince amplia a compreensão ao levar em conta o narrador, o narratário e o ato da narração.

Umberto Eco, em 1979 vai examinar como se faz a leitura de qualquer texto e como a descrição da estrutura do texto “deve ao mesmo tempo, ser a descrição dos movimentos de

leitura que este impõe” (Adam & Revaz, p.13) Aqui aparece a idéia de cooperação interpretativa.

Paul Ricoeur (1983) liberta o texto narrativo da rigidez estrutural, ao criar a tripla mimese, as três etapas da interpretação. É na relação entre a ação e o tempo que se dá a construção da narrativa, através de três níveis temporais: a pré-figuração (nível do vivido e da experiência), a configuração (nível simbólico) e a refiguração (alteridade) através da comunicação de uma experiência. (REVAZ, 1997; MENEGHEL, 2007).

É importante traçar o caminho histórico da compreensão da narrativa a fim de situá-la também em termos de compreensão no atual momento da investigação científica qualitativa. Evitar o solipsismo ou o subjetivismo estéril é tarefa da pesquisa qualitativa que deve sim sustentar-se em referências conceituais robustas, sem no entanto reduzir-se a um espectro do método quantitativo.

Porém, considerar a subjetividade dos sujeitos da pesquisa em termos de compreensão do processo de construção subjetiva e não da quantificação de conceitos e sensações é de alguma forma fazer uma opção metodológica. O traçado da investigação, da ida a campo descortina possibilidades de utilização de técnicas que sem dúvida devem atender ao máximo o objetivo da pesquisa. Esta decisão, dentro da pesquisa qualitativa está marcada pela subjetividade do pesquisador.

Bruner, em *Atos de significação* na construção que faz da “psicologia popular” tenta mostrar como os seres humanos em suas interações, formam uma noção do *canônico* e do *comum* como um pano de fundo contra o qual interpretam e dão significado narrativo às violações e afastamentos de estados “normais” da condição humana. (1997, p.65)

Situa as narrativas como um espaço de negociação e renegociação de significados. Por significado entende que é um fenômeno culturalmente intermediado que depende da existência prévia de um sistema compartilhado de símbolos – língua, que só possui significado a partir do *interpretante*.

Abrir este espaço de interpretação do vivido, para além de qualquer diagnóstico, aos portadores de transtorno mental cria um espaço de interlocução do saber científico e o ‘não-saber’ leigo de sujeitos historicamente excluídos da racionalidade. Pois este parece ser

exatamente o cenário, o contexto de construção terapêutica de um CAPS, “onde narrar es experiência cotidiana de todos, aunque no seamos concientes de ello”. (BORRAT, 2000, p.43)

Ainda de acordo com Bruner, a narrativa possui especificidades em relação a outras formas de discurso. Cita como propriedades da narrativa a seqüencialidade – significado é conferido pela seqüência do enredo; ela pode ser “real” ou “imaginária” sem perder seu poder como história, no sentido Aristotélico de *mimese* – a captura da vida em ação, uma elaboração do que aconteceu, onde o interpretante está na esfera do próprio discurso.

Outra propriedade é a de forjar ligações entre o excepcional e o comum, pois embora a cultura deva conter um conjunto de normas, ela deve também conter um conjunto de procedimentos interpretativos para tornar o abandono desta norma significativo em termos dos padrões estabelecidos pelas crenças.

A narrativa tem o poder de ensinar, conservar a memória ou alterar o passado. Num certo sentido as vidas são textos: textos sujeitos à revisão, exegese, reinterpretação. O sujeito que narra sua vida é ao mesmo tempo autor e intérprete de si mesmo. Esta condição aproxima o auto-relato a um ato de criação análogo à ficção, na medida em que o relato autobiográfico não representa o sujeito, mas o produz.

A condição narrativa remete a experiência para o campo do fictio, no sentido da permanente reelaboração, ou ainda poderíamos dizer da auto-invenção, proporcionando ao sujeito uma nova oportunidade de se apresentar, recontar e reposicionar-se tecendo/retecendo a intriga, sob os limites da discordância do destino, do tempo e do desconhecimento de si mesmo.(CARVALHO, 2003,p.298)

A produção possível do sujeito através de seu contar a cerca de si e do mundo, de seu mundo, na montagem de seus próprios contornos, nos espaços da fala, vazios contínuos ou refeitos; re-contados a cada vez. Esta é uma aventura sem dúvida em termos de pesquisa radical, pois não busca uma verdade absoluta, aliás, qual o lugar da verdade na construção narrativa que produz e é produzida pelo sujeito?

O campo da saúde coletiva ainda é pouco permeado por estas questões tão próprias das ciências sociais, e é preciso que se avance, pois não se pode mais negar que nas próprias condições de adoecimento ou saúde figuram as condições subjetivas do coletivo e do individual. (CANGUILHEM, 2002)

Bauer cita Roland Barthes, colocando que não há experiência humana que não possa ser expressa na forma de uma narrativa:

A narrativa está presente no mito, lenda, fábula, conto, novela, epopéia, história, tragédia, drama, comédia, mímica, pintura, vitrais, cinemas, histórias em quadrinho, notícias, conversação... está presente em cada idade, em cada lugar, em cada sociedade ; ela começa com a própria história da humanidade e nunca existiu, em nenhum lugar e em tempo algum, um povo sem narrativa. Ela está simplesmente ali como a própria vida. (1993:251-2 in BAUER, 2003, p.91)

Ora, se viver é narrar e narrar é construir a própria história, a auto-existência, devemos nos perguntar por que alguns sujeitos ficariam fora deste percurso? Martinez (2004) ao discorrer em como se tece uma lembrança, evoca a memória como repositório de feitos e fatos, e que nos povos ágrafos era escolhido o “pastor da memória” – encarregado de guardar o legado que seria entregue a seu sucessor.

O guardião da memória articulava fatos e sua representação, vivificando o passado para o grupo – haja vista que apenas para os loucos a memória não existe como história. Os loucos vivem o “sem tempo” de suas alucinações. A loucura não tem passado: como “tempo de loucura”. Existe “a presentificação constante de seus traumas”. Não há portanto uma memória coletiva. (FERREIRA, 2000, p.43)

Acredito que existe sim uma memória que vai além do trauma nas pessoas loucas, não na loucura em si, pois a loucura é sempre vivida por alguém. E é este tipo de experiência única e ainda amplamente rotulada que situa os sujeitos desta pesquisa.

A proposição de trabalhar através de entrevistas narrativas com pessoas que padecem de transtorno mental é exatamente a aventura de incluir o discurso narrativo das experiências de vida destes, de se pôr na escuta (PÊCHEUX, 1990) das circulações cotidianas dos excluídos da razão.

Como negar que haja uma memória coletiva dos tempos vividos no manicômio?

Em diferentes ocasiões fiquei intrigada em relação às mudanças ocorridas com pessoas em situação de vulnerabilidade, que ao contar e recontar suas histórias, subitamente deram um basta! E imprimiram outro rumo a suas vidas, rompendo com situações de assujeitamento, muitas vezes de longa duração. (MENEGHEL, 2007)

As mudanças ocorridas no discurso das ciências e dos profissionais que tratam das doenças mentais no sentido da dimensão dos direitos destes, abrem novos espaços de interlocução, de dialogicidade, de reinterpretação do próprio fazer técnico, e principalmente de aprendizado ao considerar o usuário como protagonista de seu tratamento e por que não de sua vida?

A entrevista narrativa se apresenta como uma possibilidade deste tipo de investigação e com estes sujeitos uma vez que não está interessada na factualidade, na veracidade das informações, e sim na tecitura e sentido atribuído ao discurso narrado.

O cotidiano terapêutico de um Centro de Atenção Psicossocial é uma invenção constante de uma nova forma de convivência, de um novo estatuto da loucura, do estatuto cidadão. As tramas narrativas e discursivas que ali são tecidas entre usuários e equipe parece ser o grande instrumento revolucionário na construção cotidiana da reforma psiquiátrica, de um novo modelo em saúde mental.

Vivir el presente como interacción o red de interacciones, recordar y esperar, verbos de conjugación diária y reiterada em La vida de todos, dimensiones y entrecruzadas de La temporalidad, es *narrar, narrarme, ser narrado por otros, narrar-nos a todos como participantes de tramas multiples pobladas de elencos cambiantes donde el personaje constante, siempre protagonista, es El "yo" de cada uno.* (BORRAT, 2000, p.43)

Ao buscar a narrativa como dispositivo para entender como se constrói o cuidado na relação dos operadores com os loucos, pensamos que a narrativa pode se constituir por si só em uma prática de cuidado, na medida em que o efeito da escuta das narrativas permite ao narrador, a apropriação de sua vida ou de pedaços dela.

Cito aqui trechos da história de Maria, *a louca de Minas que desnudou a psiquiatria*, história relatada por Hiram Firmino, jornalista que acreditou na cura da esquizofrenia:

Esta é a terceira vez que me internam: duas na clínica Nossa Senhora das Graças e agora aqui. Todas as vezes foi sem eu saber. Armaram o laço, mas não laço para pegar cavalo bravo. São laços de amor, para verem a minha cura. E eu fico muito grata. Só na hora em que a gente vê que está presa que dá uma revolta danada(...) Num lugar assim é que a gente vê tanta miséria nas pessoas humanas. Sabe o que é pessoa humana? É pessoa que é gente, com defeitos e qualidades, com amor, um pouco de dor, de saudade, de amizade, de compreensão, de vida vivida, de religião, de cooperação, de alegria, de tristeza, de inveja e de ciúme. Afinal, com pontos positivos e negativos. Nós que somos gente precisamos entender as pessoas, cativá-las, amá-las com amor. Precisamos descobrir o porquê das coisas, dos acontecimentos, do contrário não teremos condições de caminhar juntos. (1986, p.56)

Este registro só foi possível porque Maria escreveu a alguém a quem importava, e não foi a seu médico ou a alguém do hospital. E nos atuais CAPS, podemos nos interrogar qual a escuta, qual a importância das construções orais, literárias, de vida de nossos loucos?

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os CAPS desde o ano 2000 passaram a ser uma Política Pública Nacional do Sistema Único de Saúde, dentre outros serviços estratégicos no movimento de desinstitucionalização, com financiamento do Governo Federal como serviço substitutivo ao manicômio.

A instituição que fará parte desta pesquisa é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Canela, cidade localizada na região da serra do Rio Grande do Sul. A semente da criação do CAPS de Canela foram oficinas terapêuticas que funcionavam em local cedido pela Secretaria de Assistência Social no ano de 2003. Ao final do ano de 2004, pactuado o interesse do município de instalar um CAPS em reunião da Bipartite onde são discutidas e pactuadas ações entre gestores, Canela foi contemplada, e de acordo com o último senso conta com uma população em torno de 40.000 habitantes. Em março de 2004 foi inaugurado o CAPS de Canela, mas seu credenciamento só foi aprovado em dezembro de 2006, tendo durante este tempo funcionado com recursos exclusivos do município.

O CAPS atende atualmente cerca de 130 pacientes em suas diferentes modalidades e embora existam atividades previstas e planejadas, dentro do que é possível planejar, o CAPS funciona como uma invenção cotidiana, uma invenção de bem estar, uma invenção terapêutica para todos, pois tanto serve ao sofrimento do usuário quanto ao do trabalhador em saúde mental e embora existam alguns panos de fundo teórico/políticos, passamos todos por uma série de deslocamentos e de re-significações:

Não é para recuperar socialmente nem para retomar a realidade perdida [...] Não se trata de simples reintegração social, nem de retomar à loucura antes de seu confinamento histórico. A convivência com o que o doente mental tem de louco, a arte de viver nesse limiar faz emergir formas de sociabilidade que operam deslocamento no plano moral, jurídico, estético, político e histórico. (LANCETTI, 1989, p.145)

Criar, permitir situações, momentos, por vezes quase artesanais e estar aberto às produções inusitadas que nos instigam novos deslocamentos não é algo de fácil assimilação, porque desestabiliza o saber/poder dos profissionais e nos obriga a re-inventar o espaço institucional.

4.3- SUJEITOS DA PESQUISA

Farão parte deste estudo:

- usuários portadores de transtorno mental.

Quanto aos usuários

A coleta dos dados será feita pela gravação das produções narrativas da oficina de contos e narrativas na perspectiva da construção coletiva . Esta oficina usará por dinâmica a leitura de contos, histórias ou textos em grupo a fim de suscitar discussões que promovam o surgimento das narrativas e histórias por parte dos usuários acerca daquilo que vivem, de seus dilemas, suas crenças, suas dúvidas, enfim de seu existir.

Quanto ao número de sujeitos, acreditamos que sejam em torno de seis a dez, uma vez que este tipo de oficina não permite um grande número de participantes a fim de que tanto a palavra quanto a escuta circulem.

4.4 O PROCESSO DE ANÁLISE

A análise narrativa foi escolhida por contemplar a complexidade de seus elementos sem incorrer em reducionismos de conteúdo.

Cito aqui como características chave desta perspectiva analítica a definição usada por Bauer (1995):

Mantém uma postura crítica em relação ao conhecimento dado e aceito sem discussão. É um ceticismo quanto à visão de que as nossas observações do mundo nos revelam sua autêntica natureza.

Por possibilitar o reconhecimento de que nossa compreensão do mundo é histórica e culturalmente específica e relativa, tendo a convicção de que o conhecimento é socialmente construído, determinado pelos processos sociais e não pela natureza do mundo em si.

Tendo o compromisso de explorar as maneiras pelas quais os conhecimentos estão ligados à ações/práticas (FERLA, 2002).

O presente só existe porque o passado o antecede, portanto entender as repetições, as contradições, as inovações do discurso no cotidiano, a partir do louco e de quem o “cuida” nos possibilitarão entender como acontece o fazer atual em saúde mental.

Cada sociedad tiene, en términos de Foucault, su régimen de verdad, esto es, los tipos de discurso que acepta y hace funcionar como tal, los mecanismos e instancias que nos ayudan a distinguir entre lo verdadero y lo falso. Foucault considera que fenómenos sociales como ‘la verdad’ se constituyen desde/por/para el poder: “‘La verdad’ está imbricada en una relación circular con sistemas de poder que la producen y la sustentan, y con los efectos del poder que esta induce y expande.” (Foucault 1984, p.74). Al hablar de regímenes de verdad, Foucault conecta los conceptos de ‘saber’ y ‘poder’: el saber asume, combinado con el poder, la autoridad de ‘la verdad’ (IÑIGUEZ, 2006, p.33)

Será necessário proceder a desconstrução na análise dos repertórios discursivos para compreender que verdade(s) estamos construindo ou sustentando a partir do pressuposto de que é o próprio louco o ator legítimo a nos apontar a clareza do percurso, da direção do caminho e a intensidade de nossos passos, no que se refere à nossa capacidade de compreensão e do não-assujeitamento do sofrimento psíquico em nome da institucionalização, exploraremos os encontros e desencontros, as manutenções e modificações das práticas do SUS em saúde mental neste momento histórico.

Connelly & Clandinin entendem que “a narrativa es tanto el fenómeno que se investiga como el método de la investigación”(1995,p.12).Por ser uma forma de caracterizar os fenômenos da experiência humana ao levarmos vidas relatadas e contarmos as histórias destas vidas, sendo que esta questão de nossa própria natureza enquanto seres de linguagem e

comunicação, enquanto que “los investigadores narrativos buscan describir esas vidas, recoger y contar historias sobre ellas, y describir relatos de la experiencia.”(1995, p.12)

Apresenta-se então a questão de como tratar a estes dados, sem correr o risco de considerá-los apenas como descritores e sim entender as relações que estabelecemos a partir das unidades narrativas de nossas vidas, pensando no compartilhamento narrativo que é construído e que também constrói as relações.

Dar voz à loucura, no sentido de permitir esta enunciação, ou ao usuário de um serviço de saúde mental que padece de loucura pressupõe que deva existir uma relação terapêutica que não é da ordem do poder-saber, e que só pode operar desde um lugar em que prestemos atenção à forma como nos situamos a nós mesmos em relação com as pessoas às quais trabalhamos, nas palavras de Brizman:

La voz es el sentido que reside en el individuo y que le permite participar en una comunidad....La lucha por la voz empieza cuando una persona intenta comunicar sentido a alguien. Parte de ese proceso incluye encontrar las palabras, hablar por uno mismo y sentirse oído por otros...La voz sugiere relaciones: La relación del individuo con el sentido de su experiencia y la relación del individuo con el otro, ya que la comprensión es un proceso social (LARROSA, 1995, p.20)

Após a coleta dos dados estes serão degravados, transcritos em sua totalidade e passarão a ser analisados através da leitura dos mesmos, tantas vezes quanto se fizer necessário.

Quanto à saturação dos dados, entende-se hoje que há uma relação direta ao fôlego do pesquisador, e que esta saturação se daria no momento em que os dados começam a se repetir, porém como serão sujeitos portadores de transtorno mental, não sabemos se a lógica da repetição ocorrerá de mesma forma.

Serão analisadas as variabilidades discursivas, a fim de analisar sua funcionalidade e efeitos desta que vão bem além da descrição. E enquanto elementos essenciais na construção das versões os repertórios interpretativos utilizados. (WETHEREL Y POTTER, 1996)

Por se tratar de uma análise narrativa que se volta sobre um determinado fazer (práxis/intervenção) buscando o como estamos fazendo. (RODRIGUES, 2005), não há como fugir da interpretação e esta traz em si o traçado subjetivo daquele que pesquisa, que procura e que também ao analisar constrói um outro discurso, num processo ao mesmo tempo de produção e análise.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo faz parte da pesquisa intitulada *Histórias & artes na promoção da vida*, a qual possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, nº 05/018 por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde. (ANEXO 1)

Quanto ao Município será colhida carta de anuência do Gestor da Secretaria de Saúde, da Coordenação do CAPS, e termo de consentimento dos usuários (ANEXO 2), sendo assinado por eles mesmos, uma vez que se trabalha na perspectiva da conquista da cidadania e esta pressupõe a garantia de direitos civis e sociais e estímulo ao *empowerment*..(VASCONCELOS, 2006)

Cabe ressaltar que em relação aos usuários e devido a estes serem portadores de transtorno mental, qualquer possibilidade que venha a ocorrer em sua condição psíquica, relacionada às repercussões do método do estudo, será discutida em equipe para tomada de decisão conjunta.

Os portadores de transtorno mental nem sempre apresentam condições de elaboração de pensamento que não os façam sofrer ou desorganizar-se psiquicamente, isto é próprio já de sua patologia e de suas condições pessoais. Ocorre que todo novo trabalho empreendido no CAPS é avaliado em termos de poder conter algum material que seja ansiogênico, o que contribuiria para esta desorganização psíquica. Os efeitos do estudo serão avaliados em termos de impacto nos participantes como qualquer nova atividade.

Os resultados da análise das narrativas em seu momento final serão discutidos com os usuários e equipe, visando ampliar a compreensão e construção de conhecimento sobre a própria práxis.

Situo aqui, na dimensão ética minha implicação com o local de estudo assim como com os sujeitos, por fazer parte da equipe e ter participado da construção deste trabalho; declaro estar implicada da forma mais legítima possível, o que hoje não mais é considerado fator impeditivo à isenção do pesquisador, ao contrário, quanto mais se conhece o objeto mais promissores podem ser os achados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, M.H.M.B.; SOUZA, E. (orgs) *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Porto Alegre/Salvador: EDIPUCRS, EDUNEB, 2006.

ADAM, Jean-Michel & REVAZ, Françoise. *A análise da Narrativa*. MEMO: Gradiva, 1997.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AYRES, José R. de C. M. *Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde*. In : Coimbra, A.E.C; Minayo, S.C.M. *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P 91-107

BARRETO, F. P. *Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BASÁGLIA, F. *La institución Negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral editores, 1972.

BAUER, M. W. ; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, Imagem e Som*. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

BENJAMIN, Walter. *O Narrador*. In: Adorno, Benjamin, Habermas. *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

BORRAT, H. *El primado del Relato*. Quaderns de comunicació i cultura. Bellaterra. Universitat Autònoma de Barcelona, N.25(2000) p.41-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE.Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. 5 ed. Brasília, 2004. (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.(b)

BRUNER, Jerome. *Atos de Significação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CAMPOS, G.W.S. *A Saúde Pública e a defesa da Vida*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991.

CANESQUI, Ana Maria. (org) *Dilemas e Desafios das Ciências sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-abrasco, 1995.

CANGUILHEM. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2002.

CARVALHO, I.C.M. *Biografia, Identidade e Narrativa: elementos para uma análise hermenêutica*. Horizontes Antropológicos[on line]. 2003. Vol.9. nº19.pp.238-302. Acessado por <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&prd=S0104-7183>>

CERTEAU, M. et al. *A Invenção do Cotidiano*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério A. (org.) *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde mental no Brasil*.

CUNHA, Clementina. P. *O Espelho do Mundo- Juquery, a história de um asilo*.Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____,Clementina.P. *Cidadelas da Ordem. A doença Mental na República*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

FERLA, A.A; FAGUNDES (org.) *O Fazer em Saúde Coletiva: Inovações da atenção em saúde no Rio Grande do Sul*. RS: Dacasa Editora, 2002.

FERREIRA, A. & GROSSI, Yone. *A narrativa na trama da subjetividade: perspectivas e desafios*. *História Oral*. Revista da Associação Brasileira de História Oral, (7), junho 2004:41-59.

FIRMINO, H. *A Lucidez da Loucura - A "Via-crucis" de Maria, a louca de Minas que desnudou a psiquiatria*. Petrópolis : Vozes, 1986.

FORUM NACIONAL. *Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectiva e Prioridades*. Brasília: Petry, 2000.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva S.A., 1989.

_____, M. *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

_____, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

IÑIGUEZ, L. *Análise del Discurso*. Texto ministrado no Doctorado em Psicologia Social. Universidade Autônoma de Barcelona. 2005/2006.

JUNGES, J. R.; SELLI, L. MENEGHEL, S. *Epistemologia da Pesquisa Qualitativa: o princípio da coerência metodológica*. São Leopoldo: UNISINOS. 2006(mimeo)

LANCETTI, A.(dir.). *SAÚDELOUCURA 1.2ª ed*. São Paulo:HUCITEC,1989.

LANCETTI, A.(dir.). *SAÚDELOUCURA 2. 3ª ed*. São Paulo: HUCITEC, 1991.

LARROSA, J. e cols. *Déjame que te cuente - ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona: Editorial Laertes, 1995.

MACHADO, R. et. al. *Danação da Norma. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENEGHEL, Stela. *O Cuidado de si segundo Foucault*. São Leopoldo, 200_.

_____. *HISTÓRIA DE VIDA DE UMA PESQUISADORA – O lado sujo do trabalho de campo*. Artigo ainda sem publicação, UNISINOS, 2007.

MERHY, E. E. ; ONOCKO, T. R. (org.) *Agir em Saúde. Um desafio para o Público*. São Paulo : HUCITEC, 1997.

ONOCKO, T.R *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde*. Cad. De Saúde Pública. V.22 n.5. Rio de Janeiro, maio de 2006.

PÊCHEUX, Michel. *O Discurso. Estrutura ou Acontecimento*. Campinas, SP: Pontes, 1990.

PITTA, Ana. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo : HUCITEC, 2001.

RICOEUR, P. *Tempo e Narrativa* São Paulo: Papyrus, 1994. (Tomo I).

RODRIGUES, H. de B.C. *A Psicologia Social como especialidade: paradoxos do mundo psi*. Psicologia & Sociedade, 17(1): 17-28; jan/abr.2005

ROSÁRIO, N.C. (org.). *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes - ABRASCO, 1987.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Bases Teórico-Metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*. Porto Alegre: Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, 2001.

VASCONCELOS, E..M.(org) *Saúde Mental e Serviço Social*. 3ª ed. São Paulo: CORTEZ, 2006.

WADI, Marmitt Y. *Palácio para guardar doidos*. Uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 2002.

WETHEREL, M. y POTTER,J. *El Analises del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos*. In Gordo AJ & Linazza JL (org). *Psicologias, discursos y poder*. Madrid: Visor, 1996 p. 63-78.

ANEXO 1



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 020/2005

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Número: N.º CEP 05/018


Coordenadora: Prof. Stela Nazareth Meneghel

Título: *Histórias & artes na promoção da vida em São Leopoldo/RS*

Parecer: o projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 96/96, item VII.13, letra d.

São Leopoldo, 08 de junho de 2005.


Prof. José Roque Funges
Coordenador CEP/UNISINOS

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Todos os dados e informações obtidos a partir da pesquisa serão utilizados para fins de estudo e os participantes não serão identificados. O objetivo da pesquisa é compreender as produções narrativas em sua dinâmica cotidiana enquanto dispositivo de cuidado em saúde mental. Esta pesquisa não traz risco ou desconforto e a sua participação é absolutamente livre, não implicando em nenhum tipo de constrangimento para a pessoa que se recusar a participar. Em qualquer momento da pesquisa serão fornecidos esclarecimentos e, além disso, o participante pode se retirar do estudo quando desejar, sem que isto acarrete qualquer tipo de prejuízo.

As atividades serão desenvolvidas por uma pesquisadora, membro da equipe local, coordenada pela professora Stela Meneghel, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS (telefone de contato: 5192946704

Eu, _____ pelo presente
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa.

Data: __/__/____.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

Este documento será emitido em duas vias, ficando uma delas com os pesquisadores e a outra será arquivada junto ao CAPS.

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO

OFICINAS DE NARRATIVAS

Quando iniciaram as gravações da oficina, com o consentimento dos membros do grupo, já haviam ocorrido alguns encontros, mas o desenho deste espaço estava ainda em esboço, em experimentação pelo grupo, sendo constituído a cada encontro, a cada idéia.

A escolha ou indicação dos participantes foi feita em reunião de equipe – momento balizador das práticas existentes e novas. Houve a preocupação sobre a capacidade dos participantes, de entendimento, condições de simbolizar, de imaginar.

Sobre as discussões da/em equipe, por mais críticas que se proponham as posições, constantemente tenho a impressão de que ficamos criando e construindo saberes próprios, o problema é que estes costumam funcionar como verdadeiras amarras. Mas é o compartilhamento destas construções que dão o corpo da consistência do trabalho. Os laços e prisões teóricas de cada área de que se compõe a equipe, que se pretende interdisciplinar, circulam nas narrativas cultas do saber científico, de fronteiras bem demarcadas (especificidades) e por mais que os silêncios tentem negar, por graus de hierarquia (que se disciplinam entre si).

Os saberes ‘psi’ batem o martelo, e congratulam-se entre si, já que existem mais profissionais destas áreas; num movimento de desvalorização de outros saberes – sociais, terapia ocupacional, enfermagem. Neste jogo de forças as munições são várias, mas como o caminho suposto é o consenso, este, mesmo sendo obtido a partir de relações desiguais, parece apaziguar as dúvidas sobre a construção deste novo cotidiano que é o CAPS.

A oficina de contos já havia sido sinalizada há algum tempo, tendo sido recebida pela equipe como interessante e instigante, embora parecesse um espaço não muito bem delimitado, tendo havido uma série de questionamentos quanto a objetivos, direção, benefícios, etc... Não nos damos conta das tentativas e manobras de controle que exercemos cotidianamente sobre nossas ações, pois falamos o tempo todo em “inclusão”, “cidadania”, “autonomia”, mas permitir simplesmente a existência a partir dela mesma de algo que se pretenda simplesmente existir, isto parece um contra-senso. É como deixar o paciente solto e

livre para seus devaneios e delírios: será um perigo? A quem ou a que? Era exatamente este o ponto que eu me propunha alcançar. Permitir a existência de um espaço de tempo em que a produção narrativa é livre, em que paciente e terapeuta estão em grau de igualdade para criar e aprender um com o outro. Utópico? Diria que apenas subversivo ao saber científico.

Trabalhar com a dimensão do “não saber”, no sentido de se estar aberto à produção de um novo saber, da não certeza absoluta de ter o controle sobre a situação parece um caminho possível de se abrir à dimensão do outro. Não o outro esperado, instituído, diagnosticado; sim o outro ele mesmo, como é, como se faz existir, se constrói e seu inverso. O espaço da surpresa da existência descortina novas e possíveis existências, sejam imaginárias, reais ou simbólicas. A narrativa, a linguagem, embala o desejo de arriscar-se a existir além do transtorno – rótulo sócio-cultural de marcas profundas e cerceadoras do auto-reconhecimento, da auto-valorização.

DINÂMICA DA OFICINA DE CONTOS E NARRATIVAS

Os pacientes/usuários foram convidados a participarem desta nova oficina que iria começar. Mostraram-se curiosos e ao mesmo tempo receosos. Muito intrigante, tinham a mesma preocupação da equipe – será que eu vou conseguir entender? Foi-lhes informado que seria uma oficina na qual leríamos um conto, fábula, texto ou história e que a partir daí conversaríamos aquilo que surgisse. Também acharam vago... mas seus olhos brilharam: iriam não só participar, mas criar algo. Alguns tiveram medo de participar de um grupo, não sabiam quais seriam suas reações ou as do grupo.

Alguns já haviam participado de outras oficinas e logo perceberam que era uma proposta diferente. As demais oficinas oferecidas têm toda uma preocupação com a subjetividade e singularidade de cada um. Geralmente centram-se em algum fazer, em alguma produção de materiais, objetos ou artística: portanto envolve um fazer, um preenchimento do tempo, um início, meio e fim; ou em estar à margem quando não há um engajamento em alguma proposta de atividade.

No primeiro encontro (oficina) levei como proposta um conto atual intitulado “A Ilha”, que fazia uma descrição geológica desta formação da natureza e traçava um paralelo com as emoções e modos de vida. O grupo se entreolhava observando as reações, alguns

esboçaram dificuldade de entendimento e concentração diante do texto. Havia, penso eu, certa expectativa quanto ao grau de inteligência e compreensão de cada um. Então aos poucos o grupo se pôs a falar: do texto, do que o texto os fazia lembrar, de momentos de suas vidas, de seus familiares, filhos, casamentos, internações, prisões, de tudo.

Foi feita uma grande descoberta por todos nós. Não importava a escolaridade (a não ser para a leitura), o texto servia de base para várias interações. A partir daí os textos foram aleatoriamente sendo escolhidos. Alguns tiveram grande impacto nas discussões, outros simplesmente foram quase que esquecidos e a conversa foi para outros rumos. Finalizávamos os encontros muitas vezes sem respostas ou com mais perguntas sobre as questões colocadas, mas sem o compromisso de fechá-las.

De minha parte acredito que houve aprendizado por parte do grupo, e aí me incluo. Houve um crescente interesse em escutar o outro, e uma compreensão de que as coisas da vida também não se fecham, não estancam, não estão prontas. Iniciaram construções filosóficas sobre as diferenças e semelhanças de suas histórias. O valor terapêutico estava nas trocas. O lugar da interpretação circulava, assim como o da ajuda e do cuidado.

As oficinas iniciaram em novembro de 2007 com periodicidade quinzenal. Para o estudo foram utilizados seis encontros. As oficinas continuam ocorrendo. Cada encontro é um novo reorganizar de pessoas, pois os participantes nem sempre foram os mesmos. Os encontros gravados ocorreram até fevereiro de 2008, após dei início à degravação e à leitura do material produzido. Foram feitas várias leituras sobre as narrativas produzidas o que dimensiona um novo diálogo e uma nova interpretação que é a do pesquisador com o texto.

E foi então produzido uma nova narrativa que é esta apresentada como relatório de investigação.

ENCONTRO I

Os nomes atribuídos aos pacientes/usuários são de personagens da mitologia, uma espécie de batismo da angústia, por possuírem sentimentos e características semelhantes. Estes nomes foram dados por mim quando iniciei a análise do material. Eles não tiveram conhecimento deste batismo. Este foi o primeiro encontro gravado.

Início por uma oficina em que o texto era a narrativa de uma história de cada um. Há um componente trágico, ou muito próximo à intensidade de emoções das tragédias gregas em que o sofrimento ocupa um lugar central.

Cronos (Deus do Tempo) fala com estranhamento de coisas que lhe acontecem. De coisas que ele mesmo faz e esquece. De objetos seus perdidos na própria casa – seu relógio. Não tem mais como saber o tempo, o tempo das coisas, e isto está diretamente ligado à sua memória (mnese) que esquece o lugar das coisas.

Casado, 52 anos, 2 filhos, uma neta, adoeceu há cerca de três anos. Não consegue mais trabalhar, isola-se em casa, seu corpo não é mais o mesmo, tem dificuldade de equilíbrio, tremores intensos nas mãos. Já tentou suicídio quatro vezes, mas pensou muitas vezes mais. Sofre muito por pensar que não voltará a ser como era antes, então não sabe agora quem é, só sabe que não é mais...

Cronos ao contar este trecho atual sente-se perdido, não sabe mais quem é, perdeu-se no tempo de sua própria vida. Que vida? Só consegue pensar naquilo que não é mais, deixou de ser, por quê? O que aconteceu? O relógio está perdido...

A memória é uma preocupação geral, ela é quase uma entidade, está acima de todos e parece reger muitas coisas ao seu bel prazer. O sentimento é ser traído por ela. Ela, a memória vive pregando peças.

Ártemis (coração da caçadora solitária) vive escondendo as coisas de si. Conta que, quando pequena, destruía os ‘santos’(imagens de santo) da mãe. Destruía as coisas, cortava, rasgava, batia, tentava destruir a si mesma (ao machucar-se). Seus pais achavam que baixava um espírito, levavam-na para benzer. Sentia muita “raiva”.

26 anos, casada, dois filhos: 6 e 4 anos. Insegurança e medo de tudo, pavor de doença, violenta com os filhos, vítima de violência doméstica. Teve várias internações em hospital geral. Suas crises são prenunciadas por vômitos freqüentes.

Conta de automutilações, “contando, tô lembrando o que eu fazia”, “cortava as pernas com faca”. “Quando minha mãe me xingava, alguma coisa, eu fui uma vez prum morro fiquei sozinha lá e nossa, eu peguei duas pedras e taquei tanto, tanto na cabeça aquelas pedras...tenho caroço até hoje”. Identifica estes episódios já como sua doença, embora na época não soubesse. Voltou a ter as crises após o nascimento da filha.

Cronos conta de uma martelada que levou na cabeça quando pequeno – que tem um “buraco” na cabeça, que teve disritmia até os 18 anos, várias convulsões.

As marcas referidas na *cabeça*, produzidas por pancadas, talvez ajudem a identificar no corpo a marca do estigma de ter uma cabeça que parece funcionar diferente, às vezes não muito bem.

Mas surgem, na narrativa, outras marcas. Uma fragilidade, desproteção, uma certa incapacidade de reagir a uma situação de agressão – “não consigo me vingar de ninguém” - vingar aqui no sentido de não aceitar passivamente. E aí uma surpresa. *Ártemis*, que se sente impotente em relação a uma mãe que o tempo todo lhe critica, esboça uma reação, conta que diante de mais uma crítica da mãe disse-lhe que esta fizesse, então, ao invés de ficar lhe mandando. Mas a culpa foi maior, a mãe adoeceu. Só conseguiu dizer apoiada no que o grupo havia anteriormente lhe dito, que não aceitasse tudo simplesmente. Ao mesmo tempo *Ártemis* não poupa sua ira sobre o corpo do filho, que não tem como se defender: “arrastei ele pela rua, arrastei batendo, batendo... ele me tirou do sério”.

Há uma série de narrativas nosográficas (nosológicas) de doenças suas e de familiares e um temor em “herdar” também estas doenças. São narrados casos como um despedaçamento do corpo e da vida. “Feridas abertas” que não “curam” oriundas de “erros médicos”, órgão que deixa de funcionar, tratamentos, cuidados, dificuldades de acesso ao atendimento, ao bom atendimento. Reforça-se o mito médico, o poder da cura ou da morte, a importância da medicação e as dificuldades em consegui-la – está faltando no SUS.

O sono é embalado não por *Morfeu*, mas pelo diasepan, e este quase não funciona; “então eu ando quilômetros”, dentro da casa, sem sair do lugar.

ENCONTRO II

O grupo já está se conhecendo e alguns costumam chegar mais cedo, ficam pelo pátio fumando e conversando. Ao final dos encontros costumamos fazer um lanche e neste tempo a conversa rola solta, frouxa e vamos nos conhecendo mais.

TEXTO: DESCONHECER (Lúcio Corteletti)

O homem na esquina deseja narrar o fim do mundo.

Exerce o ofício pelo preço de uma moeda que, no toque, diz anunciar o metal corroído da caneca então vazia. O que vale é a explicação apaixonada dos versículos. A placa pendurada faz de sua apresentação uma conversa direta. Profeta. A barba grossa, os dentes faltosos, o suor, as olheiras. É o destaque. Não suficiente, porém para que parem e o escutem. Estão indo e vindo, as pessoas, com tantos compromissos quanto suas suposições equivocadas. Ter o final, ao alcance das mãos, fácil para desprezá-lo, singelo, num sujo rosto mendigo, é uma sensação que desfrutam alheios á conta, alheios ao valor devido; como a respiração para o ar. Sequer agradecem movendo as cabeças em afirmativa. Esses que passam... Sequer funcionam.

Há horas para se matar. Não ali. Não com ele. Evidente que não. É duro. Eu o vejo. Observo o vai-vem. Caos e ordenação dos clichês. Escrevo linhas de um pesadelo qualquer que descarto, aumentando o morro de papel que se acumula na lixeira de quina. Envelheci. Para mim, a esta altura, o conhecimento de que o ruído das folhas compactas inundando o chão não será irritante o bastante para que reclamem no andar inferior, por si só, me trás satisfação quase plena. Calcule isso. Respiro fundo, tento me convencer de que não é coisa pouca. Lembro do mês distante, quando posicionei a mesa na beira da janela, fazendo subir em procissão um grupo de fiéis egoístas do silêncio, os que reclamavam dum suposto insuportável arranhar na madeira. Eles tinham conhecimento de causa, da causa irritação; certo? Quase puseram a porta derrubada. Oh, eles eram ameaçadores e soprariam. No fim, após os jogos de cena, fitaram os pés, ligeiramente envergonhados em terem incomodado um senhor de idade (que levava a morte pendurada num ombro, feito um ventríloquo obscuro). Um velho que permitia a seus parafusos soltos a diversão de rolar escada abaixo.

A moral (e sempre há uma?): o grupo deixou claro sua opinião; a quem julgava pertencer a culpa pelo desentendimento. Fizeram assim, em frases baixas seguintes ao estágio de pena, pensando talvez ser aquele outro idoso sem audição, incapaz de estar atento é

difamação que ia pela descida. Não poderiam estar mais certos. Não fosse eu um estranho recluso, saindo na penumbra quando muito – disseram – o alvoroço seria evitado e – acrescento – todos estaríamos confortáveis na linha de rotina cega. Efêmeros. Maravilha. Incoerentes, todos eles. É o que são, os malditos.

Compreenda: no meu caso discrição fora um pecado. Para o indivíduo na rua com a plaqueta, o espaçoso sedento por contar o apocalipse; louco por atenção rasteira... Para ele valia o inverso. Oras, que se decidam. Aprendi minha lição; há um modo malicioso queira ou não, de se justificar qualquer egoísmo. Isso sim é muito claro.

Lá embaixo está o prestador do serviço essencial, ignorado, debatendo-se, de joelhos num chão de paralelepípedos irregulares que fere a pele sob malha fina; ou num altar improvisado em caixotes de feira empilhados. Ele aponta o céu que trará chuva terminal de fogo. Esbraveja. Meu amigo é o indivíduo sendo desconhecido. O sol afoga para se pôr. Libera cores laranjas por detrás da fumaça densa que consome e faz de tudo – e um bocado mais – um borrão de cinza. O volume de carros e pedestres aumenta. O nome estrangeiro do horário se repete por ser gostoso.

Fecho meus olhos e reencontro velhos colegas; estão dizendo como farão na velhice; contando planos de mudança para o interior pacato, explicando como se deve investir dinheiro acumulado. Atravessam meu pensamento, feito as espadas do ilusionista preso no quadrado. Quisera eu ter sócias espalhados no palco. No limbo, onde se deitam as coisas sem valor. Talvez fumaça e espelhos que me resolvessem. Está aí meu amigo, o indivíduo sendo desconhecido. Acordo do hiato com o estrondo colossal, uma explosão seca vinda desde o embaralho das ruas. O mundo real retorna, convenientemente, justo quando os velhos colegas iniciariam o discurso manjado em meu devaneio, a fim de me convencer a largar da idéia de reclusão urbana. Por teimosia, venho ignorando a sugestão; lá se foi o tempo quando ainda eram carne, ossos e agradecimentos, não espectros distantes exclusivos. No momento fantasioso em que se cogita hesitar; hesitei, deixando para depois outra leitura daqueles lábios persuasivos. Família é um erro, eu dissera, anos, muitos anos antes.

Responsabilidade poda o cidadão, faz pensar no que se diz. Reprime. “Publique suas bobagens com dinheiro do governo” Restou-me o quarto solitário. Estão tratando o corpo na rua. Após um estouro as vítimas são recolhidas. É o que fazem as pessoas. De longe me parece um jovem, não consigo identificar. Posso me inclinar sobre a vista, a salvo pela janela

contra mosquitos que impede minha queda no buraco da janela...É o que faço. Não há certeza. Navegar é preciso, e só isso o é. O resto é especulação, farofa, poeira, qualquer coisa assim. Pondero, pode ser uma mulher, quem sabe, de cabelos curtos, mesmo uma criança mais crescida. O cidadão corcunda abandona sua posição, na banca de jornal e levanta o dedo para o semáforo; a chave do enigma. Desta feita, o estrépito não era a fome do trovão derradeiro do fim do mundo, mas um acidente motorizado somente. He! Decepção.

A multidão, antes ao redor do carro, move-se em bloco; escoltando o corpo molenga que é carregado sem cuidados devidos até o automóvel de um voluntário, certamente em vias de seguir para o pronto socorro. O hospital chama-se São Lucas, irrelevante. A saída da ambulância improvisada é sonorizada por aplausos. O foco muda e a atenção se volta ao motoqueiro. Em sua jaqueta, há rasgos longitudinais avermelhados, sangue de arranhão. Vermelho é sempre belo e gosto de pensar que a dor desta beleza não me escapa.. lembrei-me de certa história que escrevi no passado: “ Vermelho é o você dirá ao se encontrar com o Rei do Crepúsculo”. Bem, ele, o rapaz da moto, caminha. Está consciente e com boa disposição. Confere de perto o carro que atingiu o poste. Ergue o capacete e o beija agradecido. Parece tranqüilo em relação aos seus procedimentos, prévios ao acidente, mas não me convence. Meu veredicto sobre quem avançou a vez irá aguardar.

O homem de placa pendurada se afasta. Cabisbaixo. Chuta pedrinhas sem orientação. Uma criança insatisfeita com o castigo. Sugere a mim que o pobre diabo imagina tudo ser coincidência conspiratória; de certa forma, um expediente arquitetado em detalhes que o faz sucumbir na atenção do mundo metrópole. Preciso alertá-lo do contrário.

Para uma história é pouco, mas que se dane, devo acalmá-lo. Consolá-lo ou algo que o valha. As boas idéias fugiram. Está cada dia mais difícil. Estão caindo as histórias. Também ando me desconhecendo. Fito meu lar. A montanha de rascunhos está maior , embora não me recorde de qualquer linha que tenha escrito no meio tempo. Parafusos escada abaixo.

Escurece. Os antigos colegas retornam. A ladainha circular rotineira. O que neste mundo não é fantasmagórico? Estou bem onde estou, explico. Vocês não me devem conselhos. Vocês foram bons, bons contos. Dinheiro suficiente. Um apartamento, um cobertor contra o frio. Café e as vezes banho quente.

Engraçado dizer que o beco é confiável, apesar da iluminação precária. É como passar em páginas de quadrinhos desenhadas por um iniciante. Olhos de gatos brilham, há o vagão do lixo aberto, as paredes descascando, os canos mal escondidos, as infiltrações esverdeadas por lodo. Uma longa ordem de acúmulos óbvios. Meu ritual consiste em deixar o dinheiro preso a um tijolo solto. Hoje não.

- Boa noite – eu o saúdo

-Doutor. Está bem?

-pior que você.

- Não creio

- Quem furou o sinal?

- O carro

- E desviou da moto para se espatifar no poste?

- É

- Agora sim

- Foi o que aconteceu. Outro idiota com pressa

- Nada.

Ele não compreende de imediato. Guarda o montante que o trouxe no bolso, sem conferir. Está agradecido. Deus irá me abençoar, ele diz, ou profetiza. Sua voz não é grotesca como sugere seu contorno. É fina, a um palmo de ser suave. Amanhã voltará para a esquina, ao invés de vagar por outras localidades caso não fosse recompensado. Estará disposto a fazer sua narrativa. Disposto a antecipar e explicar o fim. E eu gosto que seja assim, e que seja aqui, na minha esquina. Eu dou ao valor devido. Ele estala os dedos e saca uma bíblia com a maestria de pistoleiro. Pequena, a capa preta, a borda rosa.

Passo – digo. Ele soluça. Dá de ombros. Eu viro as costas e na escuridão de volta à escadaria explico a sutileza. Um piso de rascunhos me aguarda. – O cidadão do carro se

distraiu. Algo relevante chamou sua atenção. Pra valer. Fez com que flutuasse. Tenha certeza, meu caro.

Não é necessário que eu me vire para vê-lo sorrindo de canto, orgulhoso e satisfeito por ter o trabalho notado. Nem tudo é em vão. Ganhou o dia. No fim, é melhor escritor que eu.

Esta oficina teve problema na gravação, foram utilizadas as anotações

É um conto denso, triste, que convida a refletir. Todos em silêncio por algum tempo, um silêncio em que cada um pensa em seu quarto, em suas escolhas... Quem inicia falar, não suportando o peso do silêncio é a estagiária, comenta: “o escritor é jovem”(havia data de nascimento no rodapé)

Cronos; -“eu não sou mais, não sei o nome do que sou...”

Perséfone (mística, soberana dos mortos) – “Eu sou jovem porque ainda terei que conviver muito tempo com a juventude”

Solteira, 41 anos, seis filhas de três companheiros, dependente química, já perdeu a guarda de suas filhas que viveram um tempo em abrigo. Vê coisas, ouve vozes, fala com os mortos...

Hades (irmão de Zeus, J. tem um irmão gêmeo, mas sente-se muito diferente do irmão): - “Sou que nem camaleão, tenho 30 anos e ainda acontecem coisas de adolescente comigo”. Narra um episódio em que tentou se aproximar de um grupo que usa álcool e drogas por curiosidade em experimentar crack, mas frustrado porque acabou sendo levado à delegacia sem ter feito nada. O grupo acha que *Hades* foi procurar pessoas que “pensem menos”, pois está sempre atormentado com muitos pensamentos.

Cronos volta a falar : - “eu vivo isolado” . Será este o nome do que é? *Iso* (igual) *lado*, de um só lado, como a face do tempo que anda só numa direção. “fico o dia olhando as nuvens e o tempo passar”, “quando vejo, já passou o tempo”

Perséfone : “tenho muitas coisas a fazer”

Hades: “gosto de pensar... tenho que pensar tudo antes de fazer.... hoje esqueci a identidade.” Narra que se sente assim: sem identidade. Está pensando em se internar.

Perséfone: “tenho o dia controlado”, mais adiante “o profissional que fica olhando para o relógio, já perdeu o amor pela profissão”. Alguns controles são necessários e permitidos, outros, são falta de amor. É uma pessoa que precisa se controlar e muito para ficar em abstinência. Só conseguiu após identificar esta situação como uma prova de amor às filhas. “faço por elas, não por mim”.

Cronos prefere ficar longe das pessoas, para evitar “ser usado”, não sabe dizer não.

ENCONTRO III

Texto: *OS TRÊS CABELOS DE OURO DO DIABO* / Irmãos Grimm

Um rei de mau coração tinha por hábito percorrer incógnito seu reino para se inteirar das menores ocorrências.

Numa destas viagens ele ficou sabendo que havia nascido numa aldeia um menino revestido com o manto da sorte. Era da crença popular que quem nascesse com aquele manto seria muito feliz, por isso predisseram que na puberdade esse menino se casaria com a filha do rei.

O rei ficou indignado com aquela profecia e por isso conseguiu a posse da criança sob a promessa de criá-la e educá-la muito bem.

O rei colocou o menino em uma caixa e prosseguiu viagem. Quando encontrou um rio caudaloso atirou nele a caixa com a intenção de livrar sua filha daquele futuro pretendente plebeu.

A caixa não afundou como o rei desejava e, flutuando sobre as águas, foi parar num moinho onde ficou presa.

Retirada do rio a caixa foi aberta e a criança foi entregue ao casal dono do moinho, por quem foi criada.

Alguns anos depois, em viagem, abrigando-se nesse moinho por causa de uma tempestade, o rei ficou conhecendo esse jovem que lá trabalhava. Durante o tempo em que lá esteve, ficou sabendo que se tratava da criança que ele atirara dentro de uma caixa, naquele rio, para matá-la.

Então o rei de mau coração propôs gratificar o jovem para que ele levasse uma carta à rainha. Feito o acordo, o rei escreveu determinando a rainha que mandasse matar aquele jovem assim que ela recebesse a carta.

Em meio do caminho o jovem pediu pouso numa casa isolada por estar muito cansado, esclarecendo que fora incumbido, pelo rei, para levar uma carta à rainha.

Acontece que aquela casa isolada era valhacouto de bandidos onde morava a mãe deles.

Altas horas da noite os bandidos chegaram, e, esclarecidos pela mãe, abriram ocultamente a carta.

Penalizados com aquela traição, o chefe da quadrilha rasgou a carta do rei e escreveu outra em que o rei ordenava à rainha que providenciasse imediatamente o casamento daquele jovem com a princesa.

De volta de sua longa viagem o rei ficou surpreso com o fato de sua filha ter-se casado com aquele pobretão. Então a rainha mostrou-lhe a carta trocada para cujo fato o jovem não soube dar explicações.

Não se conformando com o logro em que caíra, o rei disse ao jovem que só aceitaria aquele casamento se o jovem lhe trouxesse do inferno “os três cabelos de ouro do Diabo”.

Saindo em viagem, à procura do inferno para obter “os três cabelos de ouro do Diabo”, o nosso herói se enfrentou com três problemas para resolver.

Na primeira cidade a que chegou lhe pediram para esclarecer porque havia secado o chafariz da praça, do qual normalmente jorrava vinha.

Na segunda cidade apresentaram-lhe outro enigma: porque razão uma macieira que sempre produziu maçãs de ouro agora não dava mais nem folhas.

Por fim quando atravessou um rio o barqueiro lhe perguntou por que ele levava uma vida de ir e vir sem nunca ficar livre.

Após atravessar o rio o nosso herói encontrou o ingresso do inferno. Diz a estória que tudo lá dentro era negro e cheio de fuligem. O Diabo não estava, mas foi recebido pela avó dele a quem o jovem disse que fora buscar “os três cabelos de ouro” para dá-los ao rei. Precisava também esclarecer os três enigmas que lhe haviam proposto.

A avó ocultou o jovem, transformando-o numa formiga, para livrá-lo da fúria do Diabo.

O Diabo chegou, comeu, bebeu, sentiu cansaço; reclinou a cabeça no regaço da avó, pedindo-lhe que fizesse cafuné e quando ele já estava roncando, arrancou um cabelo de ouro e

guardou-o. Com isso o Diabo acordou e repreendeu a velha, mas esta lhe disse que sonhou com um chafariz que jorrava vinho e que agora secou. O Diabo esclareceu que a causa era um sapo debaixo de uma pedra. Morto o sapo o chafariz voltaria a jorrar vinho. Em seguida o Diabo voltou a dormir e a avó arrancou-lhe o segundo cabelo. Ele novamente acordou e ela lhe disse que havia sonhado com uma macieira que antes dava maçãs de ouro e agora nem folha dava. O Diabo esclareceu que isto acontecia porque debaixo da macieira havia um rato que estava roendo a raiz e que se o matassem a macieira voltaria a produzir maçãs de ouro, pois do contrário a macieira secaria.

Repetida a cena, a velha arrancou o terceiro cabelo de ouro, acordando o Diabo, que mesmo zangado, esclareceu seu sonho do barqueiro, dizendo que quando alguém quisesse atravessar o rio, ele, barqueiro, deveria entregar o varejão, que o passageiro passaria a ser o barqueiro e ele estaria livre.

Na manhã seguinte o Diabo saiu para o trabalho, a velha restituiu o aspecto humano ao jovem, entregando-lhe “os três cabelos de ouro do Diabo” e se certificando de que o jovem havia escutado as soluções dos enigmas.

Em sua volta nosso herói encontrou o barqueiro e, depois de atravessar o rio, disse-lhe como se livrar da barca.

Chegando à cidade da macieira, esclareceu o enigma, sendo muito bem recompensado em ouro.

Na cidade do chafariz seco explicou a razão de ter cessado de jorrar vinho e foi também muito bem recompensado em ouro.

Por fim nosso herói chegou à casa de sua esposa, entregou ao rei “os três cabelos de ouro do diabo”, mas o rei vendo a fortuna que o jovem ganhara, ficou mais interessado nela e, como era muito ambicioso, perguntou como a conseguira. O jovem, ardilosamente disse ao rei que, depois de ter atravessado um rio, encontrou na areia da margem um grande tesouro do qual trouxe um pouco.

O rei, possuído pela cobiça, saiu à procura do tesouro e ao atravessar o rio, o barqueiro lhe entregou o varejão, pulou fora do barco e desapareceu, ficando para sempre o rei preso no lugar do barqueiro.

Antes da leitura do texto, inicio o encontro contando a quem não estava presente no anterior que *Perséfone* pediu que o grupo a acompanhasse até o cemitério, pois não havia

ainda conseguido ir à sepultura de sua mãe que falecera a cerca de um ano. Fomos eu, *Perséfone* e *Ártemis*.

Ártemis considera importante porque participa de outros grupos com *Perséfone* e esta nunca havia falado sobre isto. “Consegui vencer meu pânico para ajudar, e ela acabou me ajudando”, sobre o pânico de ir a um lugar de gente morta e a ajuda recebida por ter encarado este pavor.

Perséfone considera que foi difícil, ficou nervosa, quase desmaiou, mas que já lhe perguntavam por que não havia ido; “porque as sepulturas em volta eram todas da vila”, de conhecidos, de mortos conhecidos de vivos que se conhecem e que falam sobre seus mortos. “Ir lá e saber que ela está lá e que tem aquele mundo de gente com ela”

Interessante apontar que em uma visita a uma mãe morta, havia só mulheres. Os homens, por um motivo ou outro, não participaram deste momento de “ajuda”, “de força”, assim denominado por *Perséfone*.

Situo aqui minha impressão ao ter participado deste momento tão íntimo e doloroso de *Perséfone*, colocando ao grupo a importância de relações de afeto e confiança “que a gente possa confiar e quando não der, que possa falar.”

Cronos não pode ler o texto, perdeu seu óculo de leitura, continua perdendo suas coisas... *Ártemis* faz a leitura, parece se sentir destemida após a ida ao cemitério, com mais coragem.

Após a leitura...

Dionísio (Deus arcaico; culto de vida e morte) “Ganância...o diabo tem 70% de tudo, ele tá em todas as pessoas”, remete à possibilidade de desencadear sua própria fúria...

Contraponho lembrando que o diabo deste conto era sábio e mais, tinha uma avó...

Dionísio: “ela dá sossego, a nona diaba”(ri) “se eu quiser me tornar um diabo, levanto de vereda, começo a brigar... agora se eu falar pacificamente sou um anjo”, “se a pessoa falar certo comigo, me respeitando, por mais que eu esteja sujo ou bem arrumado, vendo eu como pessoas, eu sou uma pessoa super normal.” Mas o contrário também é verdadeiro – a personificação do diabo para *Dionísio* está na maneira de tratar e ser tratado pelo outro e no desencadeamento da fúria ao querer tratar mal ou ser mal tratado. Esboça uma fábula:

“Existia um rato, uma galinha, uma vaca e um porco. O ratinho começou a andar dentro da casa, de repente, viu uma ratoeira “onde eu me sinto de uns meses para cá, pode ser algo da minha cabeça, de repente eu to criando problemas para mim, to levando problemas para minha mesa, to comendo problemas e to continuando light, tranqüilo” – aqui está esboçando

sua relação com CAPS enquanto instituição e seu mal estar em relação a algumas coisas que aconteceram.

“O ratinho saiu correndo e disse: - olha porquinho, tem uma ratoeira e vai me pegar; o porquinho: - olha, eu não consigo te ajudar, mas de repente fala com a galinha. Ele foi lá, pediu ajuda. A galinha : - olha vou te encaminhar para a vaquinha . A vaquinha era a maioral – tu tem que procurar outros meios porque eu não posso te ajudar. Aí o ratinho se encolheu, se escondeu , começou a não se abrir, começou a se sentir ameaçado. O ratinho ficou escondido. Uma certa noite, o dono da casa tava dormindo, a esposa “alevantou-se”, daqui a pouco ouviu um barulho : - pegamos o ratinho. A esposa foi pra se livrar do ratinho. Quando chegou lá era uma jararaca, uma cascavel mordeu ela. Ela gritou, o homem veio correndo. Levou ao médico que mandou tomar sopa. O homem foi matar a galinha para fazer canja. A mulher foi ficando mais doente e as visitas aumentaram, carnearam o porco, depois a vaca. Todos os animais para quem o ratinho pediu ajuda foram mortos. A mulher morreu. Ficou só o ratinho”

Ao degravar percebo que desconsiderei a metáfora, no sentido de dar seguimento a esta denúncia que estava sendo feita, quanto ao serviço abandonar *Dionísio* e sua ratoeira, eu abandonei-o de novo. O grupo também. O grupo, talvez, porque ele tomou a palavra e só ele falava... . Mas devo dizer que não me identifiquei com nenhum dos animais

Mas *Dionísio* considera ter nascido com o manto da sorte, como o jovem do conto: o ratinho é o único que fica vivo.

Perséfone, Ártemis, Cronos e Hades concordam em que ninguém nasce com este manto. Montam teorias: “quando se procura, encontra; é mais uma conquista que um encontro; é coisa de mãe-de-santo; acontece de às vezes ser agraciado”

Cronos considera que Cabral foi agraciado com bons ventos que ao invés de o levarem às índias, trouxeram-no ao Brasil.

Questiono: Terá sido sorte ou azar?

Cronos: - “na hora ele deve ter ficado surpreso, deve ter pensado que deu tudo errado para ele”

Inicia uma grande discussão acalorada sobre religiões, as boas, as ruins, contam experiências próprias de engano, outras de exclusão. Acabam concordando que a religião é feita para os pobres, pois estes são facilmente enganados, convencidos, ludibriados.

Dionísio conta que fez “uma congesta cerebral procurando preencher este vazio interior, achando que ia encontrar lá (na religião)” uma resposta. Que certa vez “fui excluído da assembléia de deus por causa desta coisa: sai demônio da cabeça! Perguntei ao pastor: se o

Sr. tem um inimigo mais forte, o Sr vai à casa dele? O pastor responde : - Não. Então se ele, opositor tem tanto medo, ele não tá aqui, ele tá lá fora.” E o pastor, após esta conversa mandou-o embora.

Cronos considera o poder econômico das igrejas: “Edir Macedo é um dos mais ricos; o “Correio do Povo” é da Igreja Universal”

Retomo a questão do vazio interior.

Dionísio: “É um vazio que a gente sente. Eu não tenho condições de ir num cinema, num teatro, num shopping. Por que o alcoolismo se forma? A pessoa sente aquele vazio e não tem condições de ir a um lugar assim, ele pode ir num boteco”. “ Se a pessoa não vai no teatro, não vai no boteco, começa a se trancar em casa, naquele vazio, como uma caneta sem carga, aí aparece eu, com boas economias – o Sr. tá com esses problemas, mas Jesus lhe cura! ; ainda teve um benefício saindo de casa”. “A religião oferece uma saída para a classe pobre”.

Dionísio ficou muito incomodado com o diabo estar num título de um texto: “ porque os cabelos têm que ser do diabo?” Considera que em outros momentos isto poderia lhe gerar confusão, idéias ruins. Considera agora estar em outro estágio, referindo-se aos encontros da oficina: “No começo do início, do fim do começo”- referindo-se a quando iniciou no CAPS - “ a minha cabeça funciona assim, este trabalho é mais avançado do que outro trabalho, é mais evoluído, mais aguçado. De repente era o que eu precisava, sentar numa mesa e conversar...” “Mas quem toma a decisão certa é a doutora”

Intervenho dizendo: “--aqui cada um toma as suas decisões. A minha é de intervir em alguns momentos, mas a decisão de cada um sobre sua vida, é de cada um.” Não aceito neste momento o poder colocado sobre meu suposto saber, que é um poder delegado aos doutores, de decidir sabiamente as vidas de todos. É um poder outorgado, lisonjeador do ego profissional, mas duplamente perverso: primeiro porque retira a responsabilidade de cada um sobre si mesmo, desautonomizando o sujeito; segundo porque delega o acerto ou o erro ao que “sabe mais”, ao portador do saber científico. Nesse momento renova-se e desfaz-se o mito médico.

Cronos se põe a narrar, dando outra direção ou não..: “Eu acho que foi a primeira vez que eu vim aqui, o texto do menino dos livros que tentou o suicídio, e chegou uma pessoa e ajudou. Eu tentei o suicídio e não tive ninguém para me ajudar, depois sim, mas no momento não tive. Aquele rapaz teve antes. Aquilo ali já aconteceu comigo muitas vezes...” Há talvez um desejo esboçado de que a ajuda profissional estivesse sempre à mão, ao alcance a todo o momento.

Digo-lhe: “Se tu não encontraste ninguém para te ajudar, tu te ajudaste então, porque estás vivo.”

É um ciclo que tenta o tempo todo se restabelecer, o da dependência.

Chamo aqui a atenção para o silêncio de *Hades*. Pareceu estar intimidado com a gravação, mas certamente não foi só isto. *Perséfone* se colocou de fora de religiões e ficou observando os debates. *Ártemis* ficou fazendo eco de algumas colocações, narrando uma experiência de um sonho quando a conversa versou sobre o que não se explica.

Ártemis: “... eu vejo pessoas que já morreram e eu não entendo. Não entendo se isto é coisa da minha cabeça ou é uma realidade que pode existir?” Encorajo-lhe dizendo – têm coisas que existem apesar de não terem uma explicação, o importante é o sentido que isto tem para ti. “Acho que é sensibilidade. Uma vez sonhei com um acidente que aconteceu e como no sonho me salvei”

Cronos diz não enxergar, mas perceber, antecipar. “De repente acham que estou ficando louco, para certas pessoas eu não falo”. “Que explicação eu vou dar?”

Novamente a questão do saber e da materialidade científica das coisas para diferenciá-las da loucura.

Segue a conversa sobre acontecimentos semelhantes em novelas, críticas à TV, intimidade na TV, a confusão dos artistas que se apaixonam, que confundem personagem e vida real, o culto à beleza, o corpo a corpo confundindo as mentes de quem representa e de quem assiste.

Dionísio: “a gente começa a sucumbir na gente mesmo um personagem”; “ tu tem o teu personagem na tua vida real”.

Hades: “ eu sou melhor que eu mesmo”. Ao dizer isto assusta-se, não era o que queria dizer, mas dito está e o grupo encerra o encontro, levando muitas coisas para pensar

ENCONTRO IV

Este foi um encontro de mulheres. Não vieram os homens que compõem o grupo. Coincidentemente o texto proposto é sobre o arquétipo feminino.

Proponho um texto que traz “coisas interessantes e discutíveis”. Retirado do livro – “A Deusa Interior” - as características das Deusas e como isto estaria acontecendo nas nossas vidas hoje. Pensei em ler dois excertos: “O Mito do nascimento de Atena” e a “Mãe devoradora”. Trabalhamos apenas o primeiro.

Um Hino Homérico narra a história do nascimento de Atena, ressaltando sua íntima ligação com o pai Zeus:

“Canto aqui sobre Palas Atenas, deusa célebre de olhos radiantes, mente ágil e coração inflexível, virgem casta e poderosa, protetora da cidade, Tritogenéia. Zeus, ele mesmo, em sua sabedoria, fê-la nascer da sua santa cabeça, e ei-la já ataviada em armadura de guerra, reluzindo a ouro, enquanto todos os imortais, reverentes e aterrorizados, contemplavam-na. Saltou logo da cabeça imortal em frente ao Zeus porta-égide, brandindo sua afiada lança. E o sublime Olimpo estremeceu terrivelmente diante do poderio da deusa dos olhos radiantes. E as terras ao redor soltaram um gemido de pavor enquanto as ondas negras das profundezas fervilhavam. Mas, subitamente, o mar serenou; o glorioso filho de Hipérion fez estacar seus cavalos céleres e a donzela Palas retirou a armadura divina de seus ombros imortais. Zeus, em sua sabedoria, rejubilava-se. Salve, ó filha de Zeus, o porta-égide! Eu me lembrarei de ti, e também de outro cântico.

Atena – Mulher de 43 anos, dois filhos, um adulto e uma adolescente. Teve outra filha que não conseguiu criar, deu-a a uma família. Trabalhou muitos anos como técnica de enfermagem. Há três anos refere seu início de enlouquecimento. Esteve internada, perdeu o senso de realidade, problemas de orientação e memória. Tem por religião ser mórmon.

“Ela nasceu da cabeça dele, da cabeça do pai e já armada.”

Há uma onda de espanto, de quase incredulidade nas mulheres que se entreolham.

Atena : Qual a finalidade?

Eu sigo lendo “ Atena é aquela que liberta de toda ameaça e perigo, conselheira em qualquer dificuldade e a mais sublime sabedoria. Os dirigentes e líderes do povo, e também a população inteira são por ela aconselhados. É ela quem preside a todos os encontros locais, tribais e nacionais; é quem preserva a vida e a saúde(...) Mas ela é também rovidência estrita e justiceira(...)

Perséfone e *Atena* discutem o nascimento. Nascer da cabeça? *Perséfone* não acha possível, pergunta se é real ou não.

Questiono: O que é real?

Perséfone: Nós somos reais.

Depende de por onde se olha, se é real ou não... é uma história de milênios... alguns acreditam, outros não...

Questiono: Deus é real?

Atena considera que, de acordo, com a Bíblia não

Eu: E tu acreditas?

Atena: “Sim! Eu creio em Deus na medida em que eu vou lendo e conhecendo...e para mim acreditar nela (*Atena* – o mito) na medida em que eu vou ouvindo o texto, eu vou criando a fantasia...”

Considero que o texto traz a questão de que hoje seriam algumas características da mulher moderna – guerreira, de cuidar, negociar...

Atena diz que seu filho já adulto “às vezes lhe puxa o saco dizendo: - Tu és uma amazona!”

Atena lembra a *Perséfone* de uma situação que esta havia contado da preocupação que *Perséfone* teria demonstrado em relação a uma menina conhecida sua que havia sido internada com suspeitas bem graves. *Perséfone* não tinha lembrança de ter falado isto, mas contou-nos que “não dormia à noite preocupada com V.” E que na sua concepção esta menina não teria problemas suficientes para ir para a APAE (local para crianças com retardo), que seus problemas seriam de outro tipo.

O texto acaba suscitando o questionamento acerca do tipo de mulher e de mãe que cada uma é. Identificam-se como guerreiras, lutando às vezes com muitas dificuldades para se manterem donas de suas vidas e conseguirem ser boas para seus filhos.

Falam também das questões de abandono. *Atena* abandonou uma filha, tem esta ferida consigo. *Perséfone* foi considerada não apta a cuidar de suas filhas, estas ficaram um tempo em um local para onde vão as crianças mal cuidadas e/ou abandonadas.

Não tivemos fôlego para ler o segundo excerto que nos falava de uma mãe má, cruel. Mas foi um encontro de grande intensidade afetiva , de dizer coisas de entranhas.

ENCONTRO V

A oficina começa com um bate-papo, troca de informações, curiosidades sobre acontecimentos da semana anterior...

Cronos narra sua dificuldade em caminhar, em vir até o CAPS e de alguns problemas de saúde que está tendo, consultas a médicos, idas à farmácia...

A conversa toma o rumo da contextualização dos problemas na condução dos atendimentos de saúde. Fala-se das lutas de usuários e de funcionários para que as coisas funcionem, mas de um jogo de forças também que muitas vezes acontecem entre estes.

Perséfone relata a perda de uns papéis que a impediram de ter uma consulta. Reclama de informações mal-recebidas no CAPS e sobre a dificuldade em se admitir erros, principalmente por parte dos profissionais. “Não admitiram que um colega errou”.

O grupo considera que é necessário ter coragem para “apontar” e para “assumir” erros.

Perséfone: “- Eu errei porque perdi o papel”

Conversamos sobre as assembléias que devem ser implantadas no CAPS para que todos possam participar da tomada de decisões sobre o funcionamento do local. Falamos sobre a coordenação e novamente *Perséfone* fala que sente por “não ter sido escutada”, por ter sido “desconsiderada”.

Atena conta que na enfermagem “não se admite os erros, os profissionais se protegem”, diante de médicos, familiares.

Cronos conta que viu “uma senhora ser chamada, não ouviu e perdeu a vez”; *Atena* fala de “pessoas de 80 anos que ficam horas esperando...”

“Fui muito mal recebida na unidade”, segue contando que pessoas que lá trabalham e a conhecem nem a cumprimentaram, pessoas com as quais já trabalhou. Também não a orientaram dentro da unidade de saúde.

Há uma desconsideração, uma invisibilidade, será por ter problemas? Por não ser mais normal? Segue relatando que na perícia o médico que também a conhece falou-lhe de sua colega que ficou afastada dois meses e retornou ao trabalho. “- ta na hora de tu voltar também”; “- Mas não é assim doutor, não é porque eu não quero, eu não consigo...e não sei se vou conseguir...”

Mas o mesmo profissional considerado por *Atena* um “mau perito” foi considerado por *Perséfone* um “ótimo pediatra”.

Conversamos sobre a diferença entre ser bem e ser mal atendido.

Cronos relata uma “surpresa” ao grupo: “- achei meu relógio”, agora volta a ser dono do tempo....

Atena também encontrou suas carteiras de trabalho.

Fazemos a leitura do texto

TITÃS

A dramática lenda dos titãs constitui um expressivo exemplo da integração dos cultos pré-helênicos ao corpo da mitologia grega. Segundo Hesíodo, os titãs eram os 12 filhos dos primitivos senhores do universo, Gaia (a Terra) e Urano (o Céu). Seis eram do sexo masculino - Oceano, Ceo (pai de Leto), Crio, Hipérion, Jápeto (pai de Prometeu) e Cronos - e seis do feminino - Téia, Réia (mãe dos deuses), Têmis (a justiça), Mnemósine (a memória), Febe (a Lua) e Tétis (deusa do mar). Tinham por irmãos os três hecatonquiros, monstros de cem mãos que presidiam os terremotos, e os três Ciclopes, que forjavam os relâmpagos. Urano iniciou um conflito com os titãs ao encarcerar os hecatonquiros e os ciclopes no Tártaro. Gaia e os filhos revoltaram-se, e Cronos cortou com uma foice os órgãos genitais do pai, atirando-os ao mar. O sangue de Urano, ao cair na terra, gerou os gigantes; da espuma que se formou no mar, nasceu Afrodite. Com a destituição de Urano, os titãs libertaram os outros irmãos e aclamaram rei a Cronos, que desposou Réia e voltou a prender os hecatonquiros e os ciclopes no Tártaro. Salvo Jápeto e de Crio, que tomaram consortes fora da própria linhagem, os titãs uniram-se entre si e deram origem a divindades menores. Cronos e Réia que produziram descendência mais numerosa: Héstita, Deméter, Hera, Hades, Posêidon e Zeus, a primeira geração de deuses olímpicos. Avisado de que os filhos o destituiriam, Cronos engoliu todos eles exceto Zeus, salvo por um ardil da mãe. Ao tornar-se adulto, Zeus fez Cronos beber uma poção que o forçou a vomitar os filhos, e uniu-se aos irmãos, os deuses olímpicos na luta contra os titãs nas planícies da Tessália, pela posse do Monte Olimpo. Esse conflito culminou com a derrota de Cronos e dos titãs, confinados por Zeus no Tártaro. Os titãs, do mesmo modo que seus irmãos, seriam divindades primitivas, talvez de remota origem oriental, ligadas a ritos agrários. Sua vinculação aos elementos primários da natureza parece confirmada por uma lenda órfica posterior, que atribui aos titãs a origem da parte terrestre, ou material, dos seres humanos. Derrotando os Titãs, Zeus estabeleceu seu domínio como o maior dos deuses. Depois, os três filhos de Cronos dividiram a herança em três partes: Zeus ficou com o amplo céu e o ar superior, Posêidon, com o mar e Hades, com o mundo subterrâneo.

Este texto vem como uma proposta de conhecermos a mitologia, texto esquecido hoje em dia pelas pessoas comuns, e lido por uma minoria. “Cada um destes deuses ou filhos de

deuses tem um símbolo... são arquétipos de homens e mulheres, que às vezes a gente vive, mas não faz relações...”

Atena inicia dizendo “que viramos Atena – a guerreira - quando somos maltratados...”

Cronos: “- Eu perguntei lá, se só eles mereciam respeito? Se a gente doente merecia ser feito de bobo” – relata as várias vezes que foi à farmácia do SUS e não teve resposta a seu problema.

Digo que penso que eles queriam que tu desistisses...

Cronos: “Porque vocês não respeitam a gente?”, perguntou no serviço.

Considero o outro lado, o do serviço, e digo: “acho que atendendo bem, a gente tem boas respostas”

Perséfone narra que “quem vai para um atendimento de saúde não tem que estar preparado para ser agredido, mas quem trabalha tem que estar preparado para entender um que desce do salto... se tu chega com uma grande dor, tem alguém lá que pode te ajudar, mas aí te barram; é claro que tu vai descer do salto.”

Proponho que pensemos como é isto de se tomar tudo como uma coisa só? Todos os casos como se fossem um, como se fossem o mesmo (perda da subjetividade da demanda de cada um) por parte dos funcionários.

Perséfone: “Por isso a necessidade do preparo do profissional, que tem conseguir distinguir uma pessoa da outra”

Surge aqui o pedido do cuidado merecido, devido, da legitimidade das situações...

Cronos relata ter sido maltratado por um médico

Atena fala da fragilidade dos profissionais médicos “que não erram mais por serem alertados”, de ter sofrido assédio sexual e de ter ameaçado este mesmo médico – “lhe dou um soco na cara”.

Conta ao grupo situações absurdas que viveu em sua vida profissional, e do silêncio sobre os absurdos que continuam acontecendo... *Atena*: “tenho pavor dele! Fechava só o tecido, deixava o músculo aberto”. O enredo segue com *Perséfone* falando deste mesmo médico, de coisas de sua vida íntima, de andar com meninas muito novas... “todos sabem que é tarado!”

Todos estão muito indignados com todas estas injustiças....

ENCONTRO VI

Este encontro inicia com a apresentação do trabalho para um dos membros da equipe que assumirá as oficinas enquanto me ausento por um período, como para uma nova componente que por decisão do grupo participará deste encontro e retornará quando retorno (esta foi uma decisão de equipe)

Proponho o texto explicando que “ela era uma mulher que foi transformada em uma espécie de deusa. Se usa este termo ‘caixa de pandora’ quando tu vai descobrir os segredos de alguém ou as coisas ruins...é lá onde ta guardado, escondido aquilo que não pode aparecer” Trouxe o mito para que vocês o conheçam. Pergunto se alguém mais trouxe outro texto. Não. Ninguém havia trazido .

E então entra *Delphos* (o oráculo). Neste dia , encontrei-o ao chegar. Ele estava com três chapéus na cabeça. Perguntei-lhe se queria mais cabeças e ele: - Eu tenho... a tua é minha e a minha é tua. Com seu riso contagiante em sua boca de poucos dentes. *Delphos* sempre é convidado a participar da oficina. Algumas vezes aparece, ficando pouco tempo, mas sempre tendo algo a dizer. Então como sempre brindamos sua chegada! Pergunto-lhe se conhece a ‘caixa de pandora’. “Não, mas conheço ,muitas caixas” e nos fala de Jorge que “cuida de tudo” e que é “bem poderoso”

Delphos tem em torno de 60 anos, já foi casado, tem um filho de 30 com o qual não tem contato. Viveu uma série enorme de internações. A maior delas foi por medida de segurança no IPF, onde ficou por anos, e onde conheceu Jorge. Mora com a mãe atualmente, mas a odeia, acha-a uma sem-vergonha que ainda por cima lhe rouba o seu dinheiro. Já

incendiou várias casas, mas ninguém se feriu. Se sente roubado e lesado pelo Governo que ficou com seus milhões e lhe dá migalhas que não dá para viver.

Lemos o texto.

A CAIXA DE PANDORA

A maior dificuldade de relatar um mito não está em traduzir as suas múltiplas conexões e desdobramentos, mas em resolver onde parar, onde recortar este mito do todo da mitologia... Por isso, a história de Pandora começa antes da própria Pandora.

Desde que Zeus (Júpiter) e seus irmãos (a geração dos deuses olímpicos) começaram a disputar o poder com a geração dos Titãs, Prometeu era visto como inimigo e seus amigos mortais como ameaça.

Sendo assim, para castigar os mortais, Zeus privou o homem do fogo, simbolicamente, da luz na alma, da inteligência... Prometeu, "amigo dos homens", roubou uma centelha do fogo celeste e a trouxe à terra, reanimando os homens.

Ao descobrir o roubo, Zeus decidiu punir tanto o ladrão quanto os beneficiados. Prometeu foi acorrentado a uma coluna e uma águia devorava seu fígado durante o dia, o qual voltava a crescer à noite.

Para castigar o homem, Zeus ordenou a Hefesto (Vulcano) que modelasse uma mulher semelhante às deusas imortais e que tivesse vários dons. Atená (Minerva) ensinou-lhe a arte da tecelagem, Afrodite (Vênus) deu-lha a beleza e o desejo indomável, Hermes (Mercúrio) encheu-lhe o coração de artimanhas, imprudência, ardis, fingimento e cinismo, as Graças embelezaram-na com lindíssimos colares de ouro... Zeus enviou Pandora como presente a Epimeteu, o qual, esquecendo-se da recomendação de Prometeu, seu irmão, de que nunca recebesse um presente de Zeus, o aceitou. Quando Pandora, por curiosidade, abriu uma caixa que trouxera do Olimpo como presente de casamento ao marido, dela fugiram todas as calamidades e desgraças que até hoje atormentam os homens. Pandora ainda tentou fechar a caixa, mas era tarde demais: ela estava vazia, com a exceção da "esperança" que permaneceu presa junto à borda da caixa.

Pandora é a deusa da ressurreição. Ela por não nascer como a divindade é conhecida como uma semi-deusa. Pandora era uma humana ligada a Hades. Sua ambição em se tornar a deusa do Olimpo e esposa de Zeus fez com que ela abrisse a ânfora divina. Zeus para castigá-la tirou a sua vida. Hades com interesse nas ambições de Pandora, procurou as pacas (dominadoras do tempo) e pediu para que o tempo voltasse, sem permissão de Zeus elas não puderam fazer nada. Hades convenceu o irmão a ressuscitar Pandora, devido os argumentos do irmão Zeus a ressuscitou dando a divindade que ela sempre desejava. Assim Pandora se tornou a deusa da ressurreição. Para um espírito ressuscitar Pandora entrega-lhe uma tarefa, se o espírito cumprir ele é ressuscitado. Pandora com ódio de Zeus por ele ter a tornado uma deusa sem importância, entrega aos espíritos somente tarefas impossíveis. Assim nenhum espírito conseguiu e nem conseguirá ressuscitar.

Delphos fala-nos de seu pai “que está por aí, que me cuida e que vai voltar”. Segue falando na ressuscitação de seu pai e que este lhe faz muita falta. “Ele quer voltar”. Considera-se o “único filho que puxou ao pai”. Fala da “bobagem que sai da boca”.

Não entendemos tudo o que diz, mas no fim nos entendemos.

Perséfone pergunta quem é esta mulher que foi moldada? Discutimos as partes do mito e o porquê Zeus moldou Pandora. Falamos do castigo de Prometeu e do castigo dos homens. Consideramos que não eram só coisas ruins que havia na caixa, a esperança ficou pendurada.

Delphos acha que tem mais coisas ruins que boas. Conta-nos que foi caminhando até São Paulo, levou 28 dias. “Quando cheguei lá me perguntaram se eu tava perdido, então vim embora”. “Estamos rodeados de água”. O grupo lembra do texto da ilha. Foi a São Paulo conseguir um colar para sua mulher que era loira, como Nossa senhora Aparecida. Quando voltou ela não o quis mais. *Perséfone* ri. Ártemis entende como uma “promessa” que *Delphos* cumpriu, e que neste momento estava nos abrindo a sua “caixa”

Delphos segue falando de situações ruins, do roubo de seu dinheiro, das artimanhas dos políticos e conclui: “- Jorge me disse que as coisas vão piorar; que vai ter uma guerra.”

Pergunto a *Delphos* se tem vontade de castigar estes que lhe roubam

Narra então castigos sofridos, “fui preso injustamente, não fui eu que fiz aquilo”, conta do tempo em que esteve no IPF, cumprindo “pena”, que aquilo sim foi um castigo. Falamos de sua presença na oficina e Perséfone convida-o a cantar. Não canta, sente-se preocupado hoje.

Retomo a questão do castigo e do que isto representa para cada um...

Perséfone continua intrigada: “_ como modelar uma mulher pode ser um castigo? Que castigo é este?”

Conversamos sobre o machismo dos Deuses e de repente *Perséfone* exclama: “Ah! Ela era o presente.”

Eu digo: “foi uma mulher que trouxe desgraça quando abriu a caixa, pra vida dos mortais...” “ela virou uma mulher amarga porque ela virou a deusa da ressurreição e nunca deixou ninguém ressuscitar”.

Perséfone: “Uma mulher bela, cheia de qualidades e que virou má. Há aí uma contradição, porque ficaram muito brabos quando ela abriu a caixa.”

Considero que “o poder não é só de coisas boas”

Perséfone diz que demora a assimilar uma leitura...

Questiono sobre coisas boas e ruins da vida

Perséfone ;”Semelhante a esta história, eu já vi pessoas que estavam em situações difíceis e eram boas, aí progrediram e se transformaram em más.”

Enquanto isto a nova participante, ainda sem nome, é questionada em alguns momentos mas se mantém em silêncio. Tem 28 anos, há um tempo atrás não se comunicava verbalmente, evitava contato, sentia-se muito pressionada pelos que a olhavam e tinham dúvida sobre o sexo a que pertencia. Há mais de um ano se pôs a falar.

Perséfone segue sem entender porque Zeus iria modelar uma mulher para castigar o homem? Digo-lhe que Zeus sabia que iria atingir o ponto fraco. Uma cilada...

Delphos concorda que as mulheres são uma cilada. Conta-nos do colar de ouro que foi buscar em São Paulo, como os colares de ouro de Pandora.

Perséfone inquire *Delphos*. “Mas tem assim mulher tão maravilhosa que tu vai daqui a São Paulo achar um colar?”

Ártemis considera que as vezes se faz tudo por alguém...

Perséfone continua interrogando *Delphos*: “Porque ela lhe deixou?”

Delphos: “Não sei. Ela não queria nada com nada, ela queria vida boa.”

Pergunto com quem se identificaram: se com os deuses, os mortais, a pandora, o que ficou com o fígado sendo comido....

Perséfone: “Com a águia comendo... “

Ártemis: “Com Zeus, não sei, porque ele ressuscitou pandora...”

Delphos: “Com Jorge, que me protege”

A que ainda não tem nome não se identifica, segue em seu silêncio.

E o assunto guina para a fortuna. Para *Delphos* a fortuna é sua vida, Perséfone sente-se desafortunada, *Ártemis* não consegue definir, e finalmente o silêncio da que não tem nome se rompe: “minha mãe, meu pai...; resolve nos contar um segredo. Que no ano que vem pretende mudar-se de cidade, trabalhar, tentar a vida. *Perséfone* acha bom, “mas porque tu tem que sair da tua casa pra isso? Tu pode fazer isto aqui.”

Inicia um assunto onde cada um fala sobre o que sabe fazer, já fez...*Ártemis* conta de sua vitória pessoal ao ter ido trabalhar e provar para si mesma que é capaz. Perséfone nos conta sobre como é uma fábrica de calçados e que a pessoa tem que estar muito bem para não se machucar. Relata-nos o acidente com seu dedo quando ainda era menina e que queria ter o seu negócio mas não tem condições. Continua falando de seu receio de que alguém trate a que não nome mal e que esta não saiba se proteger. Ao que ela responde que não tem do que se defender. “E se algum namorado se aproveitar?...”

Considero que “Há sempre tempo para nos prepararmos para as coisas, principalmente aquilo que tememos.” E, diante da insistência de *Perséfone* pergunto-lhe: Com que idade saiu de casa? *Perséfone e Ártemis* aos 11 anos por motivos diferentes:

Ártemis “morava fora”, afastado, saiu para estudar. Foi ser babá na cidade. Cuidava de outras duas crianças. “Mas foi terrível, eu chorava a noite toda. Eu era só uma criança e tinha muita responsabilidade”. Embora fosse em casa a cada quinze dias não falava para os pais porque medo. “Durou seis meses até que explodi. “Eles me humilharam muito, falaram mal de mim para o meu pai”.

Perséfone conta que aos oito anos já dormia na casa da avó porque tinha medo do pai. “Ele chegava bêbado em casa. Um dia ela tava gemendo e eu cuidei dela. Mas ela tava morrendo e eu não sabia. Eu ficava tentando virar ela de lado para ela parar de gemer,...mas ela tava tendo um derrame. Daí nunca ela acordava...a casa era grande...bem antiga...daí eu chamei meu vô. Ele disse: - Por que tu não chamou antes? Agora ela morreu ! Daí eu comecei a gritar, chamei minha mãe, todo mundo.”

Pergunto se sentiu culpada...

“Eu me senti sim, porque eu tinha que ter visto que ela tava morrendo...mas eu ficava massageando ela....

“Já tinhas visto alguém morrer?”

“Já tinha visto. Mas eu vi uma pessoa que era doente, que minha mãe cuidava.” Segue relatando que massageava a avó e ela voltava e que neste dia ela mudou a cor e não voltou, morreu. “E aí eu sempre trabalhando, um pouco aqui, um pouco ali, fui para Porto Alegre trabalhei como empregada doméstica, depois fui para a fábrica, daí eu fui trabalhar na casa do médico que tratou o meu dedo.... Mas eu tinha muito medo do meu pai, ui! Não posso nem me lembrar. Por isso que eu não caso com ninguém. Só de pensar que alguém pode pegar e dar um susto daqueles nas minhas filhas, eu já tenho até medo...”

E *Perséfone* havia aberto sua caixa. O grupo então entendeu porque afinal ela parecia evitar relacionamentos, ou melhor, casamento. Conta-nos que seu pai era muito violento e que seus irmãos são iguais a ele, “violentos e perigosos”. Segue narrando seus relacionamentos anteriores que não foram muito legais. O primeiro era um bandido que tentava lhe colocar a

culpa do que fazia, está preso. O outro, pai de duas filhas suas “era bom, trabalhador, e ela o botou no caminho da bebida e drogas até que ele fugiu com medo de tudo e procurou uma igreja”

Questiono toda a preocupação com as filhas sobre alguém que beba, e pergunto-lhe se já pensou que ela mesma fazia este papel quando estava drogada. Defende-se dizendo que quase não ficava em casa, e que nunca chegou brigando ou xingando.

Proponho que tentemos amarrar algumas coisas, já que tantas foram ditas... peço ajuda a *Delphos* que responde não poder ajudar pois ele é quem precisa de ajuda. Seu pai sim sabia ajudar. Provoco-lhe dizendo: - Mas afinal se és parecido com ele... ao que responde: “Dos filhos o mais parecido com o pai”.

Seguimos falando dos castigos que vem de fora e dos castigos impostos por nós mesmos. *Delphos* diz estar se castigando, conta-nos de um dia em que foi salvo de um desabamento pela coragem do pai... *Perséfone* castiga-se ao passar frio, pensou em pegar um casaco, mas se não escutava antes a mãe, porque agora iria se cuidar? *Ártemis* carrega culpa enorme sobre tudo que acontece com o pai, sua mãe a culpa. E ela aceita. Sente-se culpada. A que ainda não tem nome conta-nos que o pai a culpa pela mãe e a mãe pelos problemas do pai...”é tudo em mim”.

Ártemis passa a se queixar das queixas da mãe. Toda vez que faz isto começa a contar histórias intermináveis em que se vitimiza desta mãe cruel, e quando o grupo diz algo, que ela tenta não ouvir, morre de pena desta mesma mãe, e assim ela segue este ciclo interminável. Convido-a para que pense que se sabe o porquê e continua, talvez seja porque não quer nenhuma mudança. Que pense.

Que pensemos todos nós sobre os nossos castigos, culpas, nossas caixas.

