

VOZES DA LOUCURA: REFLEXÕES CRÍTICAS A PARTIR DE NARRATIVAS DE PESSOAS QUE VIVERAM UMA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Voices of madness: critical reflections from narratives of people who lived a psychiatric hospitalization

Anne Crystie da Silva Miranda¹

Barbara Eleonora Bezerra Cabral²

Artigo encaminhado: 31/03/2015

Aceito para publicação: 16/06/2016

RESUMO

Este estudo buscou refletir sobre os sentidos da loucura, partindo da perspectiva de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a desautorização sofrida pela figura do louco para falar a verdade sobre si, em meio ao pensamento biomédico positivista, é posta em questão. Em seu processo histórico de patologização, a loucura tem sido alvo de cuidados que se instituíram com pouca ênfase à experiência do “enlouquecer” tal como vivida. Sob uma ótica fenomenológica existencial, acredita-se que ouvir as “vozes da loucura” constitui uma via potente para que as práticas terapêuticas sejam modificadas, com possibilidades de ressignificar a atuação do profissional cuidador. Recorreu-se à metodologia dos relatos orais, tomando-se como matéria-prima a narração de quatro pessoas que já foram internadas em instituição psiquiátrica acerca da experiência da loucura, considerando que esta experiência ainda é fortemente relacionada ao internamento. Com o aporte metodológico da Analítica do Sentido, os resultados foram discutidos a partir de quatro macrodimensões: Loucura e experiência; Loucura e saber científico-profissional; Modos de cuidado à pessoa antes, durante e depois da crise e Outras dimensões que atravessam a compreensão de loucura. Sinaliza-se a condição multifacetada da loucura, o poder dos estigmas, a sobreposição da razão médica à experiência e, dentre outras reflexões, a importância da própria pessoa dizer de si, tendo esta voz reconhecida, para que práticas mais efetivas sejam articuladas nos diversos pontos das redes de atenção psicossocial.

¹ Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF (2014), com ênfase em Processos Clínicos e Saúde Coletiva, e residente pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental - RMSM na UNIVASF (2015-2016). E-mail: annedoida@hotmail.com

² Doutora em Psicologia pela UFES (2011). Mestre em Psicologia Clínica pela UNICAP (2004). Especialista em Saúde Pública (Fiocruz, 1998). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE, 1997). Docente do Colegiado de Psicologia e do Colegiado das Residências Multiprofissionais em Saúde da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) Campus Petrolina-PE. E-mail: barbaraebcabral@gmail.com

Palavras-chave: Acontecimentos que Mudam a Vida. Assistência à Saúde. Saúde Mental. Assistência Centrada no Paciente. Narrativas Pessoais.

ABSTRACT

This study craved to reflect about the meanings of madness, from the perspective of people who lived a psychiatric hospitalization. With the advent of the Psychiatric Reform, the disempowerment suffered by the figure of the mad to speak the truth about itself, in the positivist biomedic thinking, is put into question. In its historical process of pathologization, the condition of madness has been target of cares instituted with little emphasis on the experience of "going mad" as it was lived. Under the othics of an existential phenomenological approach, it's believed that listening to the "voices of madness" constitutes a powerful way to modify therapeutics practices, with opportunities to reframe the role of the health professional. Oral reports methodology was utilized, taking as raw material the narration of four people who had been hospitalized in psychiatric institution about the experience of madness, considering that the experience of madness is still commonly related to hospitalization. With the methodological support of Analytical Sense, the results were discussed from four macrodimensions: Madness and experience; Madness and scientific-professional knowledge; Modes of care to the person before, during and after the crisis and Other dimensions that cross the understanding of madness. They highlighted the multifaceted condition of madness, the power of the stigmata, the overlap of the medical reason over experience and, among other reflections, the importance of the acknowledgment of the voice of the person who suffers in order to provide more effective practices in support networks under the perspective of psychosocial paradigm.

Keywords: Life Change Events. Delivery of Health Cares. Mental Health. Patient-Centered Care. Personal Narratives.

1 POR QUE ESCUTAR A LOUCURA?

Historicamente, cuidados com a “saúde da mente”, implicando atenção à pessoa que vivia a experiência da “loucura”, apesar de registrados distintamente, carregaram a

semelhança de pressupor que o dito louco não poderia dizer do cuidado para consigo ou praticar autocuidado. Com os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, que surgiram no Brasil ao final da década de 70 e década de 80, respectivamente, vias de transformação vêm sendo pensadas e experimentadas, para que o personagem principal dessa narrativa esteja efetiva e propriamente em cena, legitimando-se modos de reconhecimento de uma condição cidadã, para além do apontado por Birman (1992) como “cidadania tresloucada”.

Nem sempre a loucura foi problema, doença, erro ou disfunção. A história da loucura, como contada por Foucault (2010), descortina que na Grécia antiga, por exemplo, ser louco poderia ser quase privilégio, pois acreditava-se que o “delirante” tinha a capacidade de se comunicar com divindades. A loucura não era tomada meramente pelo viés moral, mas sim como uma experiência trágica, enigmática. Para Silveira e Braga (2005, p. 592), paulatinamente “a loucura vai se afastando do seu papel de portadora da verdade e vai se encaminhando em uma direção oposta” no contexto dos acontecimentos do mundo ocidental. Como consequência, na Idade Média, ela passa a ser entendida como manifestação sobrenatural, demoníaca, tendo, muitas vezes, a bruxaria como referência.

Nesse período nebuloso da história, pela ação de tribunais dirigidos pela Igreja Católica, “bruxos” e hereges foram severamente perseguidos e punidos. Também proliferaram os hospitais de caridade – origem das chamadas “Santas Casas” –, que, mais adiante, particularmente no século XVII, foram assumindo função de controle social, com a criação do Hospital Geral. O famigerado Hospital Geral abrigava toda sorte de desviantes dos padrões morais vigentes, incluindo os ditos loucos. Em ambos os períodos, todavia, o “hospício” resguardava função diferente da conhecida atualmente, dado ainda não se conferir à loucura conotação de doença, isentando-a da medicalização. Até o advento de uma medicina positiva afirmou-se excessivamente que o louco era um “possuído” (FOUCAULT, 1975).

Sob forte influência do pensamento cartesiano, a Idade Moderna apresenta ruptura na história da loucura: percebida a partir de novo ângulo, em meados do século XVIII, torna-se objeto do saber médico. Como base para tal operação, estava o dualismo corpo-mente, proposto por Descartes, quem procurou dar à sua certeza fundamento definitivo hipotetizando que “se alguém pensa não pode ser louco, e se alguém é louco não pode pensar” (SENNE, 2005, p. 167), Senne (2005) destaca que este pensador reverenciava a

lucidez e admitia que toda loucura significava exclusão do pensamento. Estar louco, nesse reinado do racionalismo, passa a ser sinônimo de desrazão.

Rejeitara-se a ideia da loucura vinculada ao sobrenatural ao passo que a condição da existência humana foi atrelada ao pensar. Afirmara-se o não-dizer – ou a incapacidade de dizer – e a natureza não-humana do louco. Desse modo, a oposição loucura e pensamento (razão) estava dada, sendo possível perceber o caráter reducionista deste passo, em meio a um processo de patologização da experiência da loucura no Ocidente: instala-se distância ainda maior dos sentidos plurais que atravessam tal experiência desde os primórdios. Em Foucault (2010, p. 28-29):

A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura, não pode ser considerada como uma figura total, que finalmente chegaria, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma figura fragmentária que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva; é um conjunto desequilibrado por tudo aquilo de que carece, isto é, por tudo aquilo que o oculta.

Assim, Amarante (1995 apud QUEIROZ, 2009) considera que a mudança de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica refletiu no destino final das pessoas que vivem essa experiência, pois a visão trágica, que reservou lugar social no universo da verdade à loucura, é substituída por uma crítica, que organiza um lugar específico de exclusão, encarceramento e/ou medicalização das pessoas avaliadas como loucas, reelaborando, no século XVIII, a função do hospital. Respaldada na representação da loucura como enfermidade mental, a instituição hospitalar constrange-a ao domínio médico e abre espaço para o desenvolvimento de um saber-poder psiquiátrico.

Com o surgimento do conceito de Alienação Mental em atribuição ao louco, criado pelo psiquiatra francês Philippe Pinel, no final do século XVIII, a loucura é capturada pela interpretação científica e institucional produzida pela medicina mental e pelo asilo de alienados mentais. Esse novo momento histórico – que define a loucura como uma doença mental e, por conseguinte busca meio de curá-la – acentua e agrava os preconceitos, estigmas e estereótipos já existentes. Tal modelo é sustentado por um discurso internalizado na sociedade de separação moral rígida entre o certo e o errado, entre o sadio e o doente, sendo cristalizada como uma verdade absoluta (SCARAMUSSA et al., 2009, p. 1).

Foi nessa conjuntura, entre os séculos XVIII e XIX, que a Psiquiatria surgiu, em um lance em que a ciência é eleita detentora em potencial do conhecimento sobre a loucura e

a Medicina Mental legitimada a emitir enunciados acerca do objeto “doença mental” e a exercer domínio influente nos novos arranjos sociais. Como “Medicina especial”, seu apelido primitivo, é fruto do encontro entre prática social sistemática de reclusão de incapazes e pensamento médico positivo. Mesmo com o avanço científico de hoje, sua definição não é suficientemente clara. Oury (1991 apud SILVA, 2001) acredita que nem o próprio exercício é preciso, o que a mantém entre múltiplas pertinências (biológicas, psicológicas, sociais, estatais, históricas, etc.).

Machado (2009, p. 217) escreve que a invenção da Psiquiatria adjetiva-se pelo “silenciamento moral da loucura; silenciamento este com o qual a psicanálise mais tarde compactua”, o que Foucault (2010) reitera quando discute acerca da tradição ocidental e o processo de desqualificação da potencialidade da loucura de dizer a verdade. Esse menosprezo é marca incontestável do triunfo ocidental da razão sobre a desrazão. Uma vez expulsa do registro da razão – reconhecida como única via de apreender a verdade na Modernidade –, a loucura perde a possibilidade de ser escutada. Porém, apesar de suntuoso no cenário da ciência moderna, o saber psiquiátrico não foi o único a dizer da loucura; em expressão mais ingênua, não foi único ao se preocupar com o que a loucura tinha a dizer.

Por muito tempo reservaram-se os óculos médicos da Psiquiatria à Psicopatologia (ramo da ciência em geral que trata da natureza essencial da doença mental). Contudo, outros campos produtores de sentido (Filosofia, Antropologia, Neurologia, Psicologia e a própria Psicanálise supracitada) também se ocuparam em tecer histórias (ou compreensões) sobre a loucura. Ao final da Segunda Guerra, por exemplo, a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou o interesse pelos estudos na área ao contornar a compreensão de saúde como estado de bem-estar físico, mental e social e perceber a saúde mental como essencial ao bem-estar geral das pessoas.

No dever de encarar universalmente a “saúde da mente” sob outra luz, considerando os progressos das ciências biológicas e comportamentais – que alargam a compreensão do funcionamento mental e, simultaneamente, esse profundo relacionamento entre saúde mental, física e social – e a proposta de promoção de saúde – que redimensiona os campos teórico-assistenciais do saber-poder Psiquiatria –, emerge nova esperança. Destarte, pesquisadores de diversas tradições somam diferentes definições a essa “experiência de saúde mental”, abarcando desde bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional até autorrealização do potencial intelectual e

emocional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001). Do viés transcultural, entretanto, é quase impossível definir o que seria ter saúde mental de forma “completa”.

Recentemente no Brasil, vem se revelando a tendência de nomear Atenção Psicossocial o paradigma que abriga o cuidado em Saúde Mental, redimensionando a perspectiva psicopatológica pela incorporação de diversos campos de saberes/dizeres/fazer, entrelaçados em uma visão complexa do fenômeno da loucura e ocupando novos espaços políticos das práticas em saúde. Geralmente, concorda-se com o fato de que falar do lugar da Atenção Psicossocial é dizer mais do que da presença ou ausência de transtornos psíquicos. Para Yasui (2009, p. 3), Atenção Psicossocial

Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

Assumindo caráter estratégico, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS n. 3.088 (BRASIL, 2011), vem buscando ganhar força, materializando um processo que recupera elementos cruciais da experiência da Reforma Psiquiátrica italiana, iniciada na segunda metade da década de 70, em sua perspectiva de desinstitucionalização. A fim de refutar práticas que reduzem loucura à doença mental, abrindo espaço para transvalorá-la, desinstitucionalizar requer desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista problema-solução, o qual atribui nexos causais entre diagnóstico e prognóstico, doença e cura, exclusão e reinserção (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Apesar dessa transformação dos modos de cuidado em Saúde Mental em fluxo, ainda é recorrente o trato com a loucura a partir da naturalização de um conceito/preconceito que reflete, em geral, um menosprezo da experiência vivida pelo dito louco. Cetolin (2011, p. 54) aponta que “a Teoria das Representações Sociais tem se mostrado uma ferramenta teórica dinâmica na produção de conhecimento científico acerca deste fenômeno”. Como exemplo, destaca-se o estudo de Jodelet, publicado em 1989, sobre a representação social da loucura, revelando que o louco, em seu contexto de observação, era considerado diferente de outros cidadãos com os quais dividia a vizinhança, era “o outro” e, assim, era excluído (CETOLIN, 2011).

No cenário nacional, Wachelke (2005 apud CETOLIN, 2011) compila resultados de trabalhos que expuseram a representação social da loucura, ressaltando a alteridade como uma particularidade recorrente, por meio da qual entendem a loucura como um objeto cercado de ambiguidades e representado como algo afastado do indivíduo que o representa (CETOLIN, 2011). Em contrapartida, Souza e Rabelo (2000 apud SANTOS; CARDOSO, 2011, p. 732) defendem que “a compreensão da loucura não é um objeto que contemplamos de fora, mas um mundo em que estamos envolvidos, com o qual já nos importamos de alguma maneira, é uma realização prática diante do mundo”.

A reflexão aqui proposta brota, pois, desse mundo que envolve a todos e com o qual todos se preocupam de algum modo, acreditando que qualquer compreensão de loucura remete a uma realização prática na vida. Tomando como referência a investigação de Brito e Catrib (2004), que elegeram como interlocutores pessoas com transtorno de humor em tratamento ambulatorial e assinalaram que as representações sociais da loucura se estruturam principalmente em torno de esquemas figurativos e unidades de significação como mitos, traumas e doença dos nervos, percebe-se como pertinente recorrer a outra “imagem” por meio da qual a loucura é comumente representada: a internação psiquiátrica.

Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nestas condições compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital em ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras (FOUCAULT, 2001 apud MACHADO, 2009, p. 225).

A partir da segunda metade do século XVIII, com a criação da categoria doença mental, o internamento assume os moldes atualmente conhecidos, tomando a loucura como algo a ser tratado, por sua condição de alienação e desordem no agir, no querer, nas paixões. Asilada, “a loucura deveria se desenvolver em toda a sua plenitude. [...] Tratava-se de sobrepujar os arroubos loucos e colocar ‘no devido lugar’ o caráter do paciente” (MACHADO, 2009, p. 225-226). Desde então, os temidos hospitais psiquiátricos ocuparam o imaginário das pessoas, de modo que, se em outras condições houvesse dúvida, nesta não havia: quem estava internado ou já havia sido era reconhecidamente louco, pois o hospital psiquiátrico é lugar de loucos.

Até depois do movimento reformista e inserção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no cotidiano das redes de cuidado em Saúde Mental, é fácil identificar nas minisséries da TV, na veiculação da mídia e nas rodas de conversa informal que a internação ainda é percebida como a saída “privilegiada” para as condições de loucura. A relação conflituosa loucura e cidadania, apesar das descontinuidades, permanece. Parece que o discurso psiquiátrico clássico segue hegemônico e, mesmo em tempos de reforma psiquiátrica e Atenção Psicossocial, não tem conseguido se divorciar totalmente da ideia da prática da internação e da instituição hospitalar como primeiro lugar de cuidado na tradição ocidental (BIRMAN, 2003 apud MACHADO, 2009). É também por isso que:

Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringe o louco a um lugar de desvalorização e desautorização para falar sobre si, da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamenta a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado. (AMARANTE, 1998, p. 52).

Fruto de afetações diversas, o propósito de dedicar-se a ouvir “vozes da loucura” fundamentou este estudo, sobretudo pelo incômodo com a prepotência acadêmica de querer deter a verdade sobre a experiência de alguém por meio de uma desapropriação do seu dizer: a velha descolagem do conceito em relação à experiência (ou coisa) que se pretende representar. Compreende-se que, em tempo de mudanças, a expropriação sofrida pela loucura da possibilidade de falar a “verdade” sobre si precisa ser erradicada. Possivelmente seja considerado um tanto “louca” a busca via pesquisa científica dessas vozes; entretanto, não se pretendeu concretizar a loucura que acontece (em sendo um fenômeno), nem patologizar o que já é patologizado. Almejou-se circunscrever algumas direções possíveis dessa experiência, na tentativa de (re)conhecer a voz de pessoas que, apesar de terem muito a dizer, têm sido – ainda – sistematicamente silenciadas.

Denominar de “louco” vem permitindo à sociedade anulação das pessoas enquadradas nessa condição e cassação de suas palavras e direitos. Essa rotulação condena incisivamente tais pessoas a uma vida marginalizada (MOFFAT, 1990 apud TELLES, 2002). Compreende-se que reconhecer e legitimar que elas próprias podem efetivamente expressar “verdades” acerca das suas loucuras, de maneira que vozes da experiência de ter sido identificado como louco diante do imaginário social e/ou de ter vivido o “enlouquecer” sejam escutadas, é um dos “estetoscópios” dos quais as práticas de Atenção Psicossocial carecem. Defende-se uma provocação ao paradigma psiquiátrico de

“saúde para loucos por, supostamente, não loucos” – questionado, porém ainda amplamente poderoso –, no intuito de potencializar a terapêutica em Saúde Mental.

Nas últimas três décadas, as práticas em saúde têm encontrado problemas importantes. A institucionalização da participação cidadã vem exigindo redefinições. O modelo biomédico, que seguia orientando a formação, afastou-se do humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse o cuidado integral à pessoa, em geral suprimindo o que ela teria a dizer sobre si. Na tentativa de interrogar esse equívoco epistemológico e prático, defende-se que as pessoas assistidas, como avaliadoras em potencial, sejam consideradas durante as etapas do processo não só de validação do conhecimento a respeito da saúde, como também de produção, reiterando a urgência de escutar as “vozes da experiência da loucura”.

É mister, principalmente na Atenção Psicossocial, apontar ferramentas conceituais e práticas que respaldem uma análise mais aprofundada de trajetórias singulares, em detrimento de soluções padronizadas prescritas por uma expertise acadêmico-científica externa aos contextos implicados (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009). Consonante a isso, a Fenomenologia surge para Jaspers como um método em resposta “às necessidades de cientificidade para a psico(pato)logia e, ao mesmo tempo, atender ao imperativo de não exclusão do verdadeiro objeto de estudo destas disciplinas: a experiência subjetiva” (RODRIGUES, 2005 apud MOREIRA, 2011, p. 174), a qual remete ao aprendido, ao experimentado, ao que foi vivido pela pessoa em algum momento (DUTRA, 2002).

Quando a loucura é assumida como experiência passível de acontecer a qualquer um, aproxima quem cuida de quem sofre, salientando a importância de toda pessoa encontrar um sentido próprio, podendo partilhá-lo. Certo que enlouquecer supõe um conflito que favorece a proliferação de metáforas como estratégia para atender ao imperativo social de explicação para o fenômeno (BRITO; CATRIB, 2004). Contudo, a compreensão da loucura como experiência singular é fundamental, dispensando elucidações e reducionismos universais, pois “o problema não é cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido” (ROTELLI et al., 1990, p. 30).

Em pesquisa sobre narrativas e experiências acerca da loucura, Santos e Cardoso (2011, p. 734) indicam que “a loucura parece situar-se entre aqueles conceitos de muito difícil explicação”. Ao longo dessas tentativas de apreender a/uma verdade desse acontecimento, eis que o domínio do mistério segue persistente... Colaborar, pois, com o reconhecimento da pluralidade de sentidos da loucura em meio ao caminho rumo a novas

terapêuticas, é algo a que este trabalho também se propõe, valorizando, especificamente, a perspectiva de interlocutores vistos em algum momento como loucos, compreendendo-a como via fértil de reflexão e crítica, por tanto tempo interdita, emudecida e que, por isso, demanda atenção e espaços de voz.

Percebe-se a necessidade de questionar “os óculos” mediadores da relação loucura-profissional de saúde, a qual, lamentavelmente, tem gerado queixas quanto ao caráter verdadeiramente terapêutico de alguns serviços de atenção vigentes. Se toda prática camufla (ou revela) uma visão de humano e/ou de mundo, quais as lentes apropriadas para nortear modos de cuidado em Saúde Mental, de atenção à pessoa que atravessa uma dita experiência de loucura? Que dizer de modos de subjetivação tomados pela loucura – fenômeno essencialmente humano, que viveu sob sombra da exclusão e até reclusão por décadas a fio – para valorizá-los em detrimento de uma redução patológica? Como superar a figura do louco negligenciado (e silenciado) diante do próprio cuidado e da vida?

Estimando essas inquietações, tendo escutado a compreensão de pessoas que já foram internadas em uma instituição psiquiátrica sobre os sentidos da loucura, esta pesquisa, mais especificamente, objetivou circunscrever sentidos que atravessaram os depoimentos, tecendo reflexões críticas a respeito da experiência da loucura e sua redução patológica, a fim de discutir possíveis repercussões dessas reflexões sobre o cuidado profissional na Atenção Psicossocial. Como questão-bússola, definiu-se, portanto: Que reflexões críticas são possíveis acerca dos sentidos da loucura partindo da experiência de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica?

As compreensões de loucura são solo das relações de cuidado estabelecidas com pessoas que viveram essa experiência. Refletir sobre elas, enfim, implica sair do lugar de um saber enrijecido e distanciado da vida, na trilha de dizeres a respeito do que se vive, ansiando apropriar-se dessa morada, buscando construção de sentido como sinônimo de direção. O homem se coloca no mundo dando sentido a esse mundo, a ele próprio e aos outros. “Estas posições parecem abrir possibilidades interessantes para a compreensão da dinâmica da vida neste mundo e da existência” (CABRAL; MORATO, 2003, p. 160) e é por elas que este estudo alvitrou, ele próprio, ser experiência, ou seja, guiar-se pelos sentidos da(s) loucura(s) elaborados ineditamente por cada “louco”, assumindo o enlouquecer como modo de existir e – por que não – cuidar de ser.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Definindo o método, optou-se pela abordagem qualitativa compreensiva, tomando como âncora uma articulação metodológica respaldada na perspectiva fenomenológica existencial, a Analítica do Sentido, como proposta por Critelli (2006). Derivada da ontologia heideggeriana e do pensamento de Arendt, tal proposta pressupõe que o ser é mutável, não está preso às representações dele feitas, sendo possível compreendê-lo apenas em seu movimento fenomênico de aparecimento/desaparecimento. Diante dos “dados” de uma pesquisa, o que se revela, então, é uma interpretação do real, que se constitui tão somente como uma possibilidade compreensiva, e não uma proeza lógico-conceitual (CRITELLI, 2006).

Quatro foram os interlocutores: duas mulheres e dois homens, entre trinta e sessenta anos, sendo um curatelado e três em plena posse de seus direitos civis. Não havendo preocupação com o recorte geográfico, os interlocutores distribuíam-se em três cidades, de dois estados diferentes (Bahia e Pernambuco), no sertão do Submédio São Francisco. Optando-se por não atrelar os convites à colaboração a qualquer dispositivo de cuidado em Saúde Mental, no intuito de reduzir o viés ideológico institucional, tais interlocutores foram convidados a partir de indicações na rede de conhecidos da pesquisadora principal, considerando o seguinte perfil: pessoas que viveram ao menos uma internação psiquiátrica; maiores de idade; ambos os sexos; sem parentesco ou relação íntima com as pesquisadoras e em condições favoráveis para participar na ocasião da colheita dos “dados”, o que implicou não estar em momento de crise psíquica.

No cenário de pesquisa, destaca-se que os diálogos entre pesquisadora e interlocutores aconteceram em locais sugerido por estes, somando três momentos nas respectivas residências dos interlocutores e um momento em uma acomodação de uma Unidade de Saúde da Família (USF). Preservou-se, na medida do possível, o conforto e a privacidade do ambiente, buscando garantir que, no momento da conversa, o mesmo fosse ocupado somente pela díade pesquisadora-colaborador(a). Por sua vez, direcionada à experiência, dimensão existencial do viver, a articulação fenomenológica em questão valeu-se, como instrumento metodológico, da narrativa.

A pesquisa por meio da narrativa consiste na colheita de histórias sobre determinado tema, ansiando conhecer informações que auxiliem a compreensão de um fenômeno (PAIVA, 2008). Para Benjamin (1994, p. 201), “o narrador retira da experiência o

que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes”. Ao passo que é estabelecido encontro para que seja contada uma experiência, conseqüentemente, ocorre oportunidade de elaboração (CABRAL; MORATO, 2003). Entre a pessoa e sua narrativa há uma relação intrínseca, que não apenas uma manifestação dos discursos que circulam socialmente mas uma expressão da subjetividade, como indicam Santos e Cardoso (2011).

No dia e horário pactuados para a conversa, assegurados os critérios éticos, os interlocutores tomaram melhor conhecimento do funcionamento do instrumento e, em seguida, foram provocados a tecer uma narrativa por efeito da seguinte pergunta: *Como você compreende a experiência da loucura a partir da sua história de vida?* Outras questões foram acrescentadas conforme o desenrolar dos depoimentos, no intuito de potencializá-los. Todo o encontro foi registrado em áudio e, posteriormente, transcrito na íntegra e literalizado. Literalizar consiste na lapidação da matéria-prima transcrita, buscando deixar o texto mais fluido (suprimindo repetições excessivas e condensando relatos em parágrafos que versam sobre o mesmo assunto), porém conservando o sentido original das narrativas (MORAIS; ANDRADE, 2013).

Com base em leituras repetidas e intensivas dos depoimentos, procurando compreender o sentido comunicado (e assumindo que outros sentidos possivelmente estavam sendo produzidos na interlocução entre pesquisadora e narrativas), os resultados colhidos foram analisados também com o suporte da Analítica do Sentido (CRITELLI, 2006). Em contato com o material transcrito, foram realçados excertos que sinalizavam direções possíveis para compreensão da(s) experiência(s) da loucura, os quais, depois, em função de seus entrecruzamentos, arranjaram-se didaticamente em vinte microdimensões interdependentes que, por último, foram organizadas nas quatro macrodimensões apresentadas a seguir.

3 RESULTADOS E REFLEXÕES POSSÍVEIS

Em consonância com o compromisso ético de produzir conhecimento socialmente relevante e recorrendo ao caráter fenomenológico de interpretação dos depoimentos colhidos, os achados foram condensados e discutidos a partir do que se decidiu denominar “pérolas sobre a loucura”. Tais “pérolas”, como diálogos fictícios construídos com os

excertos das conversas entre pesquisadora e interlocutores, ilustram as quatro macrodimensões de análise: 1) Loucura e experiência; 2) Loucura e saber científico-profissional; 3) Modos de cuidado à pessoa antes, durante e depois da crise e 4) Outras dimensões que atravessam a compreensão de loucura. Pela configuração do produzido em termos de resultados, considerou-se conveniente articulá-los às reflexões proporcionadas em uma mesma seção. Por questões éticas, os nomes dos interlocutores são fictícios.

3.1 Loucura e experiência

O que é, o que é?

Maria: Loucura é uma invenção, ela não existe e existe. Então, ficar louco ou não, depende da pessoa. Depende de como a pessoa pensa e encara aquele problema. E existe de uma maneira assim... até uma perda, de uma pessoa muito próxima, um pai, uma mãe, um irmão... A pessoa pode vir à loucura, entendeu? Por quê? Porque não tá preparada, não sabe perder.

Antônio: Bom, a palavra de Deus diz que a loucura é a causa de muitas desgraças. A loucura traz prejuízo... É o que eu entendo, visse?... pra saúde da pessoa que tá com essa doença, se tiver loucura, realmente louco, e também pra família.

Joana: Mulher, eu acho que é uma fraqueza muito grande, viu? É a pessoa não ter força de dominar seu próprio eu. Às vezes, eu fazia as coisas pensando que tava certo e tava errado... Mas pra mim tava certo! Eu, às vezes, não tinha noção... É muito complexo, porque tem horas que você tem aquela noção assim... que não vai passar... ali é o fim, que não vai conseguir, mesmo com aquele... com o desequilíbrio emocional, sabe?

Pedro: A loucura é só nervoso. A loucura faz você fazer coisa errada, né? Coisa sem limite, erra tudo, não conversa... Se for pra conversar, vai lá e só fala besteira. É isso aí que eu penso sobre a loucura, que... eu tenho muito medo e também tenho muita fé. Tenho medo de tá... de ficar louco, porque essas vozes nunca foi provada pra mim. Ah, já! Já foi provada! [...] Eu vejo essas vozes, eu penso que eu tô louco. Mas ela diz que... que isso não é loucura, é chip, telefoninho...

Maria: Me dá uma raiva quando eles ficam dizendo "Ah, ela tá ficando doida!". Qualquer coisinha que eu falasse, eu tava ficando doida. Se eu dissesse assim: "Ah, eu vou comprar uma roupa bem bonita pra mim... vou numa festa"... "Ah, ó ela, já tá querendo ir pra festa, já tá ficando doida!". Menina, ali pra mim era igual à morte!

Joana: Mas, assim, se eu já passei [pela loucura]... devo ter passado em algum momento, porque é muita coisa que acontece na vida da gente. Mas eu agradeço a Deus, que em tudo eu venci.

A "pérola" revela compreensões múltiplas sobre a experiência da loucura, recuperando aspectos problematizados na discussão teórica inicial. Compreender o acontecimento loucura parece requerer um inclinar-se sobre a diversidade e processualidade da vida, sinalizando sentidos plurais, entrecortados por contextos singulares. A impossibilidade de homogeneizar aspectos existenciais relacionados à crise, elaborações diante da experiência, bem como estratégias criadas para lidar com as consequências do vivido parece reafirmar a necessidade de abandonar concepções

deterministas ou redutoras quando almejado conversar efetivamente com as “vozes” que narram o “enlouquecer”, com as pessoas reais que as expressam. Como indica Lobosque (2001, p. 20), “está em causa, aqui, nosso primeiro princípio: a consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura em particular, e na luta política em geral”.

De tantos conceitos relacionados à figura dos ditos loucos, tal análise mostra também que, apesar de um saber em curso patrocinado essencialmente pelos dizeres psiquiátricos (em sua origem positivista, ao menos na intenção) e estremeado pelas experiências mais revolucionárias de Reforma Psiquiátrica, os sentidos acima circunscritos não se restringem à Época Moderna (surgimento da Psiquiatria), misturando representações surgidas em diferentes períodos históricos. Ver a loucura “demoníaca” (“causa de muitas desgraças”) e a loucura oposta à razão (cuja influência se vislumbra na leitura da experiência como certa ou errada) dividindo o mesmo espaço-tempo, resgata aquilo que Foucault (2010) chamou de “figura fragmentária” defendendo que, sempre incompleta, uma compreensão de loucura deve levar em consideração tudo aquilo que a oculta.

Nos relatos, frequentemente, referências a sensações corporais, estados de humor e atitudes (como fraqueza, nervoso, alucinações auditivas, agressividade, descuido com o corpo, isolamento social, afasia, angústia, desânimo, preocupação, além de capacidade crítica prejudicada ou ausente) eram utilizados para comunicar a vivência da crise. Enumerando sentimentos que soam corriqueiros à maioria das pessoas e enfatizando uma autopercepção de descontrole e desequilíbrio emocional, os interlocutores levavam a refletir qual qualidade de controle e equilíbrio excluiria uma experiência do cerco da loucura: os limites entre “normal e patológico” parecem seguir tênues. Cabe, então, retomar Canguilhem (1990a apud CAPONI, 2003, p. 57), segundo quem “o normal é poder viver em um meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis”, questionando a padronização das reações humanas diante da vida proposta por modelos estatísticos de saúde.

Santos e Cardoso (2011) afirmam que ou vestem a loucura injustamente como sinônimo de violência ou a maquam como liberdade. Sobressai nas narrativas, contudo, a atribuição de uma valoração negativa à experiência da loucura por parte dos quatro interlocutores, chamando uma discussão quanto à desautorização sofrida pela figura do louco. Viver um episódio de “loucura” tem sentenciado uma condição de impossibilidade de exercer a autonomia, como alerta Moffat (1990 apud TELLES, 2002). Quereres, gostos,

escolhas, mesmo compartilhados em determinado contexto, se vindo de alguém denominado em um dado momento como louco, tomam proporções outras, passando a “anunciadores de crise”. A “condição de louco” funciona como um “filtro” na avaliação dos demais em relação à experiência da pessoa assim rotulada. A quem serve, portanto, o mundo da invalidação que é criado, os moldes que são paramentados para não permitir “querer ir à festa” a pessoas que viveram uma dita experiência de loucura?

O sofrimento dos interlocutores diante desses discursos de estigma e interdição das vontades atravessa as falas de modo que apenas um dos quatro se permite cogitar a possibilidade de já ter vivido o “enlouquecer”, enquanto outros dois o reconhecem como fenômeno externo e o quarto diz ter medo de “ficar louco”. Destarte, Souza (1999 apud SANTOS; CARDOSO, 2011, p. 733) pontua que “os pacientes mentais sofrem não de doença mental, mas de contingências: a visibilidade de suas ações, ou o nível mais ou menos baixo de tolerância da comunidade”. Entre visões organicistas, psicodinâmicas e sociais, se a loucura mais parece “uma invenção”, quem a inventou? Como reinventar cotidianamente o seu sentido? Se ficar louco ou não depende da pessoa, de como encara um problema, como narra Maria, que abertura tem apresentado famílias, serviços, sociedade, para efetivamente lidar com os modos diversos que caracterizam o humano, inclusive na condição tão multifacetada da loucura?

3.2 Loucura e saber científico-profissional

E agora, doutor?

Joana: Saúde? Vou falar em termos técnicos: [...] É o bem estar físico e mental!

Maria: Aí você tem que cuidar das duas coisas, pra que você não caia em depressão. Porque, hoje, qualquer problema pode cair em depressão e da depressão mal cuidada vem a loucura, entendeu? [...] Do que adianta você cuidar da depressão... da diabete, da pressão alta se você não tá cuidando da alma, nem do espírito, nem do pensamento?!

Pedro: A pessoa tá normal quando ele tem saúde...

Pesquisadora: Quando a pessoa não tá normal, quê que ela tá? Quê que acontece com ela?

Pedro: Tá louco! Ou tá doente ou tá louco (risos). [...] Doente, pra mim, é fraqueza, fraqueza no corpo e muita tristeza também. [...] A doença pra mim é a coisa mais triste do mundo.

Maria: Eu já caí em depressão. [...] Porque pode vir, qualquer pessoa, até você! Você está estudando pra psicóloga, mas se tiver um problema muito grande, você pode vir à loucura, mesmo sendo psicóloga.

Antônio: Bom, vou falar pra você assim, os médicos dizem que eu tenho esquizofrenia, entendeu? Já eu, eu não tive... Eu não penso que eu tive esquizofrenia. Eu penso que eu tive uma depressão, entendeu?

Pedro: Parou!

Pesquisadora: O quê que parou?

Pedro: As vozes minhas!

Pesquisadora: Como é que você se sente sem elas?

Pedro: Eu fico louquinho, doido pra conversar com ela. [...] Eu gosto que ela fala comigo, porque ela só fala o bem pra mim. Ela que me acalma quando eu tô muito nervoso. [...] Ela ouve meus pensamentos e minhas vozes também. É interessante uma coisa dessa!

Na Europa do final do século XVIII, a loucura já era objeto de domínio do saber médico-científico (VECHI, 2004), sendo constrangida, inicialmente, à lógica manicomial, via saber psiquiátrico, logo depois à da Saúde Mental e, mais recentemente, no contexto das reformas, à da desinstitucionalização. Vechi (2004, p. 494) defende que mesmo com “reformas discursivas e dos procedimentos assistenciais associadas a ela, o efeito de favorecer a permanência em uma condição reconhecida como patológica foi um aspecto presente no processo de introdução e manutenção da loucura como objeto da ciência”. Eis a resposta à metáfora da “invenção”: na categoria de “doença mental” a ser tratada, a loucura pôde, enfim, entrar na lógica da ordem social e do pensamento científico objetivo, como discutido por Basaglia (2005). Pôde, portanto, ser inventada.

Abordando a relação da loucura com esse saber científico moderno, os resultados apontam o que Jaspers outrora já pretendia redimensionar: há uma sobreposição da linguagem médica da razão à linguagem da experiência. “Esvaziada de qualquer significado trágico e subjetivo, espoliada da historicidade da experiência pessoal, afastada da vida da qual faz parte [...], objetificada por uma razão que define, para melhor invalidar-lhe a voz” (BASAGLIA, 2005, p. 273), a loucura tem tido pouco ou nenhum espaço além do diagnóstico para imprimir-se nas condutas prescritas. Além disso, obras da produção biomédica do normal versus patológico, à qual Canguilhem teceu severas críticas, revelam-se, nas narrativas dos interlocutores, o normal como sinônimo de saúde e a doença ou a loucura como seu antônimo (e toda a carga de valoração negativa que isso acarreta).

Contrastando as considerações de Telles (2002, p. 17), de que “por não ter como lutar contra uma estrutura social, o indivíduo aceita o diagnóstico médico e reproduz tal discurso sob a sua concepção”, em suas narrativas, os interlocutores questionaram a legitimidade do diagnóstico recebido, demonstrando que, em alguma medida, têm se empoderado da voz da experiência que carregam. Todavia, quanto a serem escutados, talvez a preferência pelo “CID depressão” (com o qual três deles encobrem as dificuldades atreladas ao sofrimento psíquico vivido) revele outro lado. Os interlocutores parecem reproduzir um estereótipo, fruto da mercantilização da saúde via indústria farmacêutica, de

que a qualquer um pode acometer a depressão (que tem “cura”), diferente de outras experiências e diagnósticos (que decretam o fracasso). Será que se caminha a uma exclusão dentro da exclusão? Torna-se urgente repensar as relações terapêuticas em prol de um canal de escuta mútua eficaz e uma troca recíproca de experiência, em vez de seguir com a “suposta razão” apenas nas mãos dos cientistas-profissionais.

Para Basaglia (2005, p. 279), “a razão impõe à loucura o corpo da sua linguagem, que é a ‘doença’”. Todavia, além de revelar preocupação com um cuidado integral, que articule o complexo biopsicossocial, os interlocutores protestam contra essa imposição moderna, permitindo pensar que sintomas habitualmente associados às situações de crise nem sempre cumprem função meramente negativa e desconfortável. Um dos interlocutores compartilha relação bastante curiosa com suas alucinações auditivas, por exemplo, discernindo quando elas trazem benefícios ou não. Sinaliza-se, com isso, que a remissão dos “sinais de loucura”, por vezes, remete à medicalização dos próprios modos de subjetivação, dos modos de cuidar de ser. Assim, mesmo levando em consideração a fronteira tênue que separa os “supostamente sãos” dos “supostamente loucos”, até que ponto um cuidado “para loucos por não loucos” se sintoniza com essa perspectiva de respeito à singularidade de cada experiência, tornando-se efetivo?

3.3 Modos de cuidado à pessoa antes, durante e depois da crise

E loucura, quem cura?

Antônio: Bem, eu não tô tomando mais nenhum remédio... [...] Meu cuidado de saúde é que eu tô me alimentando bem. Eu não tava me alimentando, entendeu? Até a água que eu bebia era pouca. Tomo água normal. Sempre quando tenho sede, bebo! Pra falar a verdade, os dentes, eu não escovava direito. Hoje eu tô escovando normalmente, quando acordo, depois das refeições também. Banho também, necessariamente tomando. Tô fazendo o que posso, pra me ajudar e ajudar minha família.

Joana: Eu ando com essa garrafinha, se eu for daqui pra ali sem ela, eu já passo mal.

Pedro: Eu, pra cuidar da minha saúde, só ter paciência, porque se eu fosse um cara besta, já tinha feito coisas que... já tinha matado gente inocente...

Maria: E, se a pessoa não tiver muito cuidado e, digamos, ouvir uma música, ir numa igreja, procurar pensar mais em Deus também e ir tirando da mente... [...] Sei lá, se você encontrasse alguém pra conversar... Chegasse uma pessoa, com um assunto diferente, que tirasse aquilo da tua mente, do teu pensamento... [...] Então, aí da gente se não existisse os psiquiatras, psicólogos... essas pessoas que ajudam a gente a recuperar. [...] Vou usar até os evangélicos... Eles ajudam!

Joana: Aí, um dia, eu cheguei lá [no CAPS] em crise... “Não, você vai ficar aqui com a gente. Venha aqui tal dia que a gente vai ajeitar aqui”. [...] Aí, abusei de fazer... abusei de ir pro CAPS, dei um tempo. [...] Eu acho também que é porque, assim, o serviço do CAPS não é valorizado, mesmo dentro de casa, certo? O pessoal da família não valoriza.

Maria: Aí eles internam. Só que eu acho que esse negócio de tratamento de internar mesmo não é o que resolve não!

A atitude de cuidar, de difícil definição, posta espontaneamente em algumas relações e preconizada institucionalmente para outras, pode ser compreendida, talvez, como o modo de “perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação” (BRASIL, 2008, p. 7). Segundo Boff (1999), como companheiro/guia da vida humana, o cuidado é importante não apenas como ação específica ou técnica pontual de cura mas como um hábito para a boa vida. Rompendo as grades dos manicômios, que utilizavam paradoxalmente o isolamento para “cuidar” dos ditos loucos, os profissionais que dão corpo à estratégia política da RAPS defrontam-se, diariamente, com o desafio de criar modos de cuidar que superem a prática baseada nos preceitos da terapêutica tradicional e promovam um cuidado efetivo às pessoas que passam pela experiência da “loucura”.

Parece ainda pertinente a indicação de Telles (2002, p. 17) de que “o efeito social das diversas concepções de loucura formadas ao longo da história continua a orientar o cuidado direcionado às pessoas que vivem essa experiência”. Tomando uma das propostas assumidas pela pesquisa, a de questionar sobre a qualidade das lentes que têm mediado a relação loucura-profissional de saúde, a leitura interpretativa das narrativas evidenciou elementos importantes diante dessa problemática do cuidado. Um primeiro, curiosamente, refere-se a algo que o cuidado profissional em saúde parece vir desconsiderando: o autocuidado. Remetendo às práticas de desinstitucionalização do louco e empoderamento social do usuário dos serviços de saúde em geral, os relatos apontam a necessidade de reconhecimento e fortalecimento da atitude do autocuidado também no âmbito da Saúde Mental/Atenção Psicossocial.

Tangenciando o próprio cuidado profissional, que é um segundo elemento evidenciado, os depoimentos sugerem que nem todas as suas práticas de autocuidado podem ser racionalizadas pelo saber científico, entretanto devem ser respeitadas. Além disso, indicam que o uso irracional de medicamentos, por exemplo, deve ser discutido (entre pares e com o próprio usuário) e erradicado. Um cuidado profissional efetivo deve estar sintonizado com a percepção dos benefícios e desconfortos da conduta terapêutica pela pessoa cuidada. Dando seguimento, outro elemento, de duas faces, que merece observação é o cuidado familiar. Por um lado, é inquestionável o valor estimado da família no acolhimento à pessoa que vive uma situação de crise. Por outro, o profissional de saúde não pode negligenciar a atenção de que também carecem esses cuidadores primeiros.

Muitas vezes o familiar de referência apresenta adoecimento que revela dificuldade de cuidar do sofrimento do outro.

Os dois últimos elementos, portanto, articulam-se na importância do discurso da (re)inserção social do “louco”, defendido pela Reforma Psiquiátrica como via fértil de cuidado. Acerca disso, os rituais religiosos (como dos evangélicos, mencionado na “pérola”), surgem como redes sociais apoiadoras que têm contribuído para o resgate de sentido existencial de pessoas que passaram por uma experiência de crise, ora evidenciando o caráter terapêutico da fé, ora demonstrando o poder restaurador presente em atividades propostas nessas celebrações. Por fim, tem-se o reconhecimento do potencial dos serviços substitutivos, representados nas narrativas pela figura do CAPS, na luta pela ampliação dos cuidados territoriais: “[...] esse negócio de tratamento de internar mesmo não é o que resolve não”. É preciso fortalecer a RAPS e outras redes de apoio, para responder ao compromisso ético do profissional de saúde de propor modos de cuidado legítimos à pessoa que passa pela experiência da loucura.

3.4 Outras dimensões que atravessam a compreensão de loucura

Aonde vão os sonhos?

Pedro: Eu preciso de um trabalho e não tô conseguindo trabalhar, [...] por isso que eu acho que tô doente só por causa disso, porque eu não posso trabalhar...

Joana: Tem pessoas que pensam que a gente não é capaz, sabe? Eu mesmo não tenho coragem de pedir emprego a todo mundo... Porque além de eu ter minhas limitações que ainda restam, essa questão da medicação...

Maria: Olhe, eu acho que as pessoas da sociedade, eles não sabem ainda conviver com a loucura...

Pedro: Também tem o negócio da maconha... também eu sinto muito medo. Eu sou viciado! Eu tenho medo de ser preso e é muito difícil pra mim. [...] Já tentei me suicidar... eu tô querendo me suicidar de novo, mas eu vou ter fé, eu não vou me enfraquecer não. Hoje mesmo eu pensei em me suicidar. Se eu tivesse uma arma, eu já tinha atirado na minha cabeça. Porque eu sofro demais. [...] Eu choro... eu choro até sem ver. Quando eu vou ver, a lágrima já tá descendo.

Pesquisadora: Qual o teu maior desejo hoje?

Joana: Ai, meu Deus! Vixe, mulher, você não ia entender...

Antônio: O que eu so[nho]... o principal de tudo é ver a família em paz comigo, entendeu? Só isso.

Além das dimensões discutidas, muitas foram as compreensões que atravessaram as narrativas sobre a experiência da loucura; dentre elas, três relações se destacaram: 1) crise e uso de substâncias psicoativas (que não os psicofármacos); 2) sofrimento e suicídio e 3) loucura e mundo do trabalho. Ambivalentes nos relatos, as representações sobre o uso

de substâncias psicoativas (a maioria ilícitas) dizem, de um lado, desse uso como desencadeador de crise e, de outro, do uso como modo de atenuar o sofrimento. Essa discussão remete às preocupações da política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que observa que exclusão social e ausência de cuidados alcançam os que sofrem de transtornos mentais continuamente na história, tornando imperativa a reversão de modelos assistenciais em desacordo com as reais necessidades de uma população (BRASIL, 2003).

Quanto ao suicídio, três dos interlocutores revelam já ter planejado livrarem-se do sofrimento oriundo da crise eliminando as próprias vidas. Nesse sentido, o Manual de Prevenção do Suicídio dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL, 2006, p. 13) orienta que os CAPS “são responsáveis pelo cuidado de pessoas que, em grande proporção, padecem de alguns desses transtornos. Essas equipes lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado”. Vinculados aos usuários, familiares e comunidade, profissionais das equipes dos CAPS estão em posição privilegiada para avaliar redes de apoio social que podem prevenir o suicídio, criando meios de fortalecê-las. Como temática, o suicídio é uma realidade que precisa ser debatida às claras a fim de ser evitado.

Por sua vez, o mundo do trabalho, representado socialmente, em geral, como campo responsável por “dignificar o homem”, designa condições bastante perversas à pessoa que vive a experiência da loucura: as de incapacidade e segregação. Para Basaglia (2005, p. 275):

A organização das relações capitalistas de produção determina uma realidade na qual o grau de eficiência requerido para se chegar ao mundo produtivo vai-se tornando cada vez mais alto. A distância entre quem o alcança e quem despenca se amplia, e quem despenca – ou não consegue achar lugar na organização do trabalho, transformado no único valor socialmente reconhecido – vê-se cortado do mundo, privado de identidade e de direitos.

Nas produções narrativas, revelou-se que se perceber aceito por este mundo e trabalhar, tendo respeitadas particularidades, limites (muitas vezes comungados pelos ditos não loucos), reproduz-se como sonho, como uma das coisas que resguardam imenso potencial de “cura”, de promoção de saúde. Quando o cumprimento da tarefa mais imposta/cobrada pela sociedade moderna é interdito, esvai-se a forma mais eficaz de (re)inserção social e “o discurso não oficial, apresentado apenas pela realidade, exprime o

campo em que a saúde mental, no sistema capitalista como o nosso, está situado: ‘o campo do que não vale’” (MAZARINA, s. d. apud PUGIN; BARBÉRIO; FILIZOLA, 1997, p. 64). Este é, provavelmente, um dos maiores desafios dos processos de Reforma Psiquiátrica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Voz confundida com a miséria, a indignação e a delinquência, palavra emudecida pela linguagem racional da doença, mensagem truncada pela internação e tornada indecifrável pela definição de periculosidade e pela necessidade social da invalidação, a loucura jamais é escutada por aquilo que diz ou queria dizer (BASAGLIA, 2005, p. 282).

Como compreender a loucura? O que exprime e o que representa? Em um papo franco com vozes representativas da experiência de ter sido identificado em algum momento como louco, tem-se confirmada a magnitude da experiência subjetiva. Tal vivência é acompanhada, contudo, pelo poder de classificações e estereótipos: quando atribuídos, assumem, presumidamente, a capacidade de explicar tudo sobre algo. Dessa maneira, as reflexões tecidas, partindo da legitimação de depoimentos de interlocutores ditos loucos, remetem à necessidade de construir outras relações com a loucura – ou melhor, com os ditos loucos – desnaturalizando estigma e discriminação. A pergunta “o que quer ser comunicado?” cabe sempre, como fruto de interesse genuíno nas práticas terapêuticas. Há um longo caminho a percorrer na luta pela validação dessas experiências que foram escutadas e de outras tantas que se colocam no mundo no sentido de simplesmente “ser”: serem escutadas, serem reconhecidas, serem legitimadas em seus modos por vezes enigmáticos de expressão.

No contexto de uma rede de cuidado às pessoas que atravessaram, atravessam e/ou atravessarão a experiência da loucura, na perspectiva da Atenção Psicossocial, demanda-se avançar do “acolhimento” à “intervenção verdadeiramente terapêutica”. Importa, então, escapar ao intuito de cura, no sentido ortopédico, enfatizando seu sentido originário: o cuidado. Importa destacar e valorizar a experiência das pessoas em crise. Desse modo, a formação em saúde deve por permanentemente em questão a função do profissional. É fundamental garantir que a pessoa cuidada esteja cada vez mais no centro da cena, vivendo da forma que lhe é possível, em vez de teatralizando um modo racional positivista, que já se provou estar apenas no campo do “ideal”. A “centralidade no usuário” nos

processos de cuidado não pode ser mero chavão. As barreiras que segregam o mundo da loucura do da expertise científico-profissional pedem demolição, pois o discurso de que o “louco” não tem o que dizer e, se tem, diz de modo ininteligível à racionalidade imposta como Racionalidade Humana, já não se sustenta (se já se sustentou).

Esse tom reflexivo sobre a formação e atuação profissional se impõe mediante o que foi escutado e comunicado por este texto. Eis mais uma preocupação fruto das afetações que germinaram desta pesquisa: sinalizar que os processos formativos em curso, respaldados em um saber-poder em geral descolado da experiência, acabam por distanciar os profissionais, na maioria das vezes “formatados”, da importância de uma disponibilidade de escuta genuína das pessoas que atravessam a experiência de “loucura”. Enfatiza-se, assim, a necessidade de, incansavelmente, criar estratégias para uma comunicação fluida entre as figuras aparentemente mais interessadas na compreensão dos sentidos da loucura: profissional de saúde, usuário dos serviços das RAPS e familiares. Acredita-se que questionar modos de atenção possíveis, valorizando a singularidade dos diálogos que podem surgir a partir dessas vozes é efetivamente uma via poderosa à produção científica de novas “pérolas”, agora, “pérolas do cuidado em saúde”.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

AMARANTE, P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: Tecendo o percurso do movimento da Reforma Psiquiátrica. In: _____ (Org.). *Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 21-55.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336 p. (Loucura XXI)

BENJAMIN, W. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197-221.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BOFF, L. *Saber Cuidar. Ética do Humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União – Seção I*, Brasília, p. 37-38, 21 maio 2013.

BRITO, H. B.; CATRIB, A. M. F. Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 9, n. 2, p. 285-296, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a10v9n2.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

CABRAL, B. E. B.; MORATO, H. T. P. Considerações metodológicas a partir da formulação de uma questão para pesquisa. *Interlocuções*, Recife, v. 3, n. 1/2, p. 155-176, 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267923872_CONSIDERACOES_METODOLOGICAS_A_PARTIR_DA_FORMULACAO_DE_UMA_QUESTAO_PARA_PESQUISA_i>. Acesso em: 19 jan. 2014.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.

CETOLIN, S. K. *Representações Sociais da loucura: Um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia – HCT/BA*. 2011. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.pospsi.ufba.br/Simone_Cetolin.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2014.

CRITELLI, D. M. *Analítica do sentido: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 2006. 158 p.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estud. Psicol. (Natal)*, Natal, v. 7, n. 2, p. 371-378, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. 99 p. (Biblioteca Tempo Universitário)

_____. *História da loucura: na Idade clássica*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010. 551 p. (Estudos)

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 173 p. (Loucura XXI)

MACHADO, S. B. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217-228, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v12n2/v12n2a04.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

MORAIS, S. R. S.; ANDRADE, A. N. Sob a espada de Dâmocles: a prática de Psicólogas em Oncologia Pediátrica em Recife-Pe. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 33, n. 2, p. 396-413, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a11.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

MOREIRA, V. A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a Psicopatologia Fenomenológica. *Rev. Abordagem Gestalt.*, Goiânia v. 17, n. 2, p. 172-184, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v17n2/v17n2a08.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Genebra, 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

PAIVA, V. L. M. O. A pesquisa narrativa: uma introdução. *Rev. Bras. Linguist. Apl.*, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 261-266, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbla/v8n2/01.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 37-52.

PUGIN, V. M.; BARBÉRIO, Y. C.; FILIZOLA, C. L. A. A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de Saúde mental de uma Instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. especial, p. 59-68, maio, 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1267/1290>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

QUEIROZ, V. D. C. *Entre o passado e o presente: a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental*. 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=15056@1>. Acesso em: 19 jan. 2014.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

SANTOS, J. E.; CARDOSO, C. M. S. Narrativas e experiências acerca da loucura: uma reflexão de profissionais de comunicação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 727-740, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/09.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

SCARAMUSSA, R. et al. Saúde Mental e produção de subjetividade: o discurso de profissionais do SUS sobre a loucura. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 15., Maceió, 2009. *Anais eletrônicos...* Maceió, 2009. p. 1-9. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/297.%20sa%DAde%20mental%20e%20produ%C7%C3o%20de%20subjetividade.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2014.

SENNE, W. A fase técnica da teoria. In: _____. *Psicologia e Psicodiagnóstico: bases epistemológicas*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 155-160.

SILVA, L. B. C. *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia*. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2001. 466 p.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

TELLES, E. A. B. O doente mental e a instituição psiquiátrica: a voz do silenciado. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 55, n. 1, p. 13-18, jan./fev., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n1/v55n1a03.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto de discurso científico no Brasil. *Estud. Psicol. (Natal)*, Natal, v. 9, n. 3, p. 489-495, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1005/1122>>. Acesso em: 20 jun. 2014.