



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**



ANA JÚLIA VIEIRA ZUCCHI

**À SOMBRA DO CASTANHEIRO: ENTRE O DISCURSO DO MANICÔMIO E
AS PAREDES DA SOLIDÃO**

CAMPINAS

2020

ANA JÚLIA VIEIRA ZUCCHI

**À SOMBRA DO CASTANHEIRO: ENTRE O DISCURSO DO MANICÔMIO E
AS PAREDES DA SOLIDÃO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte das exigências para aprovação.

Orientação: Prof. Dr. Bruno Ferrari Emerich

Coordenação: Prof^a Dra. Rosana Teresa Onocko-Campos

CAMPINAS

2020

I know why the caged bird sings, ah me,
(Eu sei por que o pássaro canta na gaiola)
When his wing is bruised and his bosom sore,
(Quando suas asas estão machucadas e seu peito dolorido)
When he beats his bars and he would be free;
(Quando ele bate em suas grades para ser livre)
It is not a carol of joy or glee,
(Não é uma canção de alegria ou júbilo)
But a prayer that he sends from his heart's deep core,
(Mas uma prece que ele envia da profundidade de seu coração)
But a plea, that upward to Heaven he flings
(Um apelo que é lançado aos céus)
I know why the caged Bird sings
(Eu sei por que o pássaro canta na gaiola)

"Sympathy" - Paul Laurence Dunbar

AGRADECIMENTOS

À nossa Casa, que nos fez 15 e nos fez uma.

Pela gentileza de rirem das minhas piadas ruins, pela delicadeza ao acolherem as piadas depreciativas e pelo reconhecimento em rirem das piadas boas.

Por transformarem nosso tempo juntas em histórias para contar e histórias para ainda vivermos.

Pelas risadas e vozes ecoando umas às outras, nos afastando dessa cotidiana, tentadora e perigosa solidão.



SUMÁRIO

Prólogo	06
Josés Arcádios	09
Alek	11
Janina	12
Sr. Artur	12
A Comida, o Teto, as Notícias e as Visitas	13
O Castanheiro	20
Os Anos de Solidão	31
Referências Bibliográficas	37

PRÓLOGO

José Arcádio Buendía, personagem da obra *Cem Anos de Solidão*, foi taxado como louco em certo momento de sua vida, mesmo em um contexto de realismo fantástico¹ de Gabriel García Márquez (1967). Desde o início do livro é caracterizado como alguém curioso e criativo, um sujeito com ideias extravagantes as quais não mede esforços para concretizá-las. Porém, em certa ocasião, seu filho e conhecidos próximos o encontraram em tal estado que os fizeram acreditar que tais ideias ultrapassaram o limite da coerência e, não sabendo como lidar com a situação e reconhecendo José Arcádio como um perigo para os outros a sua volta, decidem por prendê-lo em um Castanheiro localizado no quintal de sua casa. José Arcádio luta e reluta, mas a força de 20 homens é mais forte e finalmente conseguem amarrá-lo.

Enquanto amarrado, não deixa de ter o mínimo para sua sobrevivência garantido. Todas as refeições lhe são servidas. É construído um teto de viga em cima de sua cabeça, lhe fazem visitas, trazem as novidades e jogam damas com ele. Apesar de conversar, brincar, jogar, discutir, são poucas as pessoas que duvidam da necessidade de José Arcádio estar preso.

Até que chega o dia em que acreditam que José Arcadio não mais tem a necessidade de estar preso. Sendo assim, tiram as cordas que o aprisionam e o chamam para voltar para casa. José Arcádio, por sua vez, não se move, sendo necessário que o carreguem até seu quarto. Amanhecido o outro dia, não encontram José Arcádio no quarto para se depararem com ele de volta ao Castanheiro, tendo feito sozinho seu caminho até lá. Novamente o carregam, desta vez sendo preciso que mais pessoas o façam, pois José Arcádio está mais pesado do que no dia anterior. É levado novamente até seu quarto. No outro dia, José Arcádio é encontrado com um aspecto diferente: ainda mais pesado, seu quarto todo está com cheiro forte de árvore, terra e folhas, onde ele mesmo está se transformando no Castanheiro no qual estava amarrado.

Abro este trabalho com esta cena, pois é a partir dela que pretendo abordar os temas que me acometeram durante o meu último ano enquanto residente no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e nestes dois últimos anos enquanto

¹ “Realismo fantástico” ou “Realismo mágico” é um estilo artístico que compõe cenários cotidianos com elementos mágicos, fazendo da magia parte integrantes da história e da vida de forma natural.

militante da Luta Antimanicomial. Através de uma analogia com a cena, me proponho a discutir sobre as diferentes formas de expressão do Manicômio, o impacto que este tem na construção da subjetividade de cada sujeito e os diferentes atores e partes envolvidas neste processo. Para tal, uso como cenário deste trabalho minha experiência em uma Enfermaria de Psiquiatria em um Hospital Geral de um município de grande porte.

Porém, antes de tudo, para que se possa pensar em ofertas de cuidado e tratamento, é necessário que se entenda de que forma a loucura é lida neste espaço o qual me proponho a discutir. Atualmente no Brasil, com 31 anos do Movimento da Luta Antimanicomial e 18 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), luta-se por uma concepção da loucura que diga respeito a diferentes modos de existência, superando o estigma construído e sustentado historicamente em torno do louco que simboliza perigo e alienação e deve, portanto, ser excluído e controlado. Porém, com o crescimento da indústria dos psicofármacos e conseqüente fortalecimento da Psiquiatria, nos deparamos ainda com importantes divergências políticas e ideológicas dentro do próprio paradigma da saúde.

Costa Junior e Medeiros (2007) trazem uma interessante distinção entre o conceito da loucura no âmbito da Saúde Mental e da Psiquiatria chamada tradicional. Baseando-se na discussão de que as concepções de loucura dependem da visão de mundo e da moralidade que determinado suporte teórico fornece, os autores explicitam essa diferença ao elucidarem as diferentes concepções de ser humano que estas duas áreas atestam, entre o polo naturalista da Psiquiatria e o polo das Ciências Humanas e Sociais da Saúde Mental.

Apesar da discussão do trabalho se dar principalmente em cima da esquizofrenia ou psicose, os autores trazem através de um levantamento bibliográfico os principais embates entre estas duas teorias. É abordado que a leitura que se faz da loucura na Psiquiatria tradicional é de uma entidade nosológica autônoma, que acaba por ser nomeada através de diagnósticos baseados em uma classificação de sintomas, para assim ser possível identificá-la e estabelecer um tratamento quase que exclusivamente farmacológico “que a elimine do comportamento e do pensamento do indivíduo” (COSTA JUNIOR, MEDEIROS, p. 74, 2007). Ou seja, os comportamentos ou pensamentos que classificariam o sujeito enquanto louco são de origem biológica, levando a compreensão de que o sujeito não tem autonomia sobre eles, acabando por ser desautorizado de qualquer intencionalidade sobre seus atos.

Em contraponto, os autores trazem a abordagem da Saúde Mental (também caracterizada por estes como Saúde Mental na Atenção Psicossocial) estruturada a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e teorizada principalmente pela Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem e até algumas dissidências da Psiquiatria tradicional. A noção da loucura se dá a partir de uma experiência singular de cada sujeito, cuja expressão tem relação íntima com a história do sujeito e cultura na qual está inserido. Entende-se a loucura como uma experiência dotada de sentido que provém da subjetividade daquele que a vive. Com base majoritariamente psicanalítica, o levantamento mostra que o fenômeno da loucura abordado pela Saúde Mental tem, além de uma abrangência individual – que, no caso da Psiquiatria tradicional seria o biológico, mas para a Saúde Mental seriam as estruturas internas psíquicas do indivíduo -, uma abrangência maior que engloba o fenômeno social e coletivo (COSTA JUNIOR, MEDEIROS, 2007).

Saraceno (2011) caracteriza a lógica que conduz o paradigma biomédico em três pontos: linear, a partir do entendimento de que é determinado dano que causa a doença e, sendo assim, é na reparação deste dano que o tratamento se dará; individualista, em que cabe ao indivíduo ter ou não ter os recursos necessários tanto para o desenvolvimento da doença quanto para sua cura; e a-histórico, em que se desconsidera a história do sujeito e quaisquer interações que este pode ter com o seu meio.

A Enfermagem de Saúde Mental é um componente da Rede de Atenção Psicossocial. Desta forma, entende-se que a lógica que guiaria o trabalho e tratamento realizado neste espaço corresponda à teoria que diz respeito à Saúde Mental explicitada acima. Porém, estando esta inserida dentro de um Hospital Geral, onde a lógica de funcionamento é a biomédica, a prática de cuidado nestes espaços acaba por correr maiores riscos de também acabar por funcionar nesta lógica.

A Enfermagem a partir da qual a discussão deste trabalho será elaborada conta com os seguintes profissionais contratados: oito enfermeiras e aproximadamente treze técnicos de enfermagem (divididos entre turnos de manhã, tarde e noite) e quatro médicos docentes. O restante da equipe é composto por oito médicos residentes do primeiro ano de Residência de Psiquiatria, duas residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e oito profissionais participando do Programa de Treinamento em Serviço, sendo estes: psicólogos, fisioterapeutas, arteterapeutas. Com a ausência de uma equipe multiprofissional contratada, a Enfermagem se nomeia e se

legítima enquanto Enfermaria de Psiquiatria, e apesar da multiplicidade de núcleos presentes, a equipe pouco discute de forma interdisciplinar.

Dentro deste cenário, me proponho neste trabalho a discutir, a partir da concepção de sofrimento psíquico neste serviço e as consequentes ofertas de tratamento realizadas ali, de que forma os sujeitos acabam por ser atravessados por uma lógica que os reduz a sintomas, tendo assim suas existências silenciadas. Para tal, a discussão se dará a partir do desmembramento da cena anteriormente descrita, expondo os diferentes papéis desempenhados por cada uma das partes: **Josés Arcádios**, com o intuito de entender quem são aqueles que considerados loucos devem ser tratados; **a Comida, o Teto, as Notícias e as Visitas**, com a proposta de estudar as ofertas caracterizadas como de cuidado apresentadas à estas pessoas; e **o Castanheiro**, buscando finalmente analisar e articular todo este processo pelo qual o Manicômio se manifesta a ponto de se tornar parte daquele que é sua vítima.

1. JOSÉS ARCÁDIOS

“Mas, não se imagine que me foi muito difícil fingir os desequilíbrios que atestam a loucura. Ser louco é o que há de mais fácil no mundo. Parece que quando penetrei naquela casa, conduzido por um amigo, já eu não era o mesmo homem que ali costumava ir são: tudo em mim - o meu andar, a minha voz, os meus gestos, o meu olhar - tudo era de um verdadeiro louco. Creio que se dava em mim um fenômeno muito fácil de ser constatado por qualquer pessoa inteligente que o deseje. A certeza de que o médico me tinha por louco mudara inteiramente o meu moral e todo o meu ser”.

(POMBO, 1970, p. 28)

José Arcádio Buendía é apresentado como um homem “cuja desatada imaginação ia sempre mais longe que o engenho da natureza, e até mesmo do milagre e da magia” (MARQUEZ, 1973, p. 8). A aldeia onde morava, Macondo, foi fundada por ele mesmo, onde todas as casas eram construídas à imagem e semelhança da sua própria. Dava instruções para o plantio, criação de animais, ajudava no trabalho físico e se esforçava para manter a boa convivência na comunidade.

Fez inimigos e amigos imortais, perdeu amigos e inimigos mortais. Empreendedor, organizou o comércio na aldeia que pouco a pouco foi se transformando

em cidade. Inteligente e curioso, foi cartógrafo, astrônomo e alquimista sem saber que recebia esses nomes para fazer o que fazia. Sobreviveu à doença da insônia juntamente com Ursula, esposa e prima com quem passou o resto de sua vida e também com quem criou dois filhos e duas filhas. Ensinou-os a ler, escrever, fazer contas e não os poupou de seu conhecimento e imaginação.

Foi julgado enquanto louco quando se aproximou e se familiarizou com os ciganos. Foi julgado enquanto louco quando reconheceu a Terra como sendo redonda e resolveu apresentar tal descoberta para seus companheiros de aldeia. Foi julgado enquanto louco quando descobriu sobre magnetismo e procurou estudá-lo. Foi julgado enquanto louco quando convocou homens para uma exploração nos arredores de Macondo.

Em todos estes momentos que José Arcádio se deslumbrava com alguma coisa, passava a se dedicar inteira e exclusivamente à nova descoberta. Deixava de se preocupar consigo mesmo e se cuidar, parava de comer e de dormir. Era sempre Ursula quem o acolhia, com dureza e cuidado, pouco a pouco ajudando José Arcádio a retomar o contato com o restante das coisas ao seu redor. Foi em uma viagem de Ursula para fora da aldeia que José Arcádio, após perder um grande amigo e finalmente entender o funcionamento da roda, deixou de reconhecer o passar do tempo, sendo levado a acreditar que vivia o mesmo dia todos os dias. Numa tentativa de fazer com que estes dias andassem e algo mudasse, começou a quebrar todas as coisas da casa, momento em que seu filho e seus vizinhos o encontraram, seguraram e amarraram, entendendo que assim evitariam uma possível tragédia.

Após esta breve introdução da história de José Arcádio, apresento a seguir outros três personagens que vão compor com a discussão deste trabalho. Tal apresentação será feita em forma de narrativa a partir de casos que foram acompanhados por mim enquanto parte da equipe nesta Enfermaria de Psiquiatria. A escrita foi construída a partir da retomada de diários de campos, relatando o cotidiano do encontro com os usuários em atendimentos, grupos com familiares e discussão com a equipe. Todos os nomes são fictícios, inspirados por outros personagens da literatura que também carregaram em suas histórias o estigma da loucura.

1.1. Alek²

Foram vários os lugares em que Alek pediu ajuda antes de chegar ao hospital. Chegou solicitando uma cirurgia, pois naquele mesmo hospital, durante um exame em um momento anterior, haviam instalado uma máquina no seu cérebro que o transmitia pensamentos incoerentes e violentos, e entendendo que estava sendo encaminhado para os preparativos da cirurgia, foi internado em uma enfermaria de Psiquiatria.

A cirurgia que estaria para chegar no dia seguinte nunca chega, e os remédios dados para expelir a tal máquina também não funcionam - as imagens de violência e as vozes continuam a ser transmitidas. Até que houve um momento em que parecia que ia acontecer, fez até um exame no coração, subiu na sala de cirurgia, colocaram alguns aparelhos na sua cabeça e apagou, apagou para não sentir o choque, o corpo tremendo em convulsões. Mas quando acordou a máquina ainda estava lá. Tantas coisas que se perderam, lembranças, momentos, essa máquina bem que podia ter sido uma delas, mas não foi. Todos os dias tudo se repete e a cirurgia não chega, a violência se estende para fora da cabeça. Um dia, Alek pula pela janela mas volta para a porta do lugar da onde acabou de fugir, volta a pedir por ajuda sem reconhecer a quem pedia, pede por uma cirurgia porque um dia, naquele mesmo hospital, durante um exame em um momento anterior, haviam instalado uma máquina em seu cérebro que o transmitia pensamentos incoerentes e violentos. As portas são abertas, a ajuda é oferecida em forma de uma mão estendida que leva Alek até sua cama para ser amarrado.

(Todos os dias tudo se repete) E passados já três meses na internação, Alek acordou em um dia acreditando estar em uma prisão. Seu julgamento seria no dia seguinte e, por isso, estava elaborando sua defesa. Pediu uma cópia da Constituição Federal do Brasil para que ele pudesse provar que fora injustamente encarcerado. O documento construído foi inteiramente embasado no Art. 5º da atual Constituição (mais especificamente no Inc IX), que diz respeito à liberdade de expressão:

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

IX - é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença” (BRASIL, 1988).

² Alek, de Aleksander, ou “Sasha”, personagem da obra “o apocalipse dos trabalhadores”, de Valter Hugo Mãe (2017).

1.2. Janina³

Duas horas e trinta minutos e três ônibus para seis horas de trabalho, mais duas horas e trinta minutos e três ônibus pra voltar, busca a filha na escola, volta para o quarto que chama de casa no terreno dos fundos da casa da mãe, terreno este que também divide com os irmãos e sobrinhos. Mãe solo, que sabe que não compensa perder um dia de trabalho para ir uma vez na semana no tratamento porque o dinheiro de um dia de trabalho faz falta pra comprar comida, pagar conta, comprar remédio, sobreviver. Mesmo assim arranja tempo de pegar mais dois ônibus para passar por uma consulta de meia hora pra dizer que tá difícil sim, doutor, que as vozes aumentaram, que não sente vontade de acordar, que tem medo de machucar a filha porque é isso que a voz diz, diz para machucar a menina. E a mulher vai para a internação de Psiquiatria porque entende-se que precisa de um ambiente continente, e leva choque e toma remédio e leva choque para potencializar o remédio, quebrou o dente em um desses procedimentos, mas tudo bem, é só um detalhe perto do quanto melhorou, agora está sorrindo, conversando, tem saudades da filha, refere ouvir vozes? Não, Então deixa ela passar o fim de semana em casa e quando voltar a gente vê a alta, mas o fim de semana não foi bom, os sintomas voltaram, as vozes mais altas, Foi muito difícil, doutor, Então fica mais uma semana, vamos fazer de novo do mesmo jeito, no final da semana a gente tenta uma outra licença, e de novo é difícil, e de novo volta e tenta do mesmo jeito, e de novo, e de novo, e de novo. Parece que nada resolve, “Fica bem aqui, mas quando volta para casa piora, não tem o que fazer”, um médico discute o caso da mulher do outro lado, parece tão afastado dela, mas é só esse portão que separa os dois como se colocasse quilômetros de distância entre o de fora e o de dentro, e o tempo só não é o mesmo porque lá fora ele passa, e o doutor repete que não há o que fazer, não se sabe o que mais oferecer, para concluir que “Não que esteja defendendo, mas eram essas as pessoas que ficavam institucionalizadas em manicômios”.

1.3. Sr. Artur⁴

“Eu não posso falar”, ele responde tremendo quando lhe pergunto o que está acontecendo. “Eles não podem saber”, já sabem de tanto, sabem se faz xixi, se faz cocô, quanto e quando, quando dorme e se não dorme, quantas vezes se mexe na cama, quantos remédios toma e deixa de tomar, quem vem e não vem visitar; porque sr. Artur

³ Personagem de “Sobre os ossos dos mortos”, de Olga Tokarczuk (2019).

⁴ Personagem de “O Sol é para todos”, de Harper Lee (2019).

não pode se mexer, está internado pois não se mexe do pescoço para baixo e não encontraram causa neurológica para tal condição, entenderam a Enfermaria de Psiquiatria como o melhor lugar que ele poderia ficar até conseguirem investigar o caso. Então são eles quem põe a sonda, quem põe a fralda, são eles quem dão banho, quem dão água no canudo, quem dão comida na boca, são eles quem abrem a porta para a visita entrar e sair, que o mexem na cama, que decidem dia após dia há sete meses que é lá que ele deveria ficar.

Foram só estes pensamentos que restaram de uma individualidade ainda não violada. Ele não poderia dividi-los, ou então o que restaria? Não podem saber, já sabem tanto... Sr. Artur me aperta com a força que ainda cabe nele para me perguntar se eu também percebo que ele está sumindo, desaparecendo, “olha para o meu braço, ele está diminuindo”. O braço está do mesmo tamanho de quando chegou, mas parece mesmo que está sumindo, cada vez mais encolhido na cama, a cama cada vez mais próxima da parede, sr. Artur quase como que se constituindo como parte daquela estrutura. Quase como que para provar que não, pergunto se ele me acompanharia para fora da enfermaria por um tempo, sem saber que lá fora fazia um dia feio - mas não importa, nublado ou ensolarado, terça ou domingo, os dias só são dias porque alguém os diz que são.

Empurro a maca de sr. Artur até sair de uma enfermaria que ele não conhece, apesar da longa estadia. Está chovendo, “faz tanto tempo que eu não vejo a chuva”. Ele ainda não a vê, mas percebe que ela está lá: o cheiro, o barulho, o vidro sujo da janela vibrando... Aperta minha mão com força - a chuva bate no teto, a gota escorre pelo seu rosto.

2. A COMIDA, O TETO, AS NOTÍCIAS, AS VISITAS

“Revolto-me abertamente contra os especialistas declarados nestes assuntos, (...) e revolto-me contra eles ainda mais acidamente sobre isso: não ouvem apropriadamente os gritos de dor quando eles vêm”
(SALINGER, 1984, p. 77).

Foram vários os arranjos pensados para que José Arcádio vivesse na melhor qualidade possível dentro da situação em que foi colocado. Para que seus pulsos não ficassem machucados, o deixaram amarrado apenas pela cintura. Imediatamente foi construído um teto de viga em cima de sua cabeça para protegê-lo de queimaduras de

sol. A refeição que lhe era servida era farta, as visitas eram frequentes. Nunca deixaram de lhe trazer notícias, sabendo que José Arcádio era um homem interessado no mundo ao seu redor.

Porém, a discussão que se seguirá neste capítulo caminha no sentido de que, por mais que os cuidados fossem garantidos, José Arcádio ainda se mantinha preso. Aos olhos da restante da população, era nítido que era muito bem tratado – muitos moradores não recebiam a atenção e tratamento que José Arcádio vinha recebendo mesmo naquelas condições. Mas, ainda assim, ele estava amarrado ao Castanheiro e de lá não podia sair – não caminhava pela cidade, não fazia experimentos, não trabalhava em seu laboratório, dentre outras coisas que faziam parte do seu desejo e não necessariamente eram bem aceitas por aqueles que o cercavam.

Dentro de um Hospital em que a concepção predominante do sofrimento psíquico é a de base fundamentalmente orgânica, corre-se o risco de as práticas adotadas para o tratamento se assemelharem aos cuidados ofertados a José Arcádio. Uma vez elaborado um diagnóstico, delimitando assim o sofrimento em condição de doença, o caminho mais provável a se seguir é o que visa a uma inexistente cura.

A loucura atestada cientificamente é a validada por diagnósticos. O diagnóstico, por sua vez, é elaborado a partir de uma somatória de sintomas de diferentes ordens, avaliado pelo médico psiquiatra a partir da própria observação e/ou entrevistas e atendimentos com familiares e com o próprio sujeito. Dentre os sintomas para diagnósticos psiquiátricos mais comuns, constam a irritabilidade, apatia, agitação, agressividade, delírios, desmotivação, alucinação, paranoia, oscilação de humor, ouvir vozes, dentre muitos outros. Atualmente, a definição e orientação para formulação diagnóstica de “transtornos mentais” é feita a partir do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, estando atualmente na sua 5ª edição. A primeira edição do DSM, datada de 1952, conta com um total de 106 de categorias diagnósticas. Atualmente, este número aumentou em mais de 250%, de acordo com a pesquisa realizada por Ferrazza (2013). A autora também faz um importante apontamento sobre a inexistência de um marcador biológico na psiquiatria - uma vez que não há nenhuma indicação biológica reconhecível para o chamado “transtorno mental”, o médico psiquiatra tem certa liberdade em transformar “qualquer aspecto relacionado ao homem e à existência humana em sintomas de uma suposta doença: afinal, nada prova o contrário” (FERRAZZA, 2013, p. 98).

A cura, que é buscada através da remissão de sintomas, conta principalmente com o uso de psicofármacos e/ou eletroconvulsoterapia. Sendo estes os dois principais recursos utilizados no cenário deste trabalho, é a partir destes que se dará a discussão. Os psicofármacos atuam quimicamente no corpo do indivíduo, porém, de maneiras diferentes a depender de sua função, abrangendo os ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos e neuropléticos e os estabilizadores de humor; a eletroconvulsoterapia, por sua vez, consiste na aplicação de uma determinada carga elétrica no cérebro do indivíduo com o intuito de produzir convulsões, sendo estas as responsáveis pelo efeito terapêutico desejado, e não a aplicação do choque (SILVA, 2012).

Outro recurso bastante utilizado neste espaço é o da Psicoeducação. Nesta Enfermaria, este conceito é entendido por parte da equipe como uma forma de educar a família para as condições que o sujeito considerado doente terá de enfrentar e de que formas tanto ele quanto sua família deveriam se adaptar para a continuidade do tratamento e de uma vida possível em sociedade, seguindo uma lógica que visa a adaptação do sujeito à determinados padrões já pré-estabelecidos.

Tais recursos anteriormente citados, principalmente os dois primeiros (psicofármacos e eletroconvulsoterapia), são manejados de maneira a agirem diretamente sobre o sintoma, de forma a compensá-lo. Quando Janina chega para ser internada, entende-se que o motivo de sua vinda se dá pela desestabilização em uma rotina que precisa ser retomada. Dessa forma, o objetivo único da internação se torna fazê-la voltar a trabalhar, cuidar da casa, da filha, e manter estabilidade no que diz respeito à continuidade do tratamento, como vinha fazendo anteriormente.

Dessa forma, entendendo exclusivamente que o motivo que gerou instabilidade e fragilização na estrutura de sua vida foi o agravamento das vozes que escutava – e não o contrário -, seu tratamento se baseia na utilização de antipsicóticos, no intuito de cessar as vozes, e antidepressivos, para que saísse do estado de extremo cansaço que ela se encontrava. Uma vez que Janina retornou para sua casa e os sintomas voltaram, optou-se pela realização da eletroconvulsoterapia, com a intenção de potencializar o efeito do antipsicótico. Vale ressaltar que tais práticas adotadas são fundamentadas e defendidas em diversas pesquisas, como em “Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica”, de Moser, Lobato e Belmonte-de-Abreu (2005), e “Vinte anos de

eletroconvulsoterapia em enfermaria psiquiátrica em hospital geral universitário”, de Santos Jr. et. al., (2013). Porém, ainda não há evidência de correlação direta entre o procedimento (eletroconvulsoterapia) e o efeito por vezes alcançado. Assim como outros tratamentos na Psiquiatria, a eletroconvulsoterapia se fortaleceu enquanto procedimento a partir da observação de resultados considerados eficazes durante intervenções (SILVA, 2012)

Quando se coloca o sintoma a parte, seja ele uma alucinação, um delírio ou uma oscilação de humor, ocorre uma descontextualização. O sintoma passa a ser lido isoladamente e, portanto, esquece-se da integralidade do sujeito e é deixada de ser considerada a forma que este compõe com um todo. Quando Janina vem para sua consulta pedindo por ajuda, é possível que a equipe que a tenha avaliado não tenha percebido que sua irritabilidade, cansaço excessivo, tristeza e aumento da intensidade das vozes poderiam estar expressando um sofrimento que vem de uma rotina exaustiva e por muitas vezes opressora. O antipsicótico, o antidepressivo e a eletroconvulsoterapia não têm a capacidade de agir em cima disso. É natural que, ao voltar para sua casa, entrando em contato com aquilo que a estaria adoecendo, os sintomas voltem. Pois, além de uma alteração bioquímica, estes simbolizam um sofrimento que não são acessados através destas intervenções.

No que diz respeito ao quadro de Sr. Artur, este era um caso constantemente esquecido, uma vez que não havia tratamento que aquela equipe estivesse disposta a fazer para o seu quadro. Não sendo possível cumprir com o objetivo primário pelo qual Sr. Artur foi transferido para a Enfermaria de Psiquiatria – o de elucidação diagnóstica de seu caso -, a equipe tomou como responsabilidade de tratamento o objetivo de fazê-lo voltar a se mexer. Já haviam realizado um número excedente ao indicado de sessões de eletroconvulsoterapia e trocado sua medicação mais de 10 vezes. Tendo esgotado as possibilidades reconhecidas como de cuidado que poderiam ofertar, a equipe constantemente estava esperando a resposta de outros campos que se propuseram a prestar serviços para o caso, mas demoravam a chegar: a fisioterapia, a dermatologia, a neurologia. Cada vez menos o caso de Sr. Artur era discutido ou revisitado, o sendo apenas para o repasse de notícias referentes à estes cuidados que estavam sendo esperados. Quando estes chegavam, não havia nenhum momento de troca para a discussão do caso. Eram apenas através dos prontuários que se mantinha uma comunicação entre os diferentes núcleos que compunham com o tratamento.

Cada vez menos visto, era mesmo como se Sr. Artur estivesse pouco a pouco desaparecendo enquanto sujeito para ser apenas mais uma peça de toda uma estrutura. Sr. Artur deixa de ser escutado enquanto uma pessoa com desejos, vontades, planos e uma história, para ser lido como objeto: corpo que não se mexe e não produz. Só resta uma conduta: fazê-lo se mexer.

Vale ainda ressaltar que tais condutas são pensadas por uma equipe predominantemente médica, a partir de uma avaliação também predominantemente médica de que aquela pessoa estava em crise. As propostas de tratamento não são buscadas de forma a promover autonomia, tampouco colocam o sujeito como protagonista da própria história, assim como preconizado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Reconhecendo que os comportamentos e pensamentos considerados loucos tem uma explicação exclusivamente biológica, entende-se que o sujeito que os detém não possui autonomia com relação à eles, desautorizando-o de qualquer intencionalidade sobre seus próprios atos. Justifica-se, então, a partir da cientificidade de um diagnóstico que é meramente a descrição de sintomas, o controle exercido através de técnicas asilares e/ou químicas de contenção. Uma explicação que fortalece e legitima a estigmatização da loucura na vida em sociedade (COSTA JUNIOR, MEDEIROS, 2007).

Dessa forma, quando o médico declara que eram pessoas como Janina que deveriam ser institucionalizadas em manicômio, ele está falando, na verdade, da ineficiência do tratamento que ele próprio propõe, uma vez que estes recursos não produzem o efeito que ele, enquanto médico, espera alcançar.

Nega-se a compreensão de que este sintoma é a manifestação de uma singularidade do sujeito que o expressa, dentro de uma história e de um contexto. Sendo assim, a cura que é buscada é a omissão de uma forma de expressão que aquele sujeito encontrou para o seu sofrimento, visando uma adaptação dentro de uma sociedade intolerante ao diferente.

O tratamento de Alek não se dá de forma tão distinta dos dois outros casos explicitados. Seu caso chega para a equipe como uma esquizofrenia desencadeada a partir do uso de substâncias psicoativas. Em uma tentativa de cessar as vozes, também foram utilizados dos recursos de antipsicóticos e eletroconvulsoterapia. O uso deste

último se deu não necessariamente para potencializar os psicofármacos, mas sim na intenção de “contê-lo”, entendendo que sua presença na Enfermaria estava causando exaustão para os profissionais – Alek foi um paciente muito demandante, pedindo para usar o telefone, para sair para correr na área externa, para conversar, etc, constantemente. Dessa forma, a eletroconvulsoterapia foi usada a partir da justificativa de que os remédios não estavam tendo os efeitos esperados alcançados, mas também no intuito de fazê-lo ficar menos agitado: “*ECT para conter agitação e agressividade*”, era a anotação que constava no seu documento de condutas clínicas na Enfermaria.

No caso de Alek, o recurso da Psicoeducação também foi considerado. Entendendo o uso de psicoativos como central no desencadear do seu diagnóstico, tal estratégia se deu para que se convencesse Alek de que seria necessário que este cessasse por completo o uso de substâncias, buscando por uma abstinência total. Alek não tinha intenção em parar de usar e, por ainda não estar apropriado do seu diagnóstico, não entendia de que forma uma coisa poderia ter relação com a outra. A equipe se debruçava sobre fazê-lo entender que o uso de substâncias era extremamente nocivo e a única forma de seu tratamento caminhar seria se o mesmo concordasse em não fazer uso novamente. Eram mínimos os espaços que eram abertos para que Alek falasse sobre seu uso, a relação que mantinha com a droga e que lugar ela ocupava no seu cotidiano. Dessa forma, as abordagens de Redução de Danos trazidas por mim e por outra profissional da equipe eram constantemente boicotadas, pois não estavam de acordo com o restante da equipe. Sendo este o restante da equipe responsável pela alta de Alek, a sua aderência à uma lógica de abstinência se tornou condição para que este saísse do Hospital.

O silenciamento provocado pela equipe é nitidamente expressado quando Alek elabora e escreve um documento de defesa baseado no Artigo 5º da Constituição Federal, que diz respeito à liberdade de expressão. Sendo constantemente contido química e mecanicamente, não sendo reconhecido no seu direito de escolha e sem autonomia com relação à forma que pretende viver sua vida, se reconhece, através do delírio, como injustamente preso, uma vez que teve seu direito de livre expressão ferido.

Em contraponto a esta forma de oferta de tratamento está a Atenção Psicossocial que, na sua abordagem do singular e do coletivo, cria cotidianamente formas de resistir à mesmice e à esta mesma sociedade intolerante. Tal abordagem visa construções de

novas formas de habitar o mundo, de se construir relações sociais e da produção a partir do desejo. É a partir destas estratégias, pautadas a partir de uma ética de respeito à diferença, que o cuidado acerca do sujeito que está em sofrimento psíquico se estende para além dos espaços ditos de tratamento, abarcando princípios e valores que visam reinventar toda uma sociedade, transformando mentalidades, hábitos e costumes que silenciam singularidades e histórias (YASUI, 2009).

Compartilho a seguir da elaboração de Humerez (2000) acerca do adoecer mental:

“Pode-se dizer que o adoecer mental é a consequência da destruição da trama de sustentação da continuidade do eu e, devido a isso, dissolve-se sua vivência de existir. Concretiza-se um vazio insuportável e, ao buscar saídas, constitui-se uma nova trama de sustentação e continuidade, e constrói-se um novo projeto, mas, desta vez, pouco ou nada compartilhado com os demais, pois a pessoa poderá armar um eu fechado e solitário, desestruturando-se a leitura prospectiva de sua ação” (HUMEREZ, 2000, p. 60).

Sendo assim, temos como possibilidade ofertar e construir recursos para que aquela pessoa, dentro de sua própria história, possa agora reconstruir essa trama de outra forma, com um novo sentido. Propor um tratamento que desconsidera o romper de uma estrutura dentro da vida de um sujeito é negligenciar sua história.

É importante ressaltar que aqui foram discutidas apenas as intervenções realizadas pela utilização de psicofármacos e a eletroconvulsoterapia. Porém, tal silenciamento não é exclusivo destas práticas, da mesma forma que o uso de psicofármacos é um recurso terapêutico de extrema importância quando utilizado de maneira distinta da relatada aqui, considerando a história do sujeito e reconhecendo-o como protagonista deste processo. São muitas as práticas que são nomeadas como formas de cuidado que podem acabar também por silenciar o sujeito: a psicoterapia, atividades grupais, familiares - se usadas de forma conivente com um poder que busca a adaptação do sujeito à sociedade, tirando-lhe a liberdade de ser, são igualmente opressoras e violentas.

Também destaco que não me propus, neste trabalho, a discutir as possíveis consequências relacionadas à escolha destas intervenções - psicofármacos e

eletroconvulsoterapia -, como os efeitos colaterais e cronificação do tratamento. Para maior compreensão acerca destes temas, sugiro a leitura do trabalho de Silva (2012), “Eletroconvulsoterapia, não. Eletrochoque” e “Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II”, de Cavalcante e Cabral (2017).

3. O CASTANHEIRO

“Pois é isso aí, doutor. Não posso continuar fugindo e para onde fugir - se está em toda parte? Nos jornais, nas ruas, nas televisões, nas feiras, nos bailes... Está dentro de casa. Dentro de mim. Está principalmente dentro de mim, prisioneira de mim mesmo. Não leio mais jornal, não vou mais a cinema, a teatro, os temas só giram em torno dela, não aguento. (...) Mas dizer o quê aos médicos lá do instituto? Se meu mal é o medo, com que cara vou confessar que estou doente de medo? Tudo em ordem. E esta desordem, esta angústia. Seria melhor enlouquecer, outra noite ainda pensei muito nisso, seria uma solução” (TELLES, 1984, p. 162-63).

Quando José Arcádio volta ao Castanheiro mesmo após ser desamarrado e levado de volta para sua casa, é porque não são mais as correntes que o seguram naquele lugar. José Arcádio pesa mais do que seu próprio corpo, e a cada vez que vão retirá-lo do Castanheiro para trazê-lo de volta para casa ele está mais pesado. Uma vez instalado dentro de casa, passa a tomar outro aspecto que não o seu comum, um cheiro forte de terra toma conta do quarto e desenha-se um José Arcádio se tornando o próprio Castanheiro que há pouco esteve amarrado.

Faço a analogia do Castanheiro ao Manicômio, pensando nesta estrutura que aprisiona sujeitos, mas que não necessariamente precisa estar concretizada em forma de qualquer tipo de construção para cumprir com seu objetivo de silenciar e violentar existências.

Para abrir a discussão, retomo a definição de Goffman (1961), que descreve o Manicômio enquanto uma Instituição Total. As Instituições Totais são definidas por este autor como estabelecimentos onde indivíduos em situação semelhante acabam por residir e trabalhar, sendo separados da sociedade por um período de tempo considerável, levando, dessa forma, uma vida formalmente administrada e reclusa. São caracterizadas

por sua tendência ao fechamento, simbolizada por uma barreira – que pode ser fisicamente instituída -, que impossibilita a relação que se mantém com o mundo externo, concretizando a distância entre a sociedade e aqueles que estão internados.

O autor também traz em seu estudo de que forma se dá o funcionamento destas instituições, a organização dos espaços, os sistemas de organização da equipe e do internado, os arranjos de poder que perpassam as práticas ali realizadas e mais. Dentre estas, destaco o processo descrito como a *mortificação do eu* e a *violação da autonomia do ato*, que tem como consequência a construção de uma nova identidade para o doente/louco. Para tal, se estabelece uma organização que tem como principal função a vigilância e o controle destes sujeitos e suas necessidades.

Considerando ainda o Manicômio como uma estrutura física, a partir do momento que o sujeito é inserido neste lugar, passa por uma ruptura inicial profunda com as relações mantidas com amigos, familiares, lugares e outros estabelecimentos, impactando assim em um rompimento com diferentes papéis que estes indivíduos desempenhavam anteriormente. O sujeito passa por um processo de “desinfecção de identificações”, onde abre mão de seus bens pessoais para se identificar apenas a partir de bens da própria instituição. Sendo obrigado a viver em uma rotina que não necessariamente se identifica, as atividades realizadas estão sujeitas à regulamentos e julgamentos de uma equipe e de uma organização maior. Assume-se um papel de submissão, uma vez que pequenas atividades requerem permissão para serem realizadas. Apresenta-se uma renúncia de seus desejos, e nem mesmo a fronteira estabelecida pelo próprio indivíduo entre ele enquanto sujeito e o mundo externo deixa de ser violada – as punições físicas, o contato interpessoal forçado, a intimidade compartilhada, a escrita em prontuários são formas pelas quais tal exposição é ilustrada (GOFFMAN, 1961).

O caso de Sr. Artur é bastante ilustrativo no que diz respeito à violação dos limites que cada indivíduo determina entre si e o restante do mundo. Acamado e impossibilitado de movimentar seu corpo com exceção de seu pescoço, todas as necessidades de Sr. Artur dependiam de terceiros para serem realizadas. Em oito meses internado, esteve em apenas dois quartos diferentes, sempre entre a parede e a outra cama. A princípio fazia o pedido de sair da cama para ficar na cadeira de rodas junto aos outros pacientes no que seria a “área comum” da Enfermaria. Porém, depois de aproximadamente uma hora na cadeira, Sr. Artur pedia para retornar para a cama, pois

sentia muita dor nos membros. A equipe de enfermagem não conseguia atendê-lo na hora que ele solicitava por ajuda, atrasando o pedido de Sr. Artur por quase duas horas. Dessa forma, pouco a pouco ele foi deixando de pedir para ocupar a área comum, com receio que a demora para retornar o causaria dores que poderia evitar ficando apenas deitado.

Os atendimentos que realizei com Sr. Artur eram diários. Colocávamos músicas e procurávamos imagens de pinturas e filmes que ele mencionava através do celular. Em uma tentativa de deixar o ambiente ao redor do seu leito menos vazio, dispus quadros e imagens impressas que agradavam Sr. Artur, a pedido dele, pelas paredes e cadeiras. Tais objetos eram diariamente retirados e diariamente repostos - até desaparecerem.

Com aproximadamente seis meses de internação, Sr. Artur passou a ter crises de ansiedade. Referia que não conseguia respirar, seu batimento cardíaco acelerava e apresentava sudorese excessiva por todo o corpo. Ficava agitado e verbalmente agressivo. Ao mesmo tempo, Sr. Artur passou a se recusar a conversar, alegando que isso evitava tais crises. Em um dia, acabou cedendo e disse para mim que estava irritado com a equipe responsável pelo turno da tarde. Segundos após me falar sobre isso, Sr. Artur começou a apresentar os sintomas associados à sua crise. Em meio a isso, me pedia desculpas e expressava uma preocupação de ter sido ouvido e um receio de ser punido. Perguntava se eu escutava o que ele estava pensando e me pedia para perguntar o mesmo para os outros profissionais. Seu medo era que o tratassem mal ou o destratassem, por terem o escutado reclamar da sua situação. Apertava sua mão para dizer que seu braço estava diminuindo de tamanho e seus dedos já estavam colados na sua palma.

A necessidade de todos os dias ter de se submeter à outros, outros que detém mais poder sobre sua vida do que o próprio Sr. Artur, que lhe ditam as horas de comer, de tomar banho, de mudar de posição no leito, de sair, voltar e mudar de quarto, de tomar quais remédios – todo esta abrangência de práticas de uma equipe que são expressas enquanto cuidado são constantemente violações que se fazem à autonomia de Sr. Artur, um desinvestimento no sujeito. Ou então, para além disso, são práticas que investem no silenciamento e mortificação. Sr. Artur se recusava a falar ou expressar seus pensamentos por estes serem o que esteve no seu controle para manter uma individualidade preservada. Seu sofrimento se expressa no medo de que este espaço

também seja invadido, violado, e não haja mais nada que diferencie o seu espaço de dentro para o espaço de fora.

Porém, tais processos também são encontrados a céu aberto. Emerich, Campos e Passos (2014) denominam de Práticas Totais aquelas que contribuem para o silenciamento e mortificação de identidades e que são realizadas fora das chamadas instituições totais:

“Se não mais aprisionam pessoas em instituições totais, pode-se operar por práticas totais que tendem a, cotidianamente, ressuscitar a ausência política dos usuários. Tais práticas desconsideram o exercício dos papéis sociais vivenciados pelos usuários, deslegitimando diferentes formas de subjetivação. Práticas totais, enfim, que silenciam ou fecham-se à palavra do usuário, que desconsideram sua fala como acesso à realidade de seu mundo. Liberta-se o sujeito do asilo, mas não da normalização dos processos de vida e da universalização de formas de sentir, agir e pensar” (EMERICH, CAMPOS, PASSOS, 2014).

Da mesma forma que não é necessário que haja paredes concretas, físicas, que cerquem tais sujeitos para que sua exclusão seja alcançada, deve-se pensar de que formas é possível realizar um cuidado entre quadro paredes que não responda a tais práticas. Os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, regulamentados a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001 (BRASIL, 2001), entram como dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial também para que os manicômios ou hospitais psiquiátricos deixem de assumir qualquer papel na atenção à saúde mental. Se fundamentando a partir da inclusão de sujeitos portadores de transtornos mentais graves no âmbito da prática do Hospital Geral, inclui também tudo que este tem para oferecer, equipes diárias e noturnas para o acolhimento com cuidados intensivos aos usuários em crise (KIMATI, FERIGATO, CHANCHETTI, 2019).

O acolhimento de usuários neste serviço deve ser feito a partir de uma avaliação de vulnerabilidade e risco psicossocial, sendo feita em conjunto entre a equipe do Hospital Geral assim como com a equipe de referência de cuidado daquele usuário, levando em consideração a necessidade de um espaço de continência que apenas o Hospital poderia ofertar, a necessidade de cuidados e monitoramentos clínicos (incluindo o acompanhamento medicamentoso) associados à manifestação psiquiátrica,

dentre outros. Porém, as ofertas não deveriam se encerrar aí. Tratamentos que visem a expressão, elaboração e transformação do sofrimento psíquico – características de outros serviços que compõe a rede – também deveriam ser incorporadas enquanto ofertas neste espaço (KIMATI, FERIGATO, CHANCHETTI, 2019).

Sendo assim, apesar de os leitos em saúde mental que compõe uma Enfermaria não se configurarem enquanto dispositivos territorializados, o constante diálogo com uma rede de suporte e apoio e a construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular para o usuário faz com que este espaço componha, de forma integral e longitudinal, o cuidado em rede na saúde mental (KIMATI, FERIGATO, CHANCHETTI, 2019).

A Enfermaria de Psiquiatria, por sua vez, funciona de maneira distinta. Não há uma equipe multidisciplinar contratada, sendo apenas os enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais médicos docentes os que compõem esta equipe. A lógica de cuidado segue o paradigma biomédico. O restante dos profissionais que realiza o trabalho dentro da Enfermaria o fazem a partir de um vínculo de formação. A porta da enfermaria se mantém o tempo todo trancada e vigiada – não há convivência entre os usuários que estão ali internados com outros usuários do Hospital, reforçando a representação social de preconceito e controle, isolamento e segregação. Não há reuniões de equipe, para que os diferentes núcleos presentes possam discutir os casos de forma interdisciplinar, e a comunicação com a rede intersetorial não é prioritária, sendo que muitos dos casos acabam por continuar o tratamento de forma ambulatorial dentro do próprio hospital.

Porém, minha proposta de discussão neste capítulo não diz respeito exclusivamente à maneira pela qual tais práticas são exercidas dentro deste espaço, mas sim o impacto que as intervenções que são vivenciadas ali dentro tem para o sujeito também fora dali, assim como de que forma tais práticas são constantemente repetidas e sustentadas através da manutenção de um estigma construído historicamente acerca do louco como um sujeito incapaz, perigoso e destituído de afeto.

Entretanto, para além do estigma do louco, também considero de importância destacar a quem o Movimento da Luta Antimanicomial se dedica. O Manifesto de Bauru, datado de dezembro de 1987 e que inaugura formalmente o movimento, reitera que a luta pelo fim dos Manicômios vai além do fechamento destas estruturas físicas,

entendendo-o como um instrumento de violência e exclusão de um Estado que explora e oprime.

“(…) O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida” (CARTA DE BAURU, 1987).

Apesar deste trabalho se desenrolar a partir de casos vivenciados dentro de uma Enfermaria de Psiquiatria, sendo, então, de sujeitos estigmatizados pela loucura, são inúmeros os estigmas que oprimem e excluem dentro da sociedade e que são sustentados cotidianamente. Saraceno (2011) faz esta reflexão onde o grupo de portadores de transtornos mentais e populações em situação de condições desfavoráveis se entrecruzam, sendo constantemente expostos a violações de direitos humanos e cidadania. Isto se dá pois este segundo grupo, sendo exposto a tais condições, também acaba por ser caracterizado a partir de um grave sofrimento psicossocial. Sendo assim, o autor destaca: “ambos os grupos têm necessidades de respostas concretas que se articulem em um quadro comunitário e de desenvolvimento humano global” (SARACENO, 2011).

Também para a ampliação desta discussão, sugiro a leitura de David (2018), "Saúde Mental e Racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil", e Gouveia e Pereira (2017), "Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira", ambos dialogando com o movimento da Luta Antimanicomial e os impactos de uma sociedade patriarcal, racista e violenta na saúde mental dos sujeitos.

Como já colocado anteriormente, no que diz respeito ao sujeito em intenso sofrimento psíquico, faz-se o uso de diagnósticos que atualmente mais servem à sua exclusão do que a compreensão do indivíduo acerca deste seu sofrimento. Dentro da Enfermaria de Psiquiatria a partir da qual este trabalho é escrito, muito da elaboração do diagnóstico vem no sentido de justificar a incapacidade do sujeito de gerir sua própria

vida, não só em determinado momento que seria o da crise, como em todos eles. Muitas das reações dos usuários frente essa submissão imposta acaba por ser encaixada dentro de uma inúmera lista de sintomas que se englobam dentro de um diagnóstico psiquiátrico.

Os casos e tratamentos propostos de Alek e Janina partiram de princípios semelhantes, apesar de realidades distintas. Assim como já colocado, ambos os casos tinham como objetivo a remissão dos sintomas que envolviam a escuta de vozes, entendendo que este sintoma estava ocupando um papel central na vida destas pessoas, impossibilitando-as de realizar quaisquer outras atividades do cotidiano com qualidade. Porém, Janina já tinha uma rotina firmada, com atividades como trabalho, cuidar da casa e da família já estabelecidas, enquanto Alek, por estar afastado da faculdade, estava em um momento em que seu dia a dia estava bastante instável, sem compromissos fixos ou objetivos delimitados por ele mesmo, muito por conta da desorganização causada pela intensidade das vozes.

A eficiência que a equipe buscava para o tratamento de Janina estava intimamente relacionada com o seu retorno com qualidade para as atividades de sua rotina já estabelecida, sem considerar o peso que esta poderia estar tendo para o agravamento do seu sintoma. Em certo ponto da internação de Janina, foi orientado por parte da equipe médica que a equipe de psicólogas se afastasse do caso, pois havia um entendimento de que a proximidade destas com Janina poderia agravar a situação. Através da escuta de outra psicóloga, Janina consegue dizer que não está satisfeita com a forma como tem conduzido sua vida, expressando, após diversos atendimentos, o desejo de poder voltar a estudar, participar de cursos, encontrar outro trabalho. Também foi colocado por ela a dificuldade de manter o emprego atual, por conta da distância e tempo que era levado para ir até o local de trabalho.

Esta psicóloga, entendendo que o tempo e o espaço da internação não seriam suficientes para atender às demandas trazidas por Janina, articulou com seu CAPS de referência a condução deste projeto pactuado em conjunto com a usuária. Apresentando certa resistência com a vinculação ao CAPS, a psicóloga se propôs a acompanhá-la ambulatorialmente até que o vínculo fosse fortalecido, em constante comunicação com a profissional de referência deste serviço. Enquanto ainda estava internada, foram apresentados à Janina, por esta psicóloga, diversos locais que ofereciam cursos gratuitos

pela cidade, e Janina pode, dessa forma, procurar por um caminho que fosse de seu desejo e interesse.

Porém, parte da equipe ainda colocava o diagnóstico de Janina não somente como um obstáculo, mas como um fator de impossibilidade para a realização do que ela havia colocado como de seu desejo. Ao contrário da psicóloga que assumiu a escuta de Janina, a equipe entendia que a mudança de rotina de Janina envolvia enormes riscos para ela e, por conta disso, deveria aproveitar o que já havia conquistado até agora. “*É interessante o quanto que, mesmo depois de tantos anos de doença, ela tenha preservado tanto afeto*”, comentou um médico da equipe durante a discussão de seu caso, se referindo à maneira como Janina estava se colocando frente ao seu desejo.

Janina caminha comigo em frente à sala onde ocorrem as reuniões de equipe – sala esta que se encontra do lado de fora da Enfermaria, e diz: “*não gosto desta sala porque é aqui que vocês decidem nossa vida*”. Desconsiderando-a enquanto sujeito de desejos, a alta de Janina permaneceu sendo atrelada à sua capacidade de se reestabelecer em sua rotina anterior, mesmo com a mesma expressando seu desinteresse em fazê-lo. O manicômio toma o formato de um tratamento que coloca como condição sua readaptação e adaptação à esta rotina que a apagava, destituindo Janina de seus desejos e direitos.

A distância que se coloca entre o sujeito e o direcionamento do seu próprio tratamento acaba por escancarar a falta de aposta que se tem na autonomia e no protagonismo deste na sua própria vida. Não se sabe que remédio toma, para que toma, nem o motivo de estar ali. Encoberto a partir de um discurso de proteção, muitos usuários acabam por realizar a Eletroconvulsoterapia sem saberem o que estão fazendo, entendendo ser apenas um exame, pois parte da equipe entende que, se souberem, poderão negar-se a se submeterem ao procedimento – o que está dentro do direito destes usuários.

Relembrando, Alek, antes de ser internado na Enfermaria de Psiquiatria, veio por demanda espontânea procurar ajuda no Pronto Socorro do Hospital, e lá foi diagnosticado com Esquizofrenia desencadeada pelo uso de substâncias psicoativas. Já na Enfermaria, Alek foi submetido às sessões de eletroconvulsoterapia, antipsicóticos e estabilizadores de humor. Além disso, o trabalho realizado em Psicoeducação consistia em fazer com que Alek adquirisse o que era chamado por parte da equipe de “crítica”

com relação à seu quadro, entender o que era a Esquizofrenia. Além disso, foi colocado que Alek deveria tomar medicações para o resto da vida e parar completamente o uso de substâncias psicoativas, ou então poderia correr o risco de machucar outras pessoas. Sua família ainda foi informada de que possivelmente Alek não conseguiria voltar à faculdade, e que os trabalhos que ele poderia conseguir seriam limitados.

Alek nunca expressou nenhuma manifestação de violência ou agressividade durante seu período de internação, porém, este foi um risco colocado para a ele e sua família constantemente. Tal conduta se deu a partir de uma menção que sua família fez à um episódio em que Alek empurrou sua mãe. Porém, tal informação veio descontextualizada do fato de que toda sua família mantinha relações de certa violência entre seus membros, já havendo inclusive a necessidade de Alek ter de fazer uma sutura por conta de um corte provocado por um objeto de porte grande jogado pela sua mãe na sua cabeça durante o período de internação.

Com relação à isso, Alek constantemente me questionava se ser violento e/ou agressivo era uma consequência dessa doença, e de que outras formas ela poderia influenciar e mudar sua cabeça. Apresentava intenso receio com relação à voltar para a faculdade, pois tinha muito desejo de fazê-lo, mas sua família o havia informado que a equipe havia comunicado que ele provavelmente não conseguiria voltar. Alek apresentava muitas dúvidas com relação a esse diagnóstico e de que forma ele implicaria no restante de sua vida, pois sua família recebia informações que ele próprio não recebia, ou até recebia o contrário.

Aproveitando do desejo de Alek por estudar, procurei em conjunto com ele por textos que dissessem respeito à outra leitura feita da Esquizofrenia e do fenômeno de escutar vozes. Realizamos leituras a partir de diversas abordagens, sendo que Alek se familiarizou com o estudo do método do Diálogo Aberto, desenvolvido por Jaakko Seikkula e sua equipe, na Finlândia, na década de 80. Para entender as contribuições deste método para o enfrentamento da crise principalmente em sujeitos psicóticos, sugiro a leitura de Kantorski e Cardano, "Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições", de 2017.

A partir destes estudos, Alek questionava muito o fato de ainda estar internado, entendendo que não havia mais a necessidade de estar ali, pois já havia desenvolvido certas estratégias para se relacionar com as vozes que escutava. Já há três meses

internado, Alek escreveu em seu caderno: *“Eu não aguento mais. Preciso fugir deste lugar ou encontrar algum motivo para estar aqui”*. Alek constantemente omitia o fato de ainda estar ouvindo vozes ou vendo coisas, pois havia entendido que era por conta da permanência destes sintomas que ele ainda era mantido neste espaço.

Além disso, como já colocado, Alek não apresentava o desejo de cessar o uso de substâncias, e também omitia esse fato para parte da equipe que colocou que sua aderência à abstinência era condicional para sua alta. A seu pedido, também trouxe trabalhos que relacionassem o uso de substâncias com sintomas psicóticos e, além destes, alguns trabalhos que traziam a abordagem de Redução de Danos. Mapeamos, dentro da sua cidade, pontos em que Alek poderia recorrer caso fizesse uso excessivo e sentisse necessidade de pedir por ajuda, a depender do momento e gravidade que se encontrava: Unidade Básica de Saúde, CAPS AD e Pronto Socorro. Foi realizada, também, a discussão de caso com profissionais que se assumiram enquanto referência do caso de Alek nos respectivos serviços.

Ainda que este trabalho tenha sido realizado, Alek ainda permaneceu internado por um período total de quatro meses. Sua alta se deu a partir da avaliação de que Alek estava mais “adequado” e já não apresentava sintomas psicóticos há algumas semanas – pois Alek escondia tais manifestações de parte da equipe. A equipe entendia como “adequado” a diminuição dos pedidos de Alek para fazer uso do telefone e para fazer as saídas para o espaço externo. O tratamento tomou a forma de uma imposição de uma forma de viver sua vida, do silenciamento e negação de seus desejos, justificados a partir de um diagnóstico que o aprisionava em um estilo de vida que não cabia àquele sujeito.

Qualquer reação, fala, movimento, deixa de ser lido como tal para ser traduzido em um sintoma. O sujeito deixa de ser sujeito para ser apenas doença, objeto de intervenção. Entra-se em no Circuito, conceito definido por Goffman (1961) e reinterpretado por Emerich, Campos e Passos (2014), em que os sujeitos, para que tenham seus direitos garantidos, estejam enquadrados dentro de determinado diagnóstico - e muitos destes acabam por receberem o diagnóstico apenas para estarem assegurados, não necessariamente portando determinado transtorno que o diagnóstico se refere. Porém, o diagnóstico os impossibilita de terem outros direitos garantidos por conta do estigma que ainda se carrega na sociedade, de forma que toda e qualquer

atitude do sujeito passa a ser determinada a partir da visão que se tem do louco dentro da cidade. As oportunidades de emprego, já escassas, diminuem até se esgotarem, e até os cuidados de saúde de outras ordens passam a ser negligenciados pelo significado que se carrega ao ser carimbado com um diagnóstico psiquiátrico.

Tal concepção é fortalecida na sociedade conforme instituições de poder e saber, como a Psiquiatria, sustentam que a incapacidade e consequente necessidade de submissão à outrem é atestada enquanto diagnóstico psiquiátrico. Há o respaldo científico da Psiquiatria tradicional que coloca o sujeito como um objeto instável e que, se não vigiado e controlado, pode a qualquer momento colocar em risco a estabilidade de outrem. Até a falha no tratamento é respaldada em forma de sintoma: a “dificuldade de aderir a qualquer tipo de tratamento” entra como critério de diagnóstico para diversos transtornos.

Porém, a partir do momento em que tal entendimento é concebido enquanto estigma dentro de uma sociedade, não são apenas os serviços de saúde que contribuem para a manutenção do mesmo - apesar de terem importante papel para tal: a necessidade de submissão justificada a partir de uma suposta incapacidade do sujeito de gerir a própria vida se apresenta de diferentes maneiras: ao impor determinada medicação para o usuário sem que este saiba para que esta serve, a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular que não tenha como plano central o desejo do usuário, dentre outras ações que distanciam cada vez mais o sujeito a alcançar sua autonomia, a partir do entendimento destes estabelecimentos enquanto instituições que detém mais poder e controle sobre a vida destes.

Todavia, não são mais os serviços de saúde os únicos mantenedores deste estigma: a sociedade como um todo também incorpora e expressa tal discurso aprisionador, que tira o louco de qualquer lugar que ele deseja ocupar. Não são somente os médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, donos de hospitais que ditam as regras, mas também a família, os amigos, os chefes do trabalho, os vizinhos e a comunidade que acabam, de certa forma, por exercer a violência técnica teorizada por Basaglia (1985) dentro dos Hospitais Psiquiátricos. São aqueles que propagam a violência através de tecnicismos, justificados por especialidades e científicidades, para que aquele que é atingido esteja cada vez mais distante da natureza desta violência, sem saber que é assim violentado. São adaptados à condição de objetos da violência, não

lhes restando, assim, alternativas que não as propostas por estes que detém certo poder para dividirem do espaço da sociedade com os demais.

Retomando brevemente os estudos de Goffman (1961) acerca dos Manicômios, o autor descreve certa tensão entre o mundo institucional e o mundo “de fora” que, de certa forma, é usada pelas instituições como uma estratégia para controlar aqueles que estão internados. Porém, para além de uma força estratégica exercida por aqueles que detém o poder, para aquele que está internado, estar *dentro* do Manicômio inevitavelmente coloca a possibilidade de um *fora*. Porém, quando a violência aparece nas sutilezas do cotidiano e é exercida de forma técnica, não há dentro nem fora, mas apenas um lugar em que dentro e fora se misturam, e não restam alternativas para estes sujeitos que não se transformarem no próprio Castanheiro.

Ainda que haja Reforma, se não houver a prática da luta antimanicomial, de uma nova forma de cuidar que aposte no sujeito como protagonista de sua própria história, que não promova cidadania, que não construa um novo lugar social para o louco, que não defenda a vida e suas diferentes formas de expressão e subjetivação, não há o que reste para estes sujeitos além da sua solidão.

OS ANOS DE SOLIDÃO

“Poetas e mendigos, músicos e profetas, guerreiros e canalhas, todas as criaturas desta indomável realidade, temos pedido muito pouco da imaginação, porque nosso problema crucial tem sido a falta de meios concretos para tornar nossas vidas mais reais. Este, meus amigos, é o cerne da nossa solidão” (MARQUEZ, 2011).

A partir do trabalho realizado até aqui, é possível reconhecer uma linha comum que enlaça todos os sujeitos os quais aqui contei a história. Foram muitas as práticas de violência, através do silenciamento e desinvestimento, que apareceram como propostas de cuidado e atravessaram a vida destas pessoas em um momento de crise e vulnerabilidade. Para além disso, a forma como tais práticas foram conduzidas dentro deste espaço acabou por possivelmente impactar a vida destas pessoas também na sua convivência em sociedade, atingindo de forma subjetiva a maneira como cada sujeito deseja conduzir sua vida e sua história. Em meio a tantos atravessamentos, me parece inevitável pensar e considerar este sentimento que passa a acometer a vida destes

sujeitos quando direitos lhe são negados e desejos silenciados, que é o sentimento de solidão.

É uma solidão histórica que acompanha estes sujeitos ao longo dos anos. Sob diferentes justificativas, são violentamente segregados tanto de forma física quanto subjetiva: violências em forma de práticas e discursos que impactam a subjetividade de maneira a afetar a constituição destes sujeitos enquanto estar e conseqüentemente enquanto ser no mundo, que leva à uma solidão que está além do isolamento, para a construção de uma cultura que não permite que o louco expresse a verdade para uma sociedade e para consigo mesmo.

Dentro desta enfermaria, parte da equipe avaliava a melhora dos usuários ali internados através de uma chamada “crítica” que estes deveriam obter em relação à seus sintomas. Como já colocado, o tratamento era pensado a partir da remissão de sintomas. Muitas vezes estes sintomas não eram remitidos e, assim, entendia-se que se o usuário apresentasse crítica com relação a isso, ele estaria mais apto a receber alta.

A chamada crítica dizia respeito à quando o usuário não mencionava dos sintomas que, de certa forma, poderiam causar prejuízos nas relações sociais: se o usuário está ouvindo vozes, mas não menciona sobre estas vozes, ele está com crítica; se um usuário está muito depressivo e, apesar de ainda ter vontade de se matar, não a expressa espontaneamente em uma conversa, ele está com crítica. Dessa forma, os sujeitos, ao reconhecerem que necessitavam desta crítica, escolhem parar de expressar aquilo que lhes acomete, entendendo que é só mantendo tais sofrimentos para si que se é possível viver em sociedade.

Foi de muita intensidade o trabalho realizado com Alek no que diz respeito aos seus desejos de vida, de estudar, arranjar um trabalho e construir sua trajetória profissional em torno da Universidade, pois o discurso de que tal vida não seria possível esteve o tempo todo presente durante seu tratamento, aprisionando-o em uma única realidade em que ele não teria autonomia ou capacidade para realizar tais feitos. Em nenhum momento esta parte da equipe se propôs a pensar em um tratamento que o auxiliasse naquilo que fazia parte do seu desejo, mas sim de forma a convencê-lo de que outra vida, que não aquela que ele aspirava, lhe cabia melhor.

Um discurso que aprisiona por expressar a impossibilidade de que Alek compartilhe da sua singularidade – e, portanto, diferenças – com outros dentro de uma sociedade. Tal aprisionamento também é visto no caso de Janina, que teve seus desejos de mudança de vida silenciados por lhe ser dito que seria improvável que ela pudesse alcançar o que está além do que ela já possui. Estes dois casos se apresentam de forma diferente de Sr. Artur, que recorreu à solidão como uma forma de se proteger de constantes intervenções invasivas que lhe eram colocadas enquanto maneiras de cuidado.

Em determinado momento de seu tratamento, em intenso sofrimento pelas ameaças que sofria das vozes que ouvia, Alek me pediu para realizar uma denúncia para o Ministério dos Direitos Humanos sobre elas. Neste mesmo processo, também denunciou outros espaços – por exemplo, comunidades terapêuticas - pelos quais já havia passado e havia sido violentado de diversas formas, física e psicologicamente. Fizemos primeiro a denúncia dos locais pelos quais passou, em um processo de muito sofrimento em retomar situações evidentes de violações de direitos, para posteriormente denunciar as vozes de sua cabeça que, na sua experiência, o violentavam tanto quanto. Ao dividir dessa experiência com outra parte da equipe, a reação foi de chacota. *“Ainda bem que as denúncias foram feitas juntas, aí eles [Ministério dos Direitos Humanos] já podem desconsiderar todas”*, disse um profissional da equipe. O que tira o direito de Alek de denunciar as vozes, se ele entende que elas estão ferindo sua existência, seu direito enquanto cidadão? De que forma isso deslegitima qualquer ação que ele deseje realizar?

Viver uma realidade que não é compartilhada pelos demais ao seu redor já pode ser solitário por si próprio. Se esta realidade em que tais sujeitos vivem for ignorada, vivenciada pelos outros como se não existisse, a solidão aumenta. Da mesma forma, não reconhecer a realidade vivida por estes sujeitos como diferentes, é tão cruel quanto. É necessário que se legitime as diferentes experiências de se estar no mundo, fortalecendo acessos e possibilidades para que novos direitos sejam alcançados e garantidos.

Fecho este capítulo final descrevendo outra cena de José Arcádio na obra de Gabriel Garcia Marquez. No começo da história, Macondo – a comunidade que se torna cidade fundada pelo próprio José Arcádio -, é descrita como um lugar isolado, em que quase ninguém visita, a não se por um grupo de ciganos os quais não são muito bem

vistos. Dentre estes ciganos está Melquíades que, por acaso, estabeleceu uma amizade com José Arcádio, que se impressionava com seus truques e sua sabedoria.

Melquíades retorna para Macondo depois de um tempo sem visitá-los e José Arcádio se surpreende com o que vê: o amigo, antes banguela, agora tem dentes. Fica revoltado, pois acredita que Melquíades está agora fazendo bruxaria. Este, por sua vez, retira os dentes e lhe mostra que é uma dentadura, explica à José Arcádio seu mecanismo e informa que esta é uma tecnologia já bastante desenvolvida no mundo afora. José Arcádio se impressiona, mas sua revolta continua, agora por outro motivo: se deparou com o quanto estavam sozinhos, isolados do restante do mundo, enfiados em Macondo.

Sua reação foi logo interpretada como um surto de loucura pela comunidade: convocou os homens do povoado para o acompanharem no que seria o desbravamento de um novo mundo. Inconformado com a solidão de seu povo, a aventura para a qual estavam se dirigindo era para a construção de uma estrada que ligasse Macondo à um novo universo de tecnologias e modernidades, abrindo, de uma vez por todas, um caminho de comunicação entre estes dois mundos, tirando seu povo da solidão.

Mais uma vez me aproveitando da história de José Arcádio, abro os seguintes questionamentos: não seria a expressão da loucura, então, uma tentativa de se salvar dessa solidão que é constantemente imposta para estes sujeitos? Uma tentativa de se tornar livre do isolamento, de ser visto, de legitimar um sofrimento? Não basta mais a garantia de direitos de acesso a serviços de saúde e assistência, se um discurso que permanece aprisionando sujeitos ainda é legitimado dentro da nossa sociedade através destas práticas, que não dão outra oportunidade para os loucos que não a de serem, para sempre, loucos e doentes.

“A diversidade, portanto, deve induzir uma mudança nas regras do viver e não somente procurar uma mudança em si mesma. A inclusão, contraposta à exclusão, não é aprendizagem por parte dos pobres das regras dos ricos, mas, sim, é a mudança das regras do jogo” (SARACENO, 2011).

Apesar de tantas mudanças nas formas de se propor tratamento em psiquiatria ou saúde mental, o medo do isolamento, punição e controle ainda atravessa esta população marginalizada que está sob constantes ataques. Se o fantasma do encarceramento da

loucura ainda assombra aqueles que são acometidos por ela, é também porque este mantém se atualizando pelo decorrer da história em diferentes formas. Pois o Manicômio nem sempre vem em forma de concreto - às vezes vem em forma de Castanheiro. Vem em forma de preconceitos, de repressão, ideologias, leis. Pode vir em forma de religião, pode vir fantasiado de cuidado. Vem em forma de falta: de acesso, oportunidade, recursos, direitos. E às vezes vem em forma de governo. Que nossa luta seja direcionada para uma sociedade em que a singularidade dentro de um coletivo seja de fato respeitada e preservada, para que os povos condenados à solidão tenham, finalmente e para sempre, uma nova oportunidade sobre a terra.⁵

⁵ A frase final deste trabalho é uma alusão à também frase final do discurso “A Solidão da América Latina”, de Gabriel Garcia Márquez, ao receber o Prêmio Nobel da Literatura, em 2011.



José Arcádio Buendía e o Castanheiro, por Carybé

“Certa ocasião em que o Padre Nicanor levou ao castanheiro um tabuleiro e uma caixa de pedras para convidá-lo a jogar damas, José Arcadio Buendía não aceitou, segundo disse, porque nunca pôde entender o sentido de uma contenda entre dois adversários que estavam de acordo nos princípios. O Padre Nicanor, que nunca tinha encarado desse modo o jogo de damas, não pôde voltar a jogar. Cada vez mais assombrado com a lucidez de José Arcadio Buendía, perguntou-lhe como era possível que o mantivessem amarrado numa árvore.

— *Hoc est simplicissimum*: — respondeu ele — porque estou louco.” (MARQUEZ, p. 80, 1973)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico, Edições Graal, Rio de Janeiro, 1985.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, 5 de outubro, 1988.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 9 de abril, 2001.

CAVALCANTE, D. M.; CABRAL, B. E. B. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II, *Estud. Psicol. (Natal)*, vol. 22, no. 3, Natal, 2017.

COSTA JUNIOR, F.; MEDEIROS, M. Alguns conceitos de loucura entre a Psiquiatria e a Saúde Mental: diálogo entre os opostos?, *Psicologia USP*, v. 18, no. 1, 57-82, São Paulo, 2007.

CAMARGO, D. E.; VICENTIN, M. C. G. Saúde Mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. Dissertação de Mestrado, PUC-SP, São Paulo, 2018.

EMERICH, B. F.; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na Loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), *Interface*, 18(51): 685-96, Botucatu, 2014.

FERRAZZA, D. A. A psiquiatrização da existência: dos manicômios à neuroquímica da subjetividade, Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP, Assis, 2013.

GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos, Editora Perspectiva S.A., São Paulo, 1961.

HARPER, L. O Sol é para todos, 29ª edição, Editora José Olympio, Rio de Janeiro, 2019.

HUMEREZ, D. C. de. História de Hélia: referência existencial da esquizofrenia paranoide, *Acta Paul Enf*, v. 13, no. 1, p. 55-65, São Paulo, 2000.

KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições, *Saúde debate*, vol. 41, no. 112, Rio de Janeiro, 2017.

KIMATI, M.; FERIGATO, S.; CHANCHETTI, M. O papel da enfermagem de saúde mental em hospital geral: costurando possibilidades em rede. In: EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. *SaúdeLoucura Número 10*, Editora Hucitec, São Paulo, 2019.

MÃE, V. H. o apocalipse dos trabalhadores, 2ª Edição, Biblioteca Azul, São Paulo, 2017.

MARQUEZ, G. G. Cem anos de solidão, 22ª Edição, Editora Record, Rio de Janeiro, 1973.

MARQUEZ, G. G. Eu não vim fazer um discurso, 1ª Edição, Editora Record, Rio de Janeiro, 2011.

MOSER, C. M.; LOBATO, M. I.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica, *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, vol. 27, no. 3, Porto Alegre, 2005.

MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, Manifesto de Bauru, Bauru, 1987. Disponível em <site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>

POMBO, R. No Hospício, 2ª Edição, Instituto Nacional do Livro, Rio de Janeiro, 1970.

PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial e feminismo: discussões de raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira, Editora Autografia, Rio de Janeiro, 2017.

SALINGER, J. D. Pra cima com a viga, moçada! e Seymour, uma introdução, Editora Brasiliense, 1ª Edição, São Paulo, 1984.

SANTOS JR, A. dos; OLIVEIRA, M. C.; ANDRADE, T. dos S.; FREITAS, R. R. de; BANZATO, C. E. M.; AZEVEDO, R. C. S. de; BOTEGA, N. J. Vinte anos de

eletroconvulsoterapia em enfermagem psiquiátrica em hospital geral universitário, *Trends Psychiatry Psychother*, vol. 35, no. 3, Porto Alegre, 2013.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 93-101, São Paulo, 2011.

SILVA, J. L. P. da. Eletroconvulsoterapia, não. Eletrochoque, *Responsabilidades*, v. 2, no. 1, p. 35-54, Belo Horizonte, 2012.

TELLES, L. F. A consulta, em Seminário dos Ratos, 4ª edição, Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1984.

TOKARCZUK, O. Sobre os ossos dos mortos, 1ª Edição, Editora Todavia, São Paulo, 2019.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível, *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol. 1, no. 1, 2009.