

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPI:
MESTRADO
Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

**O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E O “VOLTAR PARA CASA”:
INTERSTÍCIOS DESTE CAMINHO**

CARINA FURLANETO FRAZATTO

MARINGÁ
2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPI: MESTRADO
Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

**O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E O “VOLTAR PARA CASA”:
INTERSTÍCIOS DESTE CAMINHO**

Trabalho apresentado por CARINA FURLANETO FRAZATTO, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade, da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

ORIENTADORA:
Prof.^a. Dr.^a.: MARIA LUCIA BOARINI

MARINGÁ
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

F848h Frazatto, Carina Furlaneto
O hospital psiquiátrico e o "voltar para casa":
interstícios deste caminho / Carina Furlaneto Frazatto. --
Maringá, 2011.
184 f. : il. col., figs., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lucia Boarini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2011

1. Saúde mental. 2. "Morador" - Hospital psiquiátrico.
3. Programa de Volta para Casa. 4. Saúde Pública. 5.
Reforma psiquiátrica. 6. Política Nacional de Saúde Mental
- Brasil. I. Boarini, Maria Lucia, orient. II. Universidade
Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

CDD 21.ed.: 362.2

CARINA FURLANETO FRAZATTO

**O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E O “VOLTAR PARA CASA”:
INTERSTÍCIOS DESTE CAMINHO**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lucia Boarini (Orientadora) – UEM

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser – UFSC

Prof^ª. Dr^ª. Lucia Cecília da Silva – UEM

Data de Aprovação:

24/03/2011

A todos aqueles que, em seu dia a dia de trabalho, inquietam-se com o atendimento oferecido às pessoas com transtorno mental e lutam pela consolidação da Rede de Atenção à Saúde Mental.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora MARIA LUCIA BOARINI, fonte de inspiração, segurança e estímulo, pela prontidão em sanar todas as dúvidas e pela paciência em me conduzir nesses dois anos de parceria; parceria esta que espero ter apenas se iniciado com este mestrado, mas que continue firme em prol de um melhor atendimento às pessoas com transtornos mentais.

Aos professores GUSTAVO, PAULA, CHARLES e LUCINHA, pelo aceite em participar desta banca e pelas contribuições oferecidas.

Aos funcionários de Maringá-PR que contribuíram com a pesquisa de campo, em especial aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, do Hospital Psiquiátrico e da Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador, pelas informações prestadas e disponibilidade em me receber em seus setores de trabalho.

Aos “moradores” ou ex-“moradores” de hospital psiquiátrico e seus familiares de quem tomamos emprestadas as histórias que ilustram este trabalho.

A todas as pessoas com quem pude dividir as dificuldades e vitórias desta caminhada, em especial: à KELLY, companheira de mestrado; à MARINA, companheira de viagem para eventos; à RUTH e à DAYANE, companheiras de trabalho; à GREICI e à DALIANA, companheiras de faculdade e agora de mestrado e de trabalho respectivamente e de tantos outros espaços que compartilhamos.

À MARTHINHA, minha *Personal Trainer*, por fazer com que meus músculos voltassem a funcionar e, assim, tornar possível escrever, digitar e cumprir minhas atividades do mestrado.

A meus pais, JOEL e MARTA, pela “dedicação exclusiva”, fornecendo-me todas as condições para fazer do meu sonho de ser mestre uma realidade.

À minha irmã CAMILA, com quem aprendi o prazer de estudar e o valor da busca pelo conhecimento.

Ao meu irmão JULIANO, minha cunhada KEILA, meu cunhado ROCKSON e minha avó CONCEIÇÃO, pela companhia nesta caminhada. Ao meu sobrinho JULIANINHO, pela diversão que sempre me proporciona, e à minha sobrinha LARA, que acaba de chegar ao mundo e já ocupa um lugar todo especial em minha vida!

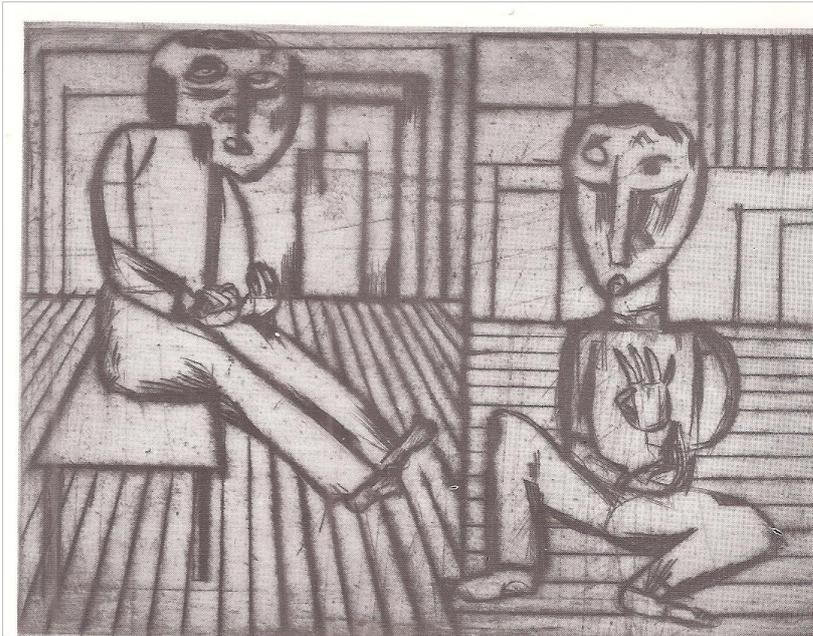


FIGURA 1: *No manicômio*
Fonte: Segall (1919).

*A palavra de ordem é:
do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais,
à multiplicidade extrema das relações sociais*
(Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p. 36).

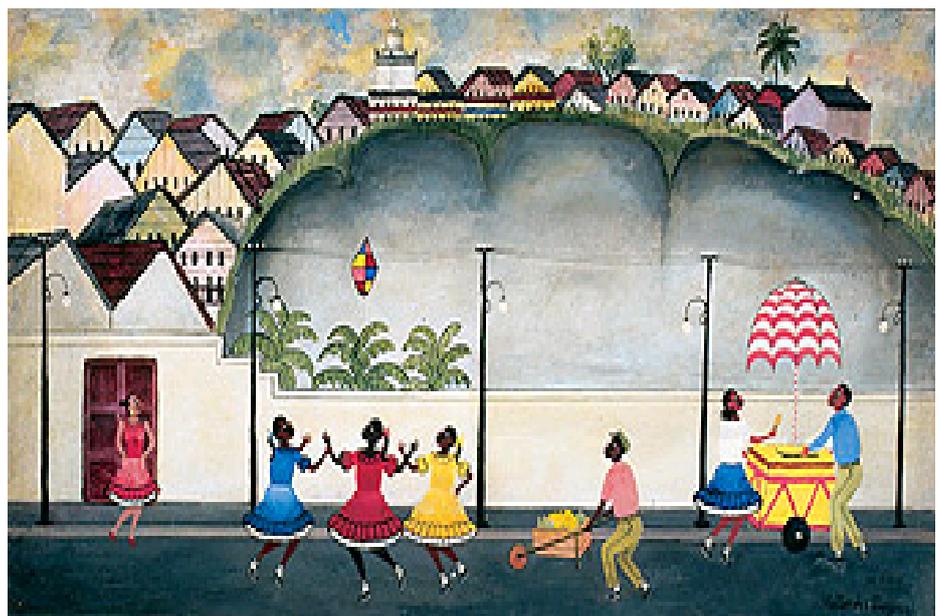


FIGURA 2: *Morro São Carlos*
Fonte: Prazeres (1962).

FRAZATTO, Carina Furlaneto. O hospital psiquiátrico e o “voltar para casa”: interstícios deste caminho. (184 f.). **Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof.^ª Maria Lucia Boarini, Maringá, PR, 2011.**

RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender como se dá o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico, tendo como referência a Política Nacional de Saúde Mental brasileira. Trata-se de uma investigação de caráter exploratório que leva em conta que o aparato jurídico que garante o direito da pessoa com transtorno mental, em especial a Lei 10.216 e a atuação do Ministério Público no âmbito da saúde mental, constituiu-se recentemente. Vale lembrar que o atendimento à pessoa com transtorno mental no ambiente familiar já era defendido por alguns dos integrantes da Liga Brasileira de Higiene Mental nos meados da década de 1930. Não obstante esta antiga defesa, bem como a relevância dos movimentos sociais das últimas décadas, que, dentre outros fatores, conseguiram transformar em política de Estado o atendimento à saúde mental na rede comunitária, existem ainda mais de dez mil pessoas na condição de “morador” de hospital psiquiátrico no Brasil. Para compreender esse processo, realizou-se esta pesquisa de campo, empregando as técnicas da entrevista e da história oral. Foram entrevistados quatro familiares de ex-“moradores” de hospital psiquiátrico (que na época da pesquisa eram usuários da rede de saúde mental de Maringá), a Psicóloga do Sanatório Maringá e a Assistente Social da Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador, já que ambas acompanhavam o processo de “voltar para casa” dos “moradores” de Maringá. Coletados e transcritos, os dados foram analisados e articulados para que a história oral pudesse ser reconstruída. Esta reconstrução foi submetida a uma extensiva análise, discutida com base em temas comuns e interpretada à luz da história que resultou na atual política de atenção à saúde mental. Os resultados indicaram, em geral, que o hospital psiquiátrico foi o recurso encontrado quando do aparecimento dos sintomas do transtorno mental. Esta situação repetiu-se em longas e sucessivas internações, ainda que, na época, a Política Nacional de Saúde Mental já previa o atendimento por meio da rede extra-hospitalar. Este fato, dentre outros fatores, sugere dificuldades na implantação e implementação da rede de atenção à saúde mental e, como consequência, a imposição da condição de “morador” para aqueles que sofrem de um transtorno mental. Destaca-se que o “voltar para casa” dos “moradores” de hospital psiquiátrico enfocados neste estudo tem contado com a atuação conjunta do Ministério Público e do Conselho Municipal de Saúde de Maringá. Se, por um lado, isso indica que o retorno desses “moradores” não está ocorrendo de forma espontânea, por outro lado, a atuação desses órgãos permite que alguns encaminhamentos sejam dados à situação desses “moradores”, que talvez lá permanecessem, não fosse tal atuação. Os resultados indicaram ainda que a prática de “voltar para casa”, embora possa ser considerada como um avanço, nem sempre tem garantido o abandono da lógica manicomial, assim como o fato de contar com uma política de Estado que prioriza o atendimento extra-hospitalar não garante a sua concretização. Para tanto, é necessário determinação da sociedade, intervindo e dando vida ao que está previsto em Lei, fazendo um movimento constante de avaliação das ações propostas, mesmo depois de implantadas e implementadas, do contrário a legislação vira, tão somente, letra morta, ou, ainda, as próprias ações tornam-se apenas burocráticas.

Palavras-chave: Saúde Mental. “Morador” de hospital psiquiátrico. Programa de Volta para Casa. Saúde Pública. Reforma Psiquiátrica.

**FRAZATTO, Carina Furlaneto. The psychiatric hospital and the “coming home”:
interstices of this path (184 sheets). Master thesis in Psychology – State University
Maringa. Supervisor: Prof.^a Maria Lucia Boarini, Maringá, PR, 2011.**

ABSTRACT

This study aims to understand the “coming home” of the “resident” of psychiatric hospitals, with reference to the Mental Health National Policy in Brazil. It consists of an exploratory investigation that takes into account that the legal system, which guarantees the right of persons with mental disorders, particularly the Law 10.216 and the performance of the Public Ministry with regard to mental health, has been recently constituted. It is worth reminding that the care of people with mental illnesses within the family environment was already advocated by some members of the Brazilian League for Mental Hygiene in the mid-1930s. Despite this ancient defense, as well as the relevance of the social movements of recent decades, which, among other factors, were able to transform mental health care in the community network into State policy, there are still over ten thousand people in the condition of “resident” of psychiatric hospitals in Brazil. In order to understand this process, a field research was conducted, employing the techniques of interview and oral history. The interviewees were four relatives of former “residents” of psychiatric hospital (who, at the time of the survey, were users of the mental health network of Maringá), the Psychologist of Sanatorium Maringá and the Social Worker of the Prosecutor’s Office of Defense of Public Health and Workers’ Health, since both accompanied the process of “coming home” of the “residents” of Maringá. Once collected and transcribed, data were analyzed and linked together so that oral history could be reconstructed. Such reconstruction underwent an extensive analysis, discussed with basis on common themes and interpreted in the light of history, which resulted in the current policy of mental health care. Results showed that, in general, the psychiatric hospital was the resource found when symptoms of mental disorder appeared. This situation repeated itself in long and successive hospital admissions, despite the fact that, at the time, the National Policy on Mental Health already provided the service outside the hospital. This factor, among others, suggests difficulties in deployment and implementation of the network of mental health care and, consequently, the imposition of the condition of “resident” for those suffering from a mental disorder. It is noteworthy that the “coming home” of the “residents” of psychiatric hospitals, focus of this study, has relied on the joint work of the Public Ministry and the Municipal Health Council of Maringá. If, on the one hand, this indicates that the return of “residents” is not occurring spontaneously, on the other hand, the performance of these agencies allows that directions are given to the status “residents” who may have remained there, was not such action. Results also indicated that the practice of “coming home”, although it may be regarded as a breakthrough, it has not always assured autonomy from the manicomial logic. Similarly, the fact of having a State policy that prioritizes care outside hospitals does not guarantee its implementation. For this purpose, it is necessary society determination, intervening and giving life to what is provided by law, making steady assessment of proposed actions, even after they are deployed and implemented, otherwise, legislation becomes no more than dead words, or still the very actions become only bureaucratic.

Key words: Mental Health. “Resident” of psychiatric hospital. Coming Home Program. Public Health. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

A CONDIÇÃO DE “MORADOR” E A POSSIBILIDADE DE “VOLTAR PARA CASA”: Explorando o caminho, descobrindo os interstícios	12
▪ “Moradores” de Hospital Psiquiátrico: Um breve panorama	12
▪ De “Morador” de Hospital Psiquiátrico a Usuário da Rede de Saúde Mental ...	15
1 OS DESAFIOS DO “VOLTAR PARA CASA”	22
1.1 Reforma Psiquiátrica: Avanços e impasses	22
1.2 “Moradores” de Hospital Psiquiátrico: Higiene mental e reforma psiquiátrica	27
1.3 O Retorno ao Lar e as Implicações da Família nesse Processo	32
2 O CAMINHO PERCORRIDO	37
2.1 Caracterização da Pesquisa	37
2.2 A Rede de Atenção à Saúde Mental no Município de Maringá-PR	38
2.2.1 Instituições Prestadoras de Serviços na Área de Saúde Mental em Maringá-PR..	39
2.2.2 Outros Setores Atuantes na Desospitalização de Moradores do Hospital Psiquiátrico	40
2.3 Participantes	40
2.4 Procedimentos da Pesquisa	42
2.5 Técnicas	43
2.5.1 A história oral	43
2.5.2 A entrevista	44
2.6 Tratamento, Análise e Apresentação dos Dados	45
3 “VOLTAR PARA CASA”: Quatro histórias de uma mesma história	48
3.1 A História de A.	48
3.3 A História de C.	57
3.4 A História de E.	64
3.5 A História de R.	73
4 OUTRAS TANTAS HISTÓRIAS	81
4.1 A Participação do Ministério Público na Reforma Psiquiátrica	80
4.2 As Tentativas de “Voltar para Casa”	82

DESVELANDO OS INTERSTÍCIOS	96
REFERÊNCIAS.....	100
ANEXOS	109
APÊNDICES	118

“E agora prepare-se o leitor para o mesmo assombro em que ficou a vila ao saber um dia que os loucos da Casa Verde iam todos ser postos na rua.

—Todos?

—Todos.

—É impossível; alguns sim, mas todos...

—Todos. Assim o disse ele no ofício que mandou hoje de manhã à Câmara.”

(Machado de Assis, 1882, p. 38, grifo nosso).

A CONDIÇÃO DE “MORADOR” E A POSSIBILIDADE DE “VOLTAR PARA CASA”: Explorando o caminho, descobrindo os interstícios

O manicômio sob qualquer de suas formas, salvo os casos excepcionais, é de um emprego desastrado e improfícuo para o louco, e radicalmente desnecessário para o idiota¹ (Passos, 1913).

▪ “Moradores” de Hospital Psiquiátrico: Um breve panorama

A temática deste estudo está circunscrita ao campo da saúde mental, mais especificamente no contexto da reforma psiquiátrica e tem como objetivo compreender como se dá o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico. Faz parte da linha de pesquisa *Os Ideais Higienistas e Eugenistas na Psicologia e na Concepção de Saúde Mental*, do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e o Eugenismo – GEPHE, devidamente inscrito na Plataforma Lattes.

O “morador” de hospital psiquiátrico (ou paciente de longa permanência) é definido pelo Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2003) e por meio da Portaria n. 251, de 31 de janeiro de 2002 como aquela pessoa que ficou por mais de um ano, ininterrupto, internada em tal instituição; além disso, considera que essa pessoa já saiu do período de crise, está de alta hospitalar, porém não deixou a instituição psiquiátrica devido a situações tais que buscamos desvelar por meio deste estudo.

Segundo estimativas do Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2010e), existem aproximadamente 10.722² usuários vivendo como “moradores” de hospitais psiquiátricos em nosso país.

Pinheiro, Guljor, Silva Jr. e Mattos (2007) apontam que 65% dos hospitais psiquiátricos brasileiros apresentam 20% ou mais de pacientes de longa permanência, no entanto, em algumas regiões, essa porcentagem pode aumentar, chegando a 40 e 50% no Rio de Janeiro, conforme Relatório de Gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde. Os autores

¹ As citações do período do movimento higienista, datado do início do século XX no Brasil, foram transcritas / traduzidas de acordo com a ortografia atual.

² Número calculado com base na afirmação de que o número de 3574 usuários, correspondente aos beneficiários do Programa de Volta para Casa, corresponde a 1/3 do número estimado de pessoas com longo tempo de internação em instituição psiquiátrica (Brasil. Ministério da Saúde, 2010e).

ainda afirmam que, do total de leitos psiquiátricos existentes, pelo menos 20 a 30% seriam ocupados por pacientes internados durante mais de um ano.

Os dados do Censo realizado por Gomes, Couto, Pepe, Almeida, Delgado e Coutinho (2002) em uma instituição psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro apontam que 80% de um total de 1494 pacientes foram classificados na categoria de “morador”, e 42% deles haviam perdido seus vínculos referenciais de moradia e não tinham onde ficar fora do hospital.

Em reportagem sobre a necessidade de implantação de uma rede extra-hospitalar na cidade de São Paulo, Ferreira (2008) afirma que estimativas do Ministério da Saúde apontam a existência de moradores em pelo menos 50% dos leitos psiquiátricos naquela cidade. Quando se trata do Estado de São Paulo, as estimativas apresentadas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD (2010) também sugerem que metade dos leitos ainda é ocupada por “moradores”, o que corresponde a um número de 6.349 pessoas em todo o Estado.

O *Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo*, organizado por Barros e Bichaff (2008), cuja população investigada foi pacientes internados há mais de um ano em instituição psiquiátrica do Estado de São Paulo, indicou que o tempo médio de internação dos pacientes é de 15 anos, mas foram encontrados registros de permanência no hospital até 67 anos.

Em relação a essa prática de *morar no hospital*, Ferreira (2008) apresenta o posicionamento do Ministério Público Federal, que concebe essa prática como ilegal, já que o hospital seria o lugar para tratar crises agudas e não lugar de moradia.

A existência de pessoas morando no hospital psiquiátrico há 67 anos é, no mínimo, uma evidência de que morar no hospital não é uma novidade de nossos dias. Para Amarante (2007), a sociedade ocidental tem tratado as pessoas com transtorno mental, por mais de duzentos anos, utilizando-se de longas internações, acompanhadas de atos de abandono e violência. De acordo com Barros e Bichaff (2008), desde o início do século XX, já existia um crescimento contínuo de pacientes crônicos asilados nessas instituições. Resende (2001) também discute esta questão ao contextualizar os encaminhamentos dados à loucura no início do século XX, afirmando que internar, muitas vezes, era um caminho sem retorno, de modo que a população dos hospitais crescia a cada dia, assim como o clamor por mais verbas, mais leitos e mais hospitais.

Para além do início do século passado, a prática de isolar as pessoas com transtorno mental foi, e ainda se mantém, marcante desde o princípio da psiquiatria, tanto que construir a história dessa ciência tem sido, de certa forma, considerado o mesmo que construir a história do asilamento. Essa tendência continua se repetindo no Brasil. Quando se tenta traçar um

histórico da psiquiatria em nosso país, é possível demonstrar como, ao longo do tempo, essa ciência tornou-se mais poderosa e manteve como sua aliada as práticas de asilamento, de modo que, por muitos anos, a assistência prestada aos loucos era tarefa quase exclusiva dos manicômios (Amarante, 1994).

Essa predominância do hospital psiquiátrico no atendimento prestado às pessoas com transtorno mental também se expressa quando observamos os recursos reservados para esta área. Até o ano de 1997, 93,14% deles eram destinados às instituições psiquiátricas (Brasil. Ministério da Saúde, 2005). Em 2006, os recursos empregados nas ações extra-hospitalares foram superiores àqueles dirigidos aos hospitais psiquiátricos, no entanto, segundo dados de 2010, estes ainda consomem pelo menos 33,3% dos valores que o país destina à saúde mental (Brasil. Ministério da Saúde, 2010e).

As mudanças no direcionamento dos recursos à saúde mental caracterizam-se como um dos resultados dos esforços realizados no sentido de romper com o modelo hospitalocêntrico. Entretanto, atualmente, ainda existem 208 instituições psiquiátricas distribuídas por todo o Brasil, o que corresponde a 35.426 leitos financiados pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2010e). Como vimos pelas estimativas apresentadas, muitos desses leitos são ocupados por pessoas que moram nessas instituições, fato que contradiz o movimento social que critica e rejeita o modelo de atenção em saúde mental centrado nas instituições psiquiátricas.

Esse movimento social, denominado Reforma Psiquiátrica, é descrito pelo Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2010b) da seguinte forma:

A Reforma Psiquiátrica, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias. No Brasil, tal movimento iniciou-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica prevê transformações que atinjam toda uma gama de concepções, saberes, práticas, valores culturais e sociais que envolvem a atenção em saúde mental (Brasil. Ministério da Saúde, 2005). Esse conjunto de transformações prevê uma reorientação no modelo de assistência à pessoa com transtorno mental, permitindo que esta seja tratada sem que necessite ser retirada da comunidade.

Isso se torna possível porque, além do modelo hospitalocêntrico não ter dado conta de resolver o problema do transtorno mental, atualmente, existem medicamentos capazes de controlar seus sintomas, bem como uma proposta de rede de saúde mental, distribuída na comunidade, que pode prestar suporte para essas pessoas e suas famílias. Como afirma Boarini (2006, p. 116):

(...) o tempo transcorrido comprova que o saber calcado na cultura manicomial mostrou-se incapaz de resolver a questão da pessoa com sofrimento mental; pelo contrário, tornou crônicas situações que poderiam ter sido episódicas. (...) Com os avanços do conhecimento e os recursos atualmente oferecidos pelas ciências da saúde, não faz mais sentido a exclusão como forma de tratamento.

Portanto, se em determinados momentos da história a reclusão da pessoa com transtorno mental foi necessária devido à falta de recursos para lidar com seus sintomas, ou mesmo pela crença de que o transtorno seria transmitido de forma hereditária, como acreditavam alguns dos membros da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, hoje, tais justificativas são questionáveis, uma vez que a ciência médica ainda não comprovou uma causa única para explicar os transtornos mentais.

É importante destacar que a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM constituiu-se como uma das entidades representativas do movimento higienista do início do século no Brasil. Ribeiro (2003) afirma que ela representou o pensamento psiquiátrico brasileiro durante, aproximadamente, duas décadas. Dentre suas aspirações, destaca-se a prevenção dos transtornos mentais mediante ações voltadas às mais diversas áreas e instituições sociais (família, escola, etc.).

▪ **De “Morador” de Hospital Psiquiátrico a Usuário da Rede de Saúde Mental**

Com base na perspectiva defendida pelo movimento social de reforma psiquiátrica, foram elaboradas políticas públicas que propõem a criação de vários dispositivos para substituir, gradativamente, a assistência ao portador de transtorno mental, antes prestada exclusivamente pelos hospitais psiquiátricos. Todos esses dispositivos, instituídos por meio de leis federais, leis estaduais e portarias ministeriais (Brasil. Ministério da Saúde, 2004a), formam uma proposta de rede em saúde mental que, sendo consolidada, permite a realização

de um tratamento aberto, de base comunitária, que faça uso de leitos psiquiátricos em hospitais gerais ante um possível momento de crise do paciente.

Um desses dispositivos foi criado com vistas a intervir na situação dos “moradores” dos hospitais psiquiátricos. Trata-se do Programa de Volta para Casa – PVC. Suas origens são descritas no Manual do Programa (Brasil. Ministério da Saúde, 2003, p. 1) da seguinte forma:

Este Programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a qual, mais especificamente em seu artigo 5º, determina que os pacientes, há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”.

O Programa de Volta para Casa, criado em 2003, pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, prevê o pagamento de um auxílio-reabilitação³ psicossocial para portadores de transtornos mentais egressos de longas internações (mais de dois anos). O benefício tem duração de um ano e pode ser renovado por mais um, contemplando pessoas que residem com suas próprias famílias ou substitutas ou, ainda, habitam os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs. Durante o período em que estão vinculados ao Programa, os usuários devem frequentar o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e serem acompanhados pela equipe de saúde mental do município (Brasil. Ministério da Saúde, 2003).

Propõe-se, portanto, um benefício financeiro para que o usuário retorne para casa. Quando pensamos em “voltar para casa”, em uma simples relação de causa e efeito, pensamos em voltar para um lar, para um lugar de onde partiu e agora vai retornar, e para uma família com quem antes habitava e que agora receberá (ou não) essa pessoa com transtorno mental após a alta hospitalar. No entanto, entendemos ser necessário ampliar essa relação para os múltiplos sentidos que esse “voltar para casa” pode ter, não levando em conta um único e pré-definido destino após a saída da instituição psiquiátrica.

Considerando esses múltiplos sentidos de voltar para casa, podemos citar os dados de Furtado (2006) que revelam: dos 1016 beneficiários do Programa de Volta para Casa – PVC, cadastrados na época de sua pesquisa, 810 residiam em casas dos Serviços Residenciais

³ Em 2003, ano de lançamento do PVC, o auxílio reabilitação psicossocial consistia em um benefício de R\$240,00 mensais, repassados diretamente ao portador de transtorno mental ou seu responsável legal (Brasil. Ministério da Saúde, 2003). Atualmente, o valor repassado aos integrantes do programa é de R\$320,00 (Brasil Ministério da Saúde, 2010b).

Terapêuticos, ou seja, grande parte não havia “voltado para casa” no sentido simplista do termo. Sendo assim, partimos do pressuposto de que “voltar para casa” implica não só voltar para uma família de origem, mas também inaugurar uma nova casa – seja custeada pelo Estado, como é o caso dos SRTs – ou mesmo ir morar com um membro da família, ainda que afetivamente distante, entre outras possibilidades, como ser acolhido em asilo para idosos, em abrigo para menores, ou morar sozinho.

Cabe destacar que, entre ser “morador” e “voltar para casa”, existem muitos interstícios, começando pela decisão de sair do hospital, que pode ser da equipe de saúde, da família, do Ministério Público, mas que, acima disso, implica ir contra a ideia naturalizada de que, quem tem transtorno mental, deve viver internado. Outro aspecto que se encontra no caminho de “voltar para casa” é a questão de ter um lugar para ir e até de resgatar quem era esse sujeito antes de ser acometido pelo transtorno mental.

Em continuidade a esses interstícios, encontramos a existência, ou não, de apoio e amparo para os “moradores” de hospital psiquiátrico fora desta instituição. Tal questão traz a família e o Estado – na figura da rede de saúde mental – para este debate. Se considerarmos, conforme apontamentos de Moreno e Alencastre (2003), que, enquanto a pessoa com transtorno mental ficava aos cuidados do asilo, recomendava-se à família não acompanhá-lo durante o período de internação e que estas recomendações perduraram até por volta da década de 1980, podemos afirmar que a participação da família nos cuidados da pessoa com transtorno mental é recente e está relacionada com a concepção de tratar em comunidade.

Se o cuidado na comunidade, ou mesmo o “voltar para casa” implica, por um lado, encontrar-se com a temática da família, é preciso entender quem é essa família e se a mesma tem condições / recursos de aceitar, lidar e conviver com a pessoa com transtorno mental; por outro lado, reiteramos que “voltar para casa” nem sempre vai implicar em convívio familiar, dada a existência de pessoas destituídas de suas famílias ou mesmo daquelas cujos laços familiares não sustentam uma convivência comum.

Sobre as famílias, podemos afirmar que é consenso entre os estudiosos o fato de a família ser uma instituição social que está sempre se transformando. Silva (2004), por exemplo, fez uma seleção de livros atuais no campo da Psicologia e de matérias veiculadas em revistas de alcance nacional que tratam do tema família e constatou que tais livros e artigos não consideram as questões históricas ao analisar a estrutura das relações familiares na atualidade. Ante esta constatação e considerando o pressuposto de que a família está mudando e necessita de tratamentos e soluções, a autora reconhece: “(...) estuda-se o presente, sem que, no entanto, o processo de transformação social e histórico seja explicitado.

Conseqüentemente, essa postura restringe o próprio entendimento do presente, por ficarmos com a idéia vaga de que a família mudou e está mudando” (Silva, 2004, p. 42). Para Singly (2007), essa transformação, entendida por muitos como uma crise da família, não deve ser traduzida como um enfraquecimento de tal instituição e sim como o aparecimento de outros modelos familiares que não o nuclear.

Além desses estudos, há outras evidências quanto às modificações que vêm ocorrendo na tradicional família nuclear. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apresenta, anualmente, o resultado da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD e, considerando que, para tal instituto, a família é o grupo de pessoas que vive sob o mesmo teto, os dados da pesquisa apontam várias modificações na família brasileira. Até mesmo esse conceito, já considera um modelo familiar diferente do padrão: pai, mãe e filhos, característico da família nuclear.

Essas modificações podem ser exemplificadas à medida que fazemos uma análise comparativa entre os dados de 1981 apresentados por Ribeiro, Sabóia, Branco e Bregman (2008) e os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006): enquanto, em 1981, 5,6% das famílias brasileiras eram unipessoais (pessoas morando sozinhas), em 2006, essas famílias estavam presentes em 10,7% das casas. Já a taxa de fecundidade média das brasileiras, que era de 4,35 filhos por mulher na década de 1980 (Ribeiro et. al., 2008), em 2009 foi de 1,89 filhos por mulher (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009a).

Ademais dessas transformações familiares, existem aquelas pessoas que, independente de como suas famílias se apresentam, não possuem vínculos com as mesmas. Essas pessoas, esclarece Moreira (1983), usufruem de uma das funções do hospital psiquiátrico, qual seja a de servir como abrigo para quem não possui família, ou mesmo um lar, como mendigos, menores abandonados ou mesmo idoso. Pela literatura já citada anteriormente, essa não é uma função do hospital criada em nossos dias, porém, como a exclusão do louco era a regra e a internação era um caminho sem volta, a falta de família não era evidenciada e não havia diferença nos encaminhamentos dados a essa pessoa, possuindo ela, ou não, referência e vínculos familiares.

O papel do Estado, representado neste estudo pela rede pública de saúde mental, apresenta-se como aliado à concepção de tratar o transtorno mental em comunidade, o que implica a atuação dos dispositivos de saúde mental existentes, no sentido de não só oferecer tratamento completo à pessoa com transtorno mental, como apoio às suas famílias. No caso daqueles que não possuem referência familiar ou cujos vínculos familiares foram perdidos,

além de oferecer tratamento, é função do Estado o amparo a essas pessoas, inclusive no quesito da moradia.

Nesse sentido, com base nos questionamentos produzidos pelo movimento em prol da Reforma Psiquiátrica e na tentativa de apresentar soluções para os moradores dos hospitais psiquiátricos, foram criados pelo Ministério da Saúde, além do Programa de Volta para Casa, os Serviços Residenciais Terapêuticos, instituídos pela Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde. Esses serviços são destinados a “(...) cuidar dos portadores de transtorno mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, **que não possuam suporte social e laços familiares** e que viabilizem sua inserção social” (Portaria n. 106, 2000, 11 de fevereiro, art. 1º, para. único, grifo nosso).

Se, por um lado, a existência desses serviços sugere a ausência de família ou dos vínculos entre seus membros, por outro lado, a convivência nos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs – nos leva a questionar que tipo de relações estão sendo estabelecidas em seu interior; objetivando compreender se abrangem relações terapêuticas e / ou familiares, bem como avaliando os avanços e os desafios que esse tipo de dispositivo oferece às pessoas com transtorno mental.

Diante deste panorama, o estudo que propomos é de caráter exploratório e tem como objetivo compreender como se dá o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico. Nesse sentido, as discussões elaboradas nesta dissertação talvez possam favorecer o desvelamento de novos dados que sirvam de avaliação sobre a implantação e implementação das políticas públicas vigentes, bem como para a compreensão da saúde mental, com ênfase no momento em que o “morador” sai do hospital psiquiátrico. Cumpre ainda destacar que esta pesquisa possui uma limitação inerente ao período que enfoca, uma vez que os fenômenos aqui apresentados fazem parte do presente e, portanto, ainda estão em processo de transformação.

À medida que este estudo procura se inspirar numa perspectiva materialista da história, por meio da qual os fenômenos são entendidos como historicamente datados e construídos socialmente, as transformações que ocorrem na sociedade devem ser entendidas como derivadas das mudanças nas relações objetivas e materiais que os homens estabelecem entre si. Essas transformações atingem todas as esferas sociais, incluindo as mudanças no atendimento às pessoas com transtorno mental, as propostas no sentido de solucionar a questão dos “moradores” de hospital psiquiátrico, as mudanças na instituição familiar e o próprio desenvolvimento das ciências e do pensamento acadêmico. Desse modo, os assuntos tratados nesta pesquisa são entendidos como fruto do contexto histórico em que vivemos.

Para melhor organizar e entender o emaranhado de questões que envolvem a temática proposta, fazemos, na primeira seção, uma discussão sobre os principais aspectos que julgamos estarem relacionados com o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico, pautada em uma revisão bibliográfica sobre o assunto. Esses aspectos envolvem alguns avanços e impasses da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como algumas propostas dadas à questão dos “moradores”, após o movimento social de Reforma Psiquiátrica e do movimento brasileiro de higiene mental, este no início do século. Fazemos também, ainda que de forma breve, a intersecção entre as temáticas: família e a saúde mental, utilizando alguns apontamentos sobre a participação da família nos cuidados à pessoa com transtorno mental, inserida na lógica de tratar em comunidade.

Iniciamos a seção dois com a caracterização da pesquisa, considerada uma pesquisa de campo, circunscrita ao município de Maringá-PR⁴. Sendo assim, descrevemos a rede de saúde mental, as instituições prestadoras de serviço na área de saúde mental e outros setores atuantes na desospitalização de “moradores” de hospital psiquiátrico no município. Em seguida, são delineados os procedimentos da pesquisa, seus participantes e as técnicas empregadas na realização da pesquisa de campo, que se constituíram basicamente de entrevistas e da história oral.

Na terceira seção, são apresentadas algumas análises derivadas deste estudo, feitas no decorrer da reconstrução das histórias de quatro ex-“moradores” de hospital psiquiátrico, uma vez que tais histórias podem oferecer elementos para compreendermos como está acontecendo o “voltar para casa” de “moradores” de hospital psiquiátrico.

Como o próprio título anuncia, a quarta seção contém outras tantas histórias, reconstruídas com base nas entrevistas realizadas com a Assistente Social da Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador de Maringá (apêndice F) e com a Psicóloga do Sanatório Maringá (apêndice G). Essas histórias mostram que, algumas vezes, esse “voltar para casa” ainda não está sendo efetivado e nos fornecem um panorama de quais os fatores que entravam esse processo.

Por fim, encerramos esta dissertação sistematizando os principais pontos discutidos durante toda a pesquisa, insistindo que há dificuldades na implantação e implementação da rede de atenção à saúde mental e, muito embora o atendimento previsto por meio desta rede esteja garantido na atual legislação, somente será concretizado se houver a intervenção de pessoas que promovam o enfrentamento da loucura e façam da legislação um fato.

⁴ Município situado no norte do Estado do Paraná, distante da capital Curitiba 423,60 km, com uma área territorial de 486,43 km². A população estimada, para 2009, foi de 335.511 habitantes (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, 2009).



FIGURA 03: *Mostra Virtual do Programa de Volta para Casa*

Fonte: Mostra Virtual do Programa de Volta para Casa (Brasil. Ministério da Saúde, 2010d).

Andorinha

Andorinha lá fora está dizendo:

— "*Passei o dia à toa, à toa!*"

Andorinha, andorinha, minha cantiga é mais triste!

Passei a vida à toa, à toa.

(Bandeira, 1986, p. 76).

1 OS DESAFIOS DO “VOLTAR PARA CASA”

Como quer que seja, porém, a aplicação dos métodos próprios aos serviços abertos alivia extraordinariamente a manifestação sintomática encaminhando-a rapidamente para o equilíbrio, (...)(Santos, 1931, p. 31).

1.1 Reforma Psiquiátrica: Avanços e impasses

Consideramos que o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico acontece em um contexto de reforma psiquiátrica, que, em um sentido mais amplo, pode ser considerada como “(...) um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (Amarante, 1998, p. 87).

Quando nos referimos ao modelo clássico de psiquiatria, estamos nos remetendo ao ideário que compunha a psiquiatria desde que foi criada, como uma prática específica da Medicina. Philippe Pinel (1745-1826) é considerado seu fundador, já que propôs transformações na forma de tratar o louco e escreveu a primeira classificação de doenças mentais (Boarini, 2006).

Apesar de tratar as pessoas com transtorno mental com mais dignidade, tirando-as das correntes e abrindo as janelas dos manicômios, Pinel pautava-se na concepção de que o isolamento era a prática necessária e adequada para a cura da loucura. Por um lado, justificava que só assim se poderia observar a loucura em sua forma pura, proporcionando um diagnóstico preciso e, por outro lado, seria a única forma de oferecer o tratamento moral. Este era entendido como a “(...) soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e as ilusões e chamar a consciência à realidade” (Amarante, 2007, p. 33).

No Brasil, as intervenções destinadas às pessoas com transtorno mental foram iniciadas já pautadas nas práticas de isolamento. Como afirma Resende (2001), a loucura, ignorada por muito tempo, passou a ser alvo de assistência a partir de 1852, quando foi inaugurado o primeiro hospício do país, que rapidamente atingiu sua lotação completa.

Além das razões acima citadas para o isolamento das pessoas com transtorno mental, alguns dos profissionais atuantes no Brasil no início do século XX e membros da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM – justificavam a internação em hospital psiquiátrico como forma de evitar a transmissão do transtorno mental para as novas gerações, uma vez que

o concebiam como transmissível de pai para filho de modo determinante. Como no Brasil não havia uma lei a favor da esterilização das pessoas com transtorno mental, o isolamento, na concepção desses profissionais, seguia sendo a melhor prevenção para evitar a proliferação da loucura (Boarini, 2006).

Paralelamente ao isolamento, alguns desses profissionais apoiavam as medidas eugênicas como forma de complementar as ações preventivas neste campo. Afirma Caldas (1930a, p. 36), membro da LBHM: “Não sei como se possa fazer higiene mental, no seu sentido mais lato, sem levar em conta os conselhos eugênicos”.

No entanto, mesmo com esses argumentos a favor da internação em manicômios e ainda sem contar com os recursos advindos dos psicotrópicos, encontramos, nos tópicos de assuntos discutidos pela LBHM, propostas de práticas alternativas ao manicômio para o atendimento à pessoa com transtorno mental, como veremos no próximo item desta seção.

De acordo com Costa (2007), a psiquiatria que, em seu início, utilizava alguns conceitos da higiene mental, passou a ser orientada pelas concepções tanto da higiene mental quanto da eugenia. Acrescenta o autor que o médico responsável por cuidar das pessoas com transtorno mental deveria ser um eugenista antes de ser psiquiatra e, ser eugenista, significava ter um entendimento do homem fundamentado em critérios biológicos e ser defensor da esterilização e da segregação das pessoas com transtorno mental.

As críticas ao isolamento e às más condições oferecidas pelos hospitais psiquiátricos foram intensificadas, especificamente, após o fim da Segunda Grande Guerra. Segundo Amarante (2007, p. 40):

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana!

Com isso, surgiram propostas técnicas e administrativas mais delimitadas, que passaram a ser denominadas como iniciativas de reforma psiquiátrica e que, aqui, entendemos como um processo que se iniciou no Brasil em meados da década de 1970. Fundamentava-se na crítica ao sistema de assistência em saúde mental da época, bem como ao saber e às instituições psiquiátricas (Amarante, 1998).

A delimitação quanto ao uso do termo *Reforma Psiquiátrica* é necessária por, pelo menos, dois motivos: 1º) Algumas críticas são direcionadas ao uso do termo quando foi

utilizado em alusão às “(...) transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às ‘verdadeiras’ transformações estruturais, radicais e de base” (Amarante, 1998, p. 87); 2º) A psiquiatria, desde que se impôs como disciplina específica, trouxe à tona a reforma psiquiátrica, porém utilizando-se de outros títulos e concepções; como exemplo, destacam-se as colônias de alienados do início do século XIX, desenvolvidas em alguns países europeus (Amarante, 1996). É importante ressaltar que, no Brasil, essas experiências permaneceram pontuais e marginalizadas, longe de serem incorporadas pelos investimentos públicos, que eram dirigidos aos hospitais psiquiátricos de forma prevalente (Amarante, 1994).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada a partir dos anos de 1970, foi marcada pela participação dos movimentos sociais, sobretudo pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, cuja atuação se deu de forma crítica ao saber psiquiátrico, podendo ser considerado o principal ator desse período na formulação teórica e na organização de novas práticas em saúde mental (Amarante, 1996).

Merecem destaque, pelo seu alcance nacional e participação social, as Conferências de Saúde Mental de 1987, 1992, 2001 e 2010 e os Congressos Nacionais dos Trabalhadores em Saúde Mental, que, em sua segunda edição em 1987, criou o lema “por uma sociedade sem manicômios” e instituiu o dia nacional de luta antimanicomial – 18 de maio (Amarante, 1998).

A partir destas e de tantas outras iniciativas⁵, pautadas na concepção proposta pelo movimento social de reforma psiquiátrica, diversos avanços podem ser observados no campo da saúde mental, particularmente no que se refere às políticas públicas para essa área, dentre as quais destacamos a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo de assistência em saúde mental.

A Lei 10.216, de acordo com Amarante (2007), é considerada como um passo decisivo da reforma psiquiátrica. O autor ressalta a importância da inclusão do Ministério Público Estadual, que deve ser comunicado em casos de internações involuntárias e lamenta que a Lei aprovada não tenha garantido todos os direitos previstos no projeto original, como a extinção progressiva dos manicômios.

Assevera Amarante (2007, p. 103): “O conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum

⁵ Para conferir a trajetória do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil em detalhes, ver: Amarante (1998).

outro país do mundo, mesmo na Itália”. O autor destaca as seguintes estratégias e dispositivos que vêm contribuindo para a assistência em saúde mental:

(...) as leis estaduais de reforma psiquiátrica e a Lei 10.216/01; a importante atuação do Ministério Público; a participação e o controle social nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial; a participação política dos movimentos em prol da reforma psiquiátrica; a crítica permanente e consistente da violência e da segregação produzidas pelo hospital psiquiátrico e pela medicalização; a redução de mais de quarenta mil leitos hospitalares com a construção simultânea de serviços de atenção psicossocial, de estratégias de residencialidade, de centros de convivência, cooperativas e empresas sociais; o Programa de Volta para Casa; os projetos de inclusão pelo trabalho; as iniciativas culturais; a Estratégia Saúde da Família (p. 103).

Todos esses serviços oferecidos às pessoas com transtorno mental devem ser interligados e complementares, formando uma rede, tal como apresentada na figura a seguir.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

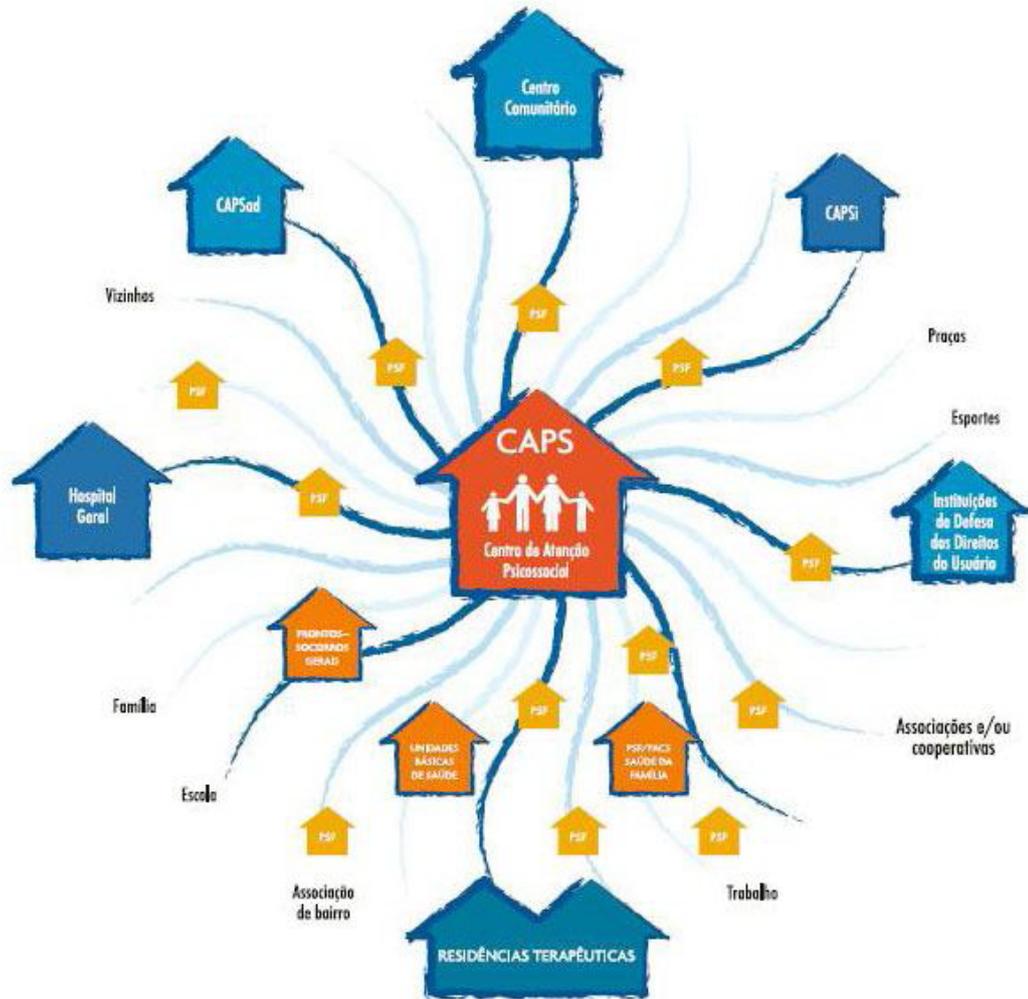


FIGURA 04: Rede de Atenção à Saúde Mental

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2004b).

O funcionamento e a articulação desta rede são descritos pelo Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2010a) da seguinte forma:

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de

forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

Apesar das conquistas alcançadas, esse modelo de atenção em saúde mental traz novos desafios a serem enfrentados. Um deles refere-se à clientela de longa permanência em hospitais psiquiátricos que, de acordo com Pinheiro et al. (2007), foi herdada dos anos em que o hospital era o principal, ou mesmo o único, local de tratamento para as pessoas com transtorno mental. Com o intuito de discutir as implicações de algumas propostas no campo da saúde mental para a clientela de “moradores”, apresentamos o item a seguir.

1.2 “Moradores” de Hospital Psiquiátrico: Higiene mental e reforma psiquiátrica

Conforme já descrito na introdução deste estudo, após um ano de internação em instituição psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental é considerada paciente de longa permanência ou “morador” de hospital psiquiátrico, tornando-se um usuário em potencial de dois dispositivos do Ministério da Saúde: o Programa de Volta para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Ambos os dispositivos visam à retirada dos “moradores” de hospital psiquiátrico e o retorno deles ao convívio social. Embora tais dispositivos sejam recentes e suas configurações originárias da última década, a ideia de tratar a pessoa com transtorno mental em comunidade já foi foco de outros estudiosos ou profissionais que se preocupavam com a área da saúde mental.

Lembramos a posição de alguns médicos integrantes da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM. Muito embora não se constitua como nosso objetivo traçar um esboço extenso sobre o movimento de higiene mental no Brasil, é importante destacar que, mesmo nessa época em que a concepção de isolar a pessoa com transtorno mental era a regra, encontramos vozes discordantes e propostas alternativas a essa prática.

Ernani Lopes (1930, p. 256) faz, de forma elogiosa, a resenha de um artigo de Rafael Rodrigues, publicado na *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, em 1929, sobre a “assistência familiar de alienados” e afirma que:

(...) passa o autor a mostrar as vantagens de serem os doentes passíveis de assistência hetero-familiar admitidos nas casas ‘diretamente’, quer dizer, sem

passarem pelo prévio estágio forçado no manicômio. Isso propiciaria a reabilitação social do doente, uma vez curado, poupando-o ao estigma da internação.

Caldas (1930b, p. 1) cita Ernani Lopes e destaca que este, em 1916:

(...) defende, pela primeira vez, na América do Sul em um trabalho sobre o “Tratamento dos doentes mentais agudos nos hospitais comuns” a necessidade de assistir certos psicopatas curáveis sem os internar em manicômios propriamente ditos. Como se vê, **eram os pródromos da idéia a da hospitalização livre, dos ambulatórios psiquiátricos e dos “serviços abertos”** que somente nos Estados Unidos se começava, então, a realizar (grifo nosso).

Nesse mesmo texto, Caldas (1930b) menciona a inauguração de um “Instituto de Profilaxia Mental”, em 1919, por Gustavo Riedel, e ressalta ter sido o primeiro da América do Sul, cujo objetivo era realizar uma triagem das pessoas ali consultadas, e, no caso de ser constatada alguma anormalidade, a pessoa seria encaminhada para o exame psiquiátrico. Após este, o doente seguiria para uma das seguintes opções: ser internado ou tratado na sua própria casa, sob “vigilância” do serviço social.

Nessa mesma época, Santos (1931, p. 36) defende, em sua tese de doutorado, as vantagens de um serviço aberto em psiquiatria, como complementar ao atendimento manicomial. Suas palavras:

Tal instituição representaria, sobre o mais, grande economia para os cofres públicos, ao mesmo tempo, que não menor proteção real à população. Economia, porque evitaria o internamento de considerável percentagem dos enfermos de sintomas mentais. (...) Proteção real, porque extensiva à classe mais necessitada; os doentes mentais ricos ou de situação folgada ingressam logo em hospitais e sanatórios de serviço pago; os proletários é que, vedada como lhes é, naturalmente, entrada em tais clínicas de urgência, não dispõem de outra solução que não seja aguardar a abertura de vagas no **Hospital de Juquery, já superlotado** (grifo nosso).

Além de propor alternativas ao tratamento manicomial, constava na pauta de preocupações dos higienistas, ainda que de forma tímida, a preocupação com os egressos de internações psiquiátricas, que, naquela época, constituíam-se em dificuldades a serem

enfrentadas ao lado da superlotação dos hospitais psiquiátricos. Essa preocupação se destaca por remontar ao início do século XX, quando, mesmo sem contar com o auxílio dos psicotrópicos no controle dos sintomas do transtorno mental e sem a proposta de tratamento através da rede de atenção em saúde mental, já se pensava em formas alternativas ao tratamento em hospital psiquiátrico.

Considerando como relevante a questão dos egressos, Lopes (1932, p. 83) apresenta a resenha de um trabalho sobre o patronato de egressos dos manicômios na Itália, realizado por uma instituição denominada “Sociedade de Patrocínio dos Alienados Pobres, Curados”, criada em 1881. Ele descreve as características da “Casa de Convalescença” inaugurada por tal sociedade em 1901, destinada às mulheres pobres egressas de manicômio:

Dispondo inicialmente de 22 leitos, mais tarde de 36 e por último de 50, com média anual de 90 ocupantes, tem a Casa de Convalescença amplos dormitórios, vastos salões de repouso e de trabalho; cozinhas, laboratórios, hortas, jardins, terraços, galinheiro, tudo disposto “como em casa de família”.

Lopes (1932, p. 84) reproduz os aspectos vantajosos de assim tratar as egressas de manicômios, distribuindo tais aspectos em três níveis: econômico, moral e social. O econômico refere-se à economia que o Estado faz colocando essas mulheres na Casa de Convalescença, já que, nela, as despesas eram de quatro libras e meia por hóspede, enquanto no manicômio seriam despendidas nove libras e meia cada um. Quanto ao aspecto moral, esclarece o autor:

Sob o aspecto moral, refere o autor que o regime familiar adotado opera por vezes verdadeiros “milagres modernos”, quando, por exemplo, corrige as tendências vivazes à prostituição em mulheres jovens anormais; quando atalha certos pendores manifestos para o alcoolismo, ou ainda quando modifica formas hebefrênicas leves e iniciais, mediante o exercício da vida sã e das distrações adequadas, ou, enfim, quando encaminha para o trabalho, em liberdade, isto é, para a vida, doentes de formas mentais tórpidas que no manicômio, por assim dizer, se enrijecem psiquicamente, ao fim de longa permanência (p. 84).

Ou seja, além de evitar os problemas de uma longa internação, o regime familiar produzia “milagres” quanto ao comportamento moral dessas egressas. Mas os benefícios ainda continuam no nível social. Lopes (1932, p. 84) expõe:

(...) o fato de os doentes serem devolvidos à sociedade já depois de operado o seu reajustamento, o que torna improváveis as recaídas, e, por outro, a circunstância de ter logrado a Casa de Convalescença inserir-se de modo perfeito no ambiente fundindo-se com este numa verdadeira simbiose, graças à interdependência de serviços que se estabeleceu, dentro da melhor cordialidade.

A preocupação com os egressos dos manicômios aparece em outra publicação da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, quando Rezende (1929) propõe, no Brasil, um patronato dos egressos dos manicômios. Uma das justificativas para tal proposta é o fato de, após permanência em manicômio, o paciente passar a ser julgado como perigoso e incapaz de exercer qualquer função. Considerando este aspecto e citando a existência do serviço de patronato em vários países, Rezende (1929, p. 65-66) defende, como uma das finalidades da Liga, a proteção e o amparo social aos egressos dos manicômios. Seus fins seriam:

- 1º - Ter sempre uma relação dos parentes, amigos e conhecidos dos internados para que aqueles sejam sempre informados do estado dos pacientes e aconselhados a retirá-los do estabelecimento em caso de cura ou melhora acentuada.
- 2º - Auxiliar materialmente os egressos sem parentes ou amigos ou pessoas que por eles se interessem.
- 3º - Auxiliar materialmente os egressos cujas famílias forem necessitadas.
- 4º - Fazer o possível para arranjar colocação para os egressos válidos, de acordo com suas aptidões, em casas particulares, oficinas, etc..
- 5º - Colocar os egressos incapazes de trabalhar, mas que também não podem ser conservados no serviço nem na família, em asilos, colônias familiares, ou instituições análogas.
- 6º - Estar sempre em contato com os egressos por intermédio das visitadoras sociais.
- 7º - Vulgarização dos conhecimentos de psiquiatria, de modo que o povo compreenda seu dever de auxiliar os egressos, aceitando-os na comunidade e amparando-os.
- 8º - Facilitar o tratamento, em domicílio ou em estabelecimento apropriado, dos egressos que apresentarem quaisquer manifestações que façam suspeitar a volta do estado mental patológico.

Entre os objetivos citados, podemos perceber que a atenção dedicada aos egressos esbarra em algumas situações que vão além da patologia mental, tais como a ausência de parentes ou amigos para amparo dos mesmos, a falta de recursos materiais ou, ainda, a dificuldade da sociedade em aceitar as pessoas com transtorno mental no convívio social, o que exigiria a socialização dos conhecimentos psiquiátricos para a inserção dos egressos na comunidade.

Da mesma forma, na atualidade, a partir do momento em que são promovidas ações direcionadas para os moradores de hospital psiquiátrico, no sentido de que “voltem para casa”, todos os aspectos que vão além da patologia mental e que, de certa forma, foram camuflados pela internação psiquiátrica ressurgem no cotidiano dos serviços de saúde mental. Até mesmo a função social do hospital psiquiátrico, como lugar de acolher pessoas destituídas de toda sorte, vem à tona, visto que as mesmas não têm para onde ir após a alta hospitalar.

Amarante e Guljor (2010) entendem que abordar essas questões envolve o questionamento do papel do hospital psiquiátrico enquanto instituição responsável por dar conta das desigualdades sociais, à medida que acolhe pessoas que, para além do transtorno mental, sofrem com problemas de desemprego, habitação, etc. Para os autores, o olhar produzido pela Reforma Psiquiátrica questiona a função da psiquiatria de promover ações que vão além da etiologia e do curso do transtorno mental.

O retorno do portador de transtorno mental ao convívio social está presente na discussão sobre a desinstitucionalização, à proporção que supera a ideia de que desinstitucionalizar seja igual desospitalizar e amplia essa concepção para o combate à exclusão social (Amarante & Guljor, 2010).

Desinstitucionalização é considerado um termo de uso complicado (Boarini, 2000) ou problemático (Amarante & Guljor, 2010). Rotelli et al. (2001, p. 18) postulam que a “verdadeira desinstitucionalização” refere-se a:

(...) um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

Nesse sentido, “voltar para casa” após um longo período de internação vai muito além da alta hospitalar. Além das questões sociais, o esmaecimento dos vínculos familiares, gerado

particularmente pelos longos anos de internação, e a falta de condições das famílias em acolher seus membros com transtorno mental (Robaina, Guljor & Pinheiro, 2007) trazem a família para o interior do debate sobre o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico, conforme discutiremos no item seguinte.

1.3 O Retorno ao Lar e as Implicações da Família nesse Processo

Conforme já discutido no primeiro item desta seção, a assistência em saúde mental esteve, de forma predominante, pautada no modelo clássico da psiquiatria, que tinha como sua principal aliada a prática de asilamento. Por esse motivo, a relação entre família e saúde mental, historicamente, foi marcada por uma ruptura, representada pela separação entre a família e seu membro com transtorno mental.

Além da distância provocada entre a família e a pessoa com transtorno mental em decorrência do tratamento em hospitais psiquiátricos, havia um período em que as visitas familiares aos pacientes eram proibidas e as cartas (enviadas ou recebidas) eram censuradas, com a justificativa de que poderiam causar piora no quadro psiquiátrico da pessoa com transtorno mental (Hirdes e Navarini 2008; Moreno e Alancastre, 2003).

Em geral, o isolamento era visto como a terapêutica por excelência desde o início da psiquiatria como disciplina médica. Esta concepção via na prática de isolar ganhos maiores do que inconvenientes, como defendia Pinel (1745-1826), médico considerado o fundador da ciência psiquiátrica e citado por Amarante (2007, p. 32):

Em geral é tão agradável para um doente estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio, penosamente, uma verdade triste, mas contatada pela experimentação repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos de terceiros e de isolá-los de seus parentes. As idéias confusas e tumultuosas (...) exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular desta enfermidade, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhes sejam consagrados.

Embora considere uma necessidade recolher a pessoa com transtorno mental em um estabelecimento adequado, Pinel já reconhecia, há mais de duzentos anos, os benefícios de permanecer no seio da família e usufruir do contato com os amigos.

Não podemos perder de vista que a reclusão hospitalar e a proibição de contato familiar e social, como já discutido, eram derivadas da concepção de loucura da época, tendo em vista que se acreditava que o transtorno mental era proveniente de causas morais e, portanto, o indivíduo precisava passar por uma reeducação de seus costumes (Boarini, 2006).

Além disso, a crença na transmissão hereditária da doença, a valorização de medidas eugênicas e a falta de uma lei que permitisse a esterilização das pessoas com transtorno mental faziam do isolamento a solução imediata para evitar o aumento da prevalência do transtorno mental na população.

Outro aspecto que faz parte das justificativas para o isolamento desde os primórdios da psiquiatria e que diz respeito à questão familiar é o perigo / segurança que envolve o transtorno mental. Dentre as cinco funções do hospício listadas por Esquirol (1722-1840) há mais de duzentos anos, a primeira seria justamente a garantia da segurança do louco e de suas famílias (Amarante, 2007).

Ainda nos dias atuais, encontramos essa necessidade de preservar a segurança pessoal daquele que sofre de um transtorno mental, bem como dos que com ele convivem, por isso, a Política Nacional de Saúde Mental brasileira prevê a existência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, visando garantir a internação em um momento de crise do paciente. Quando apresentamos algumas ressalvas em relação ao isolamento e aos prejuízos de uma internação de longo prazo em instituição totalitária, não estamos negando que, em alguns momentos, a internação é necessária, mas insistimos que ela seja feita em hospital geral.

No que se refere à família e ao campo da saúde mental, encontramos na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 a recomendação de que a família, assim como a sociedade, participe do desenvolvimento da Política de Saúde Mental do Brasil, e que a finalidade do tratamento destinado à pessoa com transtorno mental seja o retorno do paciente em seu meio, o que implica, em muitos casos, sua convivência familiar.

Barroso, Bandeira e Nascimento (2007, p. 271) afirmam que a proposta de tratar a pessoa com transtorno mental em serviços extra-hospitalares contempla a participação dos familiares no tratamento de tais pessoas mediante atividades como:

(...) atender às necessidades básicas dos pacientes, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde, lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhes suporte social, arcar com gastos e superar as dificuldades dessas tarefas.

Para Vechia e Martins (2006), o retorno à família tem feito parte da trajetória de muitos usuários, no entanto, nem sempre os serviços de saúde ofereceram o suporte e a assistência necessários à pessoa com transtorno mental e a seus familiares. Franca Basaglia, citada por Amarante (1996, p. 11), confirma tal situação quando afirma: “(...) muitos familiares denunciam o fato de ter que arcar, muitas vezes sem auxílio ou com pouco apoio, com o peso do parente doente”. Nesta mesma direção, Moreno e Alancastre (2003) reconhecem a importância de a família contar com uma rede de serviços na assistência à saúde mental de seu familiar como forma de impedir internações sucessivas.

Com base em dados encontrados tanto em seu estudo quanto em outras pesquisas sobre o assunto, Barroso et al. (2007) defendem que os gastos com os pacientes psiquiátricos correspondem a uma parcela significativa da renda familiar, em especial se considerarmos o baixo nível socioeconômico de muitas famílias. Esse fator contribui para que a pessoa com transtorno mental seja sentida como uma sobrecarga para a família no que se refere à questão financeira.

Considerando este aspecto, o Programa de Volta para Casa (Brasil. Ministério da Saúde, 2010b) é entendido como um benefício financeiro destinado a usuários egressos de longas internações, lançado como um incentivo para que essas pessoas voltem a viver em comunidade e com suas famílias. Resta saber até que ponto tal programa tem incentivado as famílias a receberem o portador de transtorno mental de volta e qual o papel do mesmo na reinserção psicossocial dos seus beneficiários. Para Amarante (2007), o Programa de Volta para Casa também atua como um recurso para as pessoas que tiveram longas internações e que não conseguem um emprego com o qual possam se sustentar.

Colvero, Ide e Rolim (2004) defendem que o tratamento na comunidade permite que a pessoa com transtorno mental permaneça ou retorne à sua casa, ao convívio social e à família, no entanto, os autores fazem uma ressalva quanto a esta última instituição, já que nem sempre ela existe. Complementando essa informação, destacamos a posição de Amarante (2007, p. 88):

Depois de muitos anos vivendo institucionalizadas, muitas não querem sair do claustro, muitas não têm famílias ou suas famílias não as desejam mais em casa. As famílias, até como mecanismo de defesa, para que não sofram tanto com a hospitalização de um de seus membros, reorganizam-se e reacomodam até mesmo os espaços da casa.

Lembramos que, na falta da família, o Estado deve oferecer os Serviços Residenciais Terapêuticos⁶ (Portaria nº 106, 2000, 11 de fevereiro) que são casas distribuídas na comunidade para abrigar pessoas que estiveram internadas por muito tempo e que não possuem mais laços familiares e sociais. Cumpre observar que a existência desses serviços indica a ausência de família. Diante desta alternativa, indagamos sobre o tipo de relações que estão sendo estabelecidas no interior dessas casas; é importante compreender se abrangem relações terapêuticas e / ou familiares e, nesse caso, que tipo de modelo familiar é estabelecido nesses Serviços.

Segundo Amarante (2007, p. 90):

(...) nunca é demais advertir para o risco de institucionalização das residências. Para que seja possível evitar este destino, é preciso ter em mente, todo o tempo, que se trata de casas, e recusar cotidianamente as tendências à banalização, repetição, padronização de atitudes ou de ‘serialização’ (...). Devemos lembrar que o dia-a-dia deve ser de uma casa!

Seja no que se refere aos Residenciais Terapêuticos ou às famílias, o fato é que “voltar para casa” é um fenômeno de nossos dias ainda pouco explorado na literatura. Sendo assim, justificamos esta pesquisa por entender que um estudo desta natureza talvez possa contribuir para retratar o que está ocorrendo nesse campo e ao mesmo tempo ser útil à avaliação da implantação e implementação das políticas públicas vigentes ou, mesmo, à criação de novas propostas no que se refere à saúde mental.

Neste sentido, circunscrevemos esta pesquisa à questão dos “moradores” do hospital psiquiátrico e a sua situação ao sair desta instituição, sendo que o desenho e o percurso desta investigação serão explicitados na próxima seção.

⁶ Dados de junho/2010 indicavam a existência de 3062 pessoas morando nos 564 Serviços Residenciais Terapêuticos, implantados em todo o país (Brasil. Ministério da Saúde, 2010e).

Não entendo. (...) Só que de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco. Não demais: mas pelo menos entender que não entendo.

(Lispector, 1984, p. 178).

2 O CAMINHO PERCORRIDO

2.1 Caracterização da Pesquisa

Para compreender como se dá o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico, optamos pela realização de uma pesquisa de campo. Lakatos e Marconi (2009) caracterizam a pesquisa de campo como aquela em que os fatos são observados tal como ocorrem e seu objetivo consiste em conquistar informações sobre um problema para o qual se procura uma resposta ou mesmo descobrir fenômenos e as relações entre eles.

Os fenômenos aqui enfocados começaram a fazer parte das nossas preocupações, sobretudo, após iniciarmos como Psicóloga em uma Secretaria Municipal de Saúde de um pequeno município, situado próximo à Maringá-PR, no ano de 2008. A princípio, essas preocupações se apresentavam amplas, desfocadas e até confusas, no entanto, a partir da participação em eventos sobre o assunto e com o auxílio das orientações que recebemos durante o desenvolvimento desta dissertação, pouco a pouco foram sendo delimitadas a uma questão pouco encontrada na literatura: os “moradores” de hospital psiquiátrico. Considerando a Política Nacional de Saúde Mental que enfatiza a desinstitucionalização, demos ênfase ao momento em que esses pacientes de longa permanência “voltam para casa”.

A pesquisa de campo recolheu informações no município de Maringá-PR, por ser este o município sede do Mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, do qual somos parte. Além disso, neste município, há um hospital psiquiátrico privado, credenciado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que já comportou, e ainda comporta, número considerável de “moradores”⁷.

Para conhecer a localização desses usuários e, conseqüentemente, o local da pesquisa de campo, caracterizamos, a seguir, a rede de saúde mental do município focalizado.

⁷ Segundo informações da assistente social da Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador de Maringá, em 2006, Maringá tinha 84 leitos psiquiátricos, de um total de 240, ocupados por “moradores”; atualmente, esse número corresponde a 18 dos 240 leitos, muito embora existam ressalvas quanto a este número, já que pacientes que deixam a instituição por poucos dias ou poucas horas em situação de alta, quando voltam, têm o seu período de internação zerado.

2.2 A Rede Pública de Atenção à Saúde Mental no Município de Maringá-PR

A rede de assistência em saúde mental no município de Maringá-PR foi reestruturada em 2001 e, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde em janeiro de 2011, conta com os seguintes serviços:

- 25 Unidades Básicas de Saúde, todas possuem psicólogos;
- 62 Equipes do Programa Saúde da Família – PSF;
- 04 Equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS⁸;
- 07 Equipes de NASF I (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), todas contam com profissional da psicologia;
- 02 Policlínicas;
- 01 Centro Integrado de Saúde Mental – CISAM;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial Crianças e Adolescentes – CAPSi (em fase de implantação);
- 01 Emergência Psiquiátrica, com 26 leitos, no Hospital Municipal;
- 02 psicólogos no Hospital Municipal;
- 02 Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, com 05 residentes em cada uma;
- Programa de Volta para Casa.

As 62 Equipes do Programa Saúde da Família (PSF) distribuídas pela cidade de Maringá realizam uma cobertura de 75,76% do território.

Todas as Equipes do NASF são compostas por cinco profissionais. Em todas elas há psicólogo, nutricionista e educador físico. Os dois profissionais restantes que completam o quadro do NASF são provenientes das áreas de assistência social, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional e estão distribuídos entre as sete equipes.

Os serviços de oftalmologia, cardiologia, ortopedia, fisioterapia, bem como o Centro de Testagem Anônima (CTA) e a Clínica da Mulher estão distribuídos nas duas policlínicas localizadas em pontos extremos da cidade (zona norte e zona sul).

⁸ Equipe de saúde constituída por enfermeiro e agentes comunitários de saúde. Difere do Programa Saúde da Família – PSF pela ausência do médico na equipe.

O CISAM funciona como um ambulatório de saúde mental e abriga profissionais da psicologia, psiquiatria, enfermagem, auxiliar de enfermagem e administração. Os psicólogos realizam psicoterapia em grupo e individual, orientação a pais e participam de discussão de casos em equipes multiprofissional. Os psiquiatras e enfermeiros realizam consulta em suas áreas e participam das discussões de casos em equipe multiprofissional (psicólogos, psiquiatras e enfermeiros).

Os CAPS em funcionamento (CAPS II e CAPSad) atendem somente usuários do município de Maringá.

Já a Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal é referência para 67 municípios de três regionais de saúde, o que corresponde a aproximadamente um milhão de habitantes. Possui 26 leitos e, por mês, são atendidos cerca de 400 pacientes. No total, 40 profissionais atuam no setor, revezando-se nos diferentes turnos de trabalho.

O primeiro Serviço Residencial Terapêutico foi criado em 2006 e o segundo em 2008; ambos abrigam usuários do sexo masculino.

O município foi cadastrado no Programa de Volta para Casa no ano de 2004. Desde então, apenas um beneficiário foi descadastrado por motivo de óbito. No momento da coleta de dados deste estudo, existiam oito beneficiários do Programa de Volta para Casa cadastrados na cidade de Maringá.

2.2.1 Instituições prestadoras de serviços na área de saúde mental em Maringá-PR

No que se refere à área de saúde mental, encontramos os seguintes recursos oferecidos por instituições prestadoras de serviços:

- 02 Leitos Psiquiátricos, financiados pelo SUS, em Hospital Geral (particular);
- 252 Leitos Psiquiátricos no Sanatório Maringá (hospital psiquiátrico particular), dos quais 240 são custeados pelo SUS, sendo 18 desses leitos ocupados por pacientes caracterizados como “moradores” da instituição. Os 12 leitos restantes são destinados a adolescentes do sexo masculino; estes leitos foram criados a partir de abril de 2008 e são financiados pelo Estado do Paraná.

2.2.2 Outros setores atuantes na desinstitucionalização de “moradores” do hospital psiquiátrico em Maringá-PR

- 14ª Promotoria de Justiça da Comarca de Maringá: Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador;
- Conselho Municipal de Saúde de Maringá, especialmente por meio da atuação da Comissão de Saúde Mental;
- Comissão de Desinstitucionalização da Secretaria Municipal de Saúde;
- Associação Maringaense de Saúde Mental;

A citada Promotoria de Justiça tem atuado na instauração de procedimentos para averiguar a situação dos pacientes em situação de asilamento no Sanatório de Maringá, solicitando ao Conselho Municipal de Saúde deliberações que visem a ações concretas e efetivas em relação aos “moradores” do hospital psiquiátrico.

Embora o Sanatório Maringá exista há 44 anos e tenha pessoas “moradoras” há pelo menos 20 anos, somente em 2008, a Secretaria da Saúde criou a Comissão de Desinstitucionalização (Portaria nº 002, 2008), graças à atuação da Promotoria e do Conselho Municipal de Saúde.

Composta por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Assistência Social e Cidadania, 15ª Regional de Saúde e Sanatório Maringá, a Comissão de Desinstitucionalização tem como objetivo providenciar e acompanhar a saída de pacientes do hospital psiquiátrico com histórico de internação superior a um ano.

2.3 Participantes

A população constitutiva desta pesquisa foi circunscrita aos familiares de usuários da rede pública de saúde de Maringá-PR, considerados como ex-“moradores” de hospital psiquiátrico, e a duas profissionais que participaram do processo de efetivação do “voltar para casa” no citado município, desde o ano de 2006. Trata-se da Assistente Social da Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador – há sete anos nesta função – e da Psicóloga do Sanatório Maringá – há 19 anos nesta instituição.

Em busca de informações, dados e referências sobre a população de “moradores”, entramos em contato com o Sanatório Maringá e com a Promotoria de Defesa da Saúde

Pública e Saúde do Trabalhador de Maringá, onde encontramos registros de 2006 que apontavam a existência de 84 pacientes de longa permanência no Sanatório Maringá.

Este número de “moradores” foi variando ao longo de 2006 até 2010, sendo que, no ano de 2010, do total de 240 leitos financiados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, 18 leitos eram ocupados por pessoas classificadas como “moradores”, de acordo com informações repassadas pelo Sanatório Maringá à citada promotoria⁹. Desde 2006 a Promotoria vem instaurando procedimentos que visam à retirada desses pacientes do hospital psiquiátrico, considerando que o hospital não é local de moradia, e sim de tratamento.

No que se refere aos ex-“moradores”, dentre o total de usuários que foram identificados nesta condição e que, no momento da coleta de dados, residiam em Maringá-PR, foram entrevistados os familiares de quatro deles. Esses familiares foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: 1º) estarem registrados como referência familiar do paciente no serviço de saúde mental de Maringá-PR (constando no Centro Integrado de Saúde Mental – CISAM, Programa de Volta para Casa ou Serviço Residencial Terapêutico); 2º) residirem em municípios que nos fossem acessíveis, ou seja, foram excluídos aqueles familiares que moravam em cidades muito distantes, de difícil acesso, para que, assim, pudéssemos cumprir os prazos desta pesquisa.

Uma vez identificados os usuários e considerados os critérios acima, a determinação dos familiares que foram entrevistados seguiu ordem aleatória e o resgate das histórias junto a esses familiares foi delimitado ao número de quatro, visto que, conforme fomos fazendo as entrevistas, as informações foram sendo repetidas, saturando os dados. As transcrições dessas entrevistas são apresentadas integralmente nos apêndices A, B, C, D, E deste estudo, já as informações referentes a esses usuários e seus familiares estão condensadas na tabela a seguir.

⁹ Reiteramos que esse número de “moradores” é questionável, visto que alguns usuários acabam deixando a instituição psiquiátrica durante poucos dias e retornam com o tempo de internação zerado, ou seja, não são mais considerados “moradores”.

Tabela 1: Usuários e seus familiares entrevistados

Usuário	Gênero	Idade	Tempo de Internação (*)	Possui Programa de Volta para Casa?	Possui Referência Familiar? Onde?	Familiar Entrevistado	Moradia Atual
A.	M	46 anos	4 anos e 4 meses	Não	Sim – Maringá	Mãe	Casa – Mãe
C.	F	66 anos	29 anos	Sim	Sim – Maringá	Filha	Casa – Filha
E.	M	39 anos	05 anos	Não	Sim – Maringá	Pai , Madrasta e ex-Esposa	Serviço Residencial Terapêutico
R.	M	49 anos	10 anos	Sim	Sim – Mirante do Piquiri	Irmão e Cunhada	Pensionato

(*) O tempo de internação é considerado como aproximado, por constar no atestado de internação várias entradas e saídas do hospital, muitas delas registradas no mesmo dia, ou com intervalo de apenas um dia entre a saída e uma nova entrada.

Fonte: Informações fornecidas pela Psicóloga e Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II e do Centro Integrado de Saúde Mental – CISAM, bem como pela Assistente Social do CISAM em junho de 2010.

Além do resgate das histórias desses quatro ex-“moradores”, foram registradas outras histórias de ex-“moradores”, ou de pessoas que ainda estão na condição de “moradores”, por intermédio do relato das profissionais entrevistadas.

2.3 Procedimentos da Pesquisa

Para a realização deste estudo, contamos com a aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, conforme parecer nº 285/2010, emitido em 11/06/2010 (Anexo A). Contamos também com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR, através do Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS), que foi concedida em sete de maio de 2010, conforme Ofício nº 932/2010 (Anexo B).

Com essas autorizações em mãos, colhemos os dados dos usuários que foram “moradores” de hospital psiquiátrico, identificando aqueles que possuíam referência familiar. Entramos em contato com esses familiares e os convidamos a participarem da pesquisa, explicando os objetivos da mesma e marcando um horário e um local, da preferência deles,

para a realização das entrevistas. Durante sua realização, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C) para cada um dos entrevistados.

Após a realização das análises preliminares das entrevistas realizadas com os familiares, optamos em alargar a pesquisa e ouvir outros personagens além dos familiares que participaram desse processo de retorno ao lar, contemplando, então, a Assistente Social da Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador e a Psicóloga do Sanatório Maringá.

Consta ainda, entre os procedimentos da pesquisa, a leitura de parte dos procedimentos instaurados na área de saúde mental pela 14ª Promotoria de Justiça da Comarca de Maringá: Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador.

2.5 Técnicas

2.5.1 A história oral

De acordo com Andrade (2007, p. 133), “a pesquisa de campo utiliza técnicas específicas, que têm o objetivo de recolher e registrar, de maneira ordenada, os dados sobre o assunto em estudo”. Nesta pesquisa, a forma escolhida para acessar as informações necessárias ao desenvolvimento deste estudo foi a história oral.

Para Thompson (1992, p. 44), a história oral “(...) é uma história construída em torno de pessoas”, sendo tão antiga quanto a própria história – já que foi a primeira forma de historiar os fatos – e pode, enquanto uma técnica, ser utilizada por qualquer disciplina.

Segundo Amado e Ferreira (1998, p. XVI), a história oral não é capaz de solucionar questões, mas sim suscitá-las: “(...) formula as perguntas, porém não pode oferecer as respostas. As soluções e explicações devem ser buscadas onde sempre estiveram: na boa e antiga teoria da história”.

Freitas (1992) confirma que a credibilidade é um ponto polêmico no que se refere à história oral, reconhecendo que muitos autores a criticam porque os dados provenientes das narrativas orais estão impregnados pela subjetividade daquele que contou a história. No entanto, a autora acrescenta que qualquer fonte histórica (oral, escrita ou visual) contém, cada uma a seu modo, a subjetividade daquele que a registrou.

Nas pesquisas atuais que contemplam a história oral, podem ser identificadas três tendências na forma de desenvolver essa técnica: a história oral de vida, a tradição oral e a história oral temática. Enquanto a história oral de vida valoriza as vivências individuais, a

tradição oral entende que o grupo é mais relevante do que o indivíduo e foca seu interesse naquilo que é coletivo e tradicional dentro daquela comunidade. Já a história oral temática, como o próprio nome revela, parte de um tema específico para coletar as entrevistas orais (Fonseca, 1997).

Por partirmos de um tema específico: compreender o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico, optamos por fazer uso da história oral temática, de modo que os aspectos enfocados na narrativa não se refiram “(...) à totalidade da vida da pessoa, mas aos aspectos da vivência, os quais constituem informações para a reconstituição de fatos, eventos ou problemáticas do passado” (Fonseca, 1997, p. 38).

Amado e Ferreira (1998) afirmam que a história oral conta com técnicas precisas que propiciam a análise de fenômenos histórico-sociais. Dentre essas técnicas, destaca-se a entrevista, que será discutida no próximo item.

2.5.2 A entrevista

A entrevista, de acordo com Abrão (2002, p. 26), “é a forma mais antiga e difundida de coleta de dados orais, em que o tema é definido pelo pesquisador”. Ela se constitui no principal instrumento da investigação social e se apresenta como “(...) um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (Lakatos e Marconi, 2009, p. 197).

Para que o objetivo da entrevista seja atingido, isto é, a coleta de dados seja possível por intermédio das perguntas, é preciso distinguir, esclarecem Cervo e Brevian (1996), uma simples conversa de entrevista, já que esta, embora também se utilize da fala, possui um objetivo que a orienta.

Andrade (2007, p. 133) afirma que:

A entrevista constitui um instrumento eficaz na recolha de dados fidedignos para a elaboração da pesquisa, desde que seja bem elaborada, bem realizada e interpretada. Para tanto, faz-se necessário definir os objetivos e os tipos de entrevista e como deve ser planejada e executada.

Dentre os vários tipos de entrevista, foi empregada a semi-estruturada, na qual parte-se de um esquema básico de perguntas, não realizadas de forma rígida, e sim adaptadas conforme as necessidades no momento da entrevista. Neste tipo de entrevista, “[...] o

entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista” (Lüdke & André, 1986, p. 15).

Segundo Minayo (2007), a entrevista semi-estruturada oferece certa liberdade ao informante, por serem as questões mais abertas, e ele não precisa se prender a uma questão específica. Triviños (1987) elucida que, neste tipo de entrevista, parte-se de perguntas básicas, que possibilitam ao entrevistado oferecer as informações necessárias, seguindo o seu próprio raciocínio. O que o entrevistador lhe oferece é apenas um ponto de partida e um foco por onde deve trilhar sua fala.

2.6 Tratamento, Análise e Apresentação dos Dados

Uma vez coletado e transcrito, o material recolhido foi analisado e articulado para que história oral pudesse ser construída. De acordo com Thompson (1992), existem três maneiras que podem ser utilizadas na construção da história oral. A primeira delas consiste em utilizar a narrativa da história de uma única vida; a segunda é quando se colhem várias narrativas, de diferentes pessoas, sobre um determinado assunto; e a terceira utiliza as fontes orais para complementar outras fontes, mediante uma análise cruzada entre dados orais e dados provenientes de outras fontes.

Nesta pesquisa, optamos por organizar o material recolhido de acordo com a segunda e a terceira maneira descritas. Assim, utilizamos várias narrativas, que incluíram os familiares de ex-“moradores” de hospital psiquiátrico que residem em Maringá-PR, bem como os dados provenientes de outras fontes, como: Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR; profissionais entrevistados (Assistente Social da Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador e Psicóloga do Sanatório Maringá); procedimentos da citada Promotoria e, ainda, informações teóricas sobre os assuntos discutidos nesta pesquisa.

Entende Thompson (1992, p. 303) que essa forma de construir e apresentar a história apresenta-se como a mais típica apesar de, muitas vezes, não ser tão completa como uma narrativa única, e tem a seguinte vantagem: “Permite, também, que as narrativas sejam utilizadas muito mais facilmente na construção de uma interpretação histórica mais ampla, agrupando-as – como um todo ou fragmentadas – em torno de temas comuns”.

Quando se propõe agrupar as narrativas em torno de temas comuns, estamos afirmando que tais dados foram tratados por meio de uma extensiva análise, agrupados em categorias e correlacionados com o referencial teórico pesquisado. Esta última parte é muito importante, porque, como defende Thompson (1992), embora as narrativas estejam inseridas

num contexto social mais amplo, isso não aparece de forma espontânea e clara na fala do entrevistado, é preciso que o pesquisador, em suas análises, faça essa contextualização. Nas palavras do autor:

Não há dúvida de que existe o perigo de as fontes orais, utilizadas isoladamente, estimularem a ilusão de um passado cotidiano em que fiquem esquecidos tanto os entrosques da narrativa política da época quanto às pressões invisíveis da mudança econômica e estrutural, exatamente porque elas raramente influem nas lembranças dos homens e mulheres comuns. É essencial situá-las nesse contexto mais amplo (Thompson, 1992, p. 329).

Situar essas narrativas em um contexto mais amplo significa ir ao encontro da perspectiva teórica em que buscamos inspiração para realizar este trabalho, isto é, o materialismo histórico. Com base nessa perspectiva, os fenômenos são entendidos como derivados das modificações nos modos de produção, ou seja, na forma de os homens produzirem a sua vida material, que influencia toda a estrutura econômica, política e social (Marx & Engels, n.d., p. 320).

Entendemos a importância de ir à raiz do fenômeno abordado neste estudo, considerando as condições sócio-históricas que regem o “voltar para casa” ou mesmo a situação do “morador” de hospital psiquiátrico. No entanto, devido às limitações de uma dissertação de mestrado e dos prazos inerentes a ela, que nem sempre favorecem a assimilação e o desenvolvimento dos fundamentos do materialismo histórico dialético, as análises se pautaram nas diversas questões que possibilitaram ou dificultaram o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, apresentamos, nas próximas seções, as análises resultantes deste estudo, buscando articulá-las ao objetivo proposto e tendo em vista a Política Nacional de Saúde Mental, enquanto resultado de todas as discussões sobre a atenção à saúde mental, impulsionadas especialmente pelos movimentos sociais e pelas Conferências de saúde mental, que se resumem na atual legislação sobre o assunto.

*Foi por uma decisão dela, porque, daí, quando começou a desospitalizar, a levaram para conhecer as casinhas, ela não gostou, ela não queria, porque, na cabeça dela, essa casinha, só para você ter uma noção do grau de visão da minha mãe, **ela fala que essas casinhas é uma forma de fechar as clínicas mesmo, que, com o tempo, aquele pessoal que ficava ali ia sair para a rua, ia catar latinha, ia se dispersar; era isso que ela imaginava, é isso que ela imagina, que ia ficar totalmente desamparado.***

(Filha de C., grifo nosso).

3 “VOLTAR PARA CASA”: Quatro histórias de uma mesma história

Considerando que as histórias dos “moradores” de hospital psiquiátrico podem nos oferecer esclarecimentos quanto à temática desenvolvida neste estudo, apresentamos, nos próximos itens, a história de quatro ex-“moradores”. Cada história traz em seu interior questões que se referem não somente àquela trajetória em particular, mas que, provavelmente, repetem-se no cotidiano das pessoas com transtorno mental. Por esse motivo, à medida que relatamos as histórias, analisamos os fatos com base na literatura sobre o assunto.

3.1 A História de A.

*A vida inteira que podia ter sido e que não foi.
(Bandeira, 1986, pp. 62-63).*

Identificação:

Nome: A.
Sexo: Masculino
Idade: 46 anos
Familiar entrevistado: Mãe

A. vivia com sua família (pai, mãe, mais três irmãos, sendo ele o mais velho) em um sítio, quando, aos dez anos, teve o primeiro surto, caracterizado por sua mãe como um “(...) distúrbio, choque, um choque assim, que nem uma eletricidade dá um choque assim; e no cérebro dele, diz que foi isso, um choque que deu, e quando ataca, aquilo não volta, apaga, apaga e ele não dorme, não dá o sono nele, não vem o sono” (Mãe de A.).

Depois desse primeiro surto, seguido de internação no Sanatório Maringá, seguiu-se uma “peregrinação” em hospitais, clínicas e outras formas de tratamento, como conta a mãe de A.:

Com dez anos; levou e precisou amarrar ele (...); depois disso, nós sempre dando remédio para ele, dando remédio, internando, dando remédio, até o dia de hoje.

Foi, ficou oito dias amarrado; daí ele já veio para casa, aí nós já fomos procurar apoio, todo lugar que falava que era bom, que o médico era bom, a gente ia, levava ele;

(...) aí, daí para frente, a vida foi assim: levando ele, internando, trazendo, levando, trazendo, internando, trazendo...

Foram quatorze internamentos em vários lugares; aqui em Maringá, aqui não tem quantidade, agora, fora de Maringá, foram quatro vezes, o resto foi tudo em Maringá (Mãe de A.).

Se considerarmos que o primeiro surto de A. aconteceu 36 anos atrás, informação que nos remete à década de 1970, bem como às condições do tratamento por ele recebido naquela época, é possível afirmar, ainda que em termos, que o atendimento que atualmente é oferecido à pessoa com transtorno mental representa um avanço, já que não é conivente com a internação de uma criança de dez anos e também critica práticas como ficar oito dias amarrado.

Como afirma sua mãe, não dá para contar a quantidade de vezes que ele foi internado, o que ela sabe é que sua última internação durou quatro anos e quatro meses, quando foi levado para o Sanatório de Maringá após tentativa de matá-la.

Na época do primeiro surto, tanto a mãe de A. quanto os demais familiares entrevistados foram unânimes em apontar a internação como única opção de tratamento para o transtorno de seu familiar. O hospital psiquiátrico é descrito como uma continuidade da doença, ou seja, como se existisse um caminho pré-estabelecido: transtorno mental pressupõe internação em hospital psiquiátrico.

Sobre este assunto, Vechia e Martins (2006), em suas pesquisas, encontraram uma trajetória similar da pessoa com transtorno mental após o aparecimento da doença, diferindo apenas pelo acréscimo do ambulatório entre o início dos sintomas e a internação. Essa trajetória iniciar-se-ia em casa com o aparecimento dos sintomas, passaria por um ambulatório para consulta e medicação e terminaria com a internação.

Para Boarini (2006, p. 83): “De fato, sem a compreensão do que está ocorrendo, sem recursos e invadida por apreensões, a família busca a saída que lhe vem mais fácil à mão: a exclusão do problema, que, em outras palavras, é sinônimo de internação em hospital psiquiátrico”. Em sua pesquisa, a autora também documentou alguns termos utilizados pela família para descrever as sucessivas e intermináveis internações, como “perdeu a conta” ou “daí foi indo”. Dessa forma, a manifestação do transtorno e, como consequência, as internações repetitivas ao longo dos anos também foram constatações evidenciadas pela autora.

Silva e Bernardi Neto, citados por Souza, Pereira e Scatena (2002, p. 76), afirmam que, diante das dificuldades encontradas frente ao transtorno mental, muitos pacientes acabam

internados em instituições psiquiátricas, seja pela família ou por orientações de profissionais, conforme explicitam na citação abaixo:

(...) na prática muitas famílias continuam se dirigindo aos hospitais psiquiátricos em busca de atendimento, principalmente naqueles momentos em que os sintomas da doença mental se exacerbam e extrapolam seus próprios recursos. **Destacam ainda que, mesmo aquelas que procuram hospitais gerais ou serviços da rede básica, muitas vezes acabam sendo encaminhadas pelos próprios profissionais de saúde ao hospital psiquiátrico** (Grifo nosso).

Um dos fatores que leva os profissionais a realizarem esse tipo de encaminhamento é o desconhecimento da Política Nacional de Saúde Mental e dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Em pesquisa realizada com profissionais e acadêmicos das áreas da Medicina e da Psicologia, Boarini (2006, p. 112) constatou o desconhecimento a respeito desses princípios:

Não obstante, revelam um completo desconhecimento do processo de Reforma Psiquiátrica, **em debate há décadas**, cuja meta é a superação dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por uma rede de atenção que garanta o cuidado e a emancipação das pessoas acometidas de transtorno mental. Com raras exceções, **os profissionais e acadêmicos não questionam o tolhimento da liberdade da pessoa de ir e vir pelos espaços sociais que, às vezes, por um único episódio de transtorno mental lhe é imposto pelo saber científico** (Grifo nosso).

Lobosque (2010, p. 268), ao discutir a formação em saúde mental, considera que o campo antimanicomial apresenta, neste momento, um impasse no que diz respeito à transmissão de seus princípios, à efetiva prática dos mesmos no cotidiano dos serviços substitutivos e à atração de novos seguidores. Para a autora, a cultura contemporânea passa por um empobrecimento que atinge o conhecimento em geral e, conseqüentemente, toda a formação em saúde. Nessa área:

Deixa-se em último plano tudo o que diz respeito ao Sistema Único de Saúde, desde a estrutura legislativa até a lógica assistencial. Constata-se, enfim, um inadmissível descompasso entre os avanços importantes na área da Saúde Mental e

da Saúde Pública no Brasil, e o conteúdo do ensino da universidade, que se permite o luxo de ignorar aberta e desdenhosamente todo este território, da Reforma Psiquiátrica ao SUS.

Diante da precária formação do profissional para lidar com essas questões e da falta de consolidação da rede de atenção à saúde mental, os familiares veem o hospital psiquiátrico como a solução para lidar com seu familiar com transtorno mental. Vechia e Martins (2006) asseveram que, muitas vezes, a pressão feita pela família para conseguir uma internação é uma forma de indicar às autoridades à falta de assistência, não expressando simplesmente a falta de vontade da família em ficar com seu familiar.

Na época em que seu filho esteve internado, a mãe de A. ficou sem visitá-lo durante dois anos, mas, após convite da assistente social, passou a visitá-lo toda semana. Contando sobre suas idas até o hospital psiquiátrico, ela afirma que, durante esse tempo, levava as coisas de que ele gostava, mas não entrava para vê-lo; após intervenção da assistente social, passou não só a levar coisas para ele, como vê-lo e participou de uma reunião no próprio hospital. A reunião é descrita por ela da seguinte forma: “(...) tinha uma reunião lá com a assistente social, para nós saber lidar com os pacientes, perceber o jeito que ele estava, o jeito que não estava, o que ele fazia dentro de casa, o que comer, que jeito fazer; a gente explicava assim para elas” (Mãe de A.).

Hirdes e Navarini (2008) defendem a ideia de que os familiares costumam se sentir sozinhos, desamparados e desinformados frente ao aparecimento do transtorno mental. Para as autoras, a falta de informação e de divulgação sobre o transtorno mental contribui para esses sentimentos que as famílias têm, por esse motivo, reuniões com os pacientes e familiares, como esta citada pela mãe de A., podem ser úteis no sentido de orientar e fornecer estratégias para lidar com o familiar com transtorno mental.

Como a internação parece ser algo dado e inquestionável, os familiares não veem problemas em uma longa internação, pelo contrário, até explicam racionalmente a demora do tratamento manicomial. A mãe de A., quando questionada sobre o motivo de seu filho ter ficado quatro anos e quatro meses internado, justifica da seguinte forma:

Porque ele não estava bom mesmo, ele me atentava (...), o médico achou que era perigoso assim, alguém matar ele ou dele também fazer coisa em casa, porque ainda corria perigo; aí, quando eles viram que ele já estava assim, não são, mas normal, aí, eles acharam que não era mais para ficar lá (Mãe de A.).

Não se trata de negar a possibilidade da violência acompanhar os sintomas do transtorno mental em alguns casos, mas de observar que o processo de saída de A. do hospital psiquiátrico ter sido levado em consideração após as queixas que sua mãe confidenciou à assistente social, no que se refere à falta que sentia do filho e ao fato de não poder tê-lo em casa.

A mãe de A. conta que sair do hospital não foi uma decisão dele: “Ah, ele não queria sair não, ele tinha medo de sair, ele queria ficar no hospital...” (Mãe de A.). Basaglia, citado por Machado, Manço e Santos (2005, p. 1477), revela que muitos pacientes apresentam dificuldade em deixar a instituição psiquiátrica e viver socialmente e atribui a dois motivos:

(...) por terem permanecido por muito tempo institucionalizados, habituando-se ao modo de vida asilar; e pelo fato de o manicômio suprir necessidades econômicas e sociais, assegurando a alimentação, o abrigo e os cuidados médicos a pessoas que, muitas vezes, sobrevivem em condições subumanas.

Além disso, Moreira (1983, p. 113) afirma que, “(...) após sucessivas reinternações, dependendo do estado do paciente, podem acabar, também por diminuir sua capacidade de resistência ou levá-lo a preferir, definitivamente, a vida hospitalar ao convívio social”.

Goffman (2008, p. 23) também aborda a dificuldade de deixar uma instituição total¹⁰ após longa internação, esclarecendo que esse processo está relacionado ao fato de que, ao voltar para o mundo exterior, o internado sofre um “desculturamento”, tornando-se “(...) temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária”.

Quando da realização da entrevista, a mãe informou que A. morava com ela, está aposentado, mas relata que não lhe contou sobre a aposentadoria, porque ele ainda tem desejo de trabalhar registrado e ficaria muito nervoso se soubesse que agora é aposentado. Durante sua vida, ele teve dois trabalhos, nos quais ficou apenas alguns dias (no máximo dez). Ele também não prosseguiu os estudos após o primeiro surto, aos dez anos, e o aparecimento dos sintomas do transtorno mental.

O início dos sintomas, geralmente localizado em uma faixa etária produtiva do ser humano e as constantes internações fazem com que haja dificuldade de acesso das pessoas com transtorno mental à escolaridade, à realização profissional, entre outras possibilidades (Boarini, 2006).

¹⁰ Instituições totais são definidas por Goffman (2008, p. 16) como aquelas instituições que “(...) são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos”.

Para Goffman (2008, p. 25), a internação em instituições totais, como os manicômios, impede que o internado expresse alguns papéis sociais, que podem acabar não sendo recuperado, mesmo após a saída da instituição, o que pode ser muito doloroso. O autor exemplifica algumas dessas possíveis perdas: “Pode não ser possível recuperar, em fase posterior do ciclo vital, o tempo não empregado no progresso educacional ou profissional, no namoro, na criação dos filhos”.

Segundo a mãe de A., agora, ele está bem, está muito “bonzinho” e isso graças a uma nova médica que começou a trabalhar no Sanatório Maringá, que mudou a medicação e transformou a situação dele, antes marcada pela agressividade. Ele não sai de casa para nada, não gosta de barulho, portanto, não usufrui do rádio e da TV que a mãe lhe deu e não gosta de receber visitas. Por opção dele, não frequenta os serviços substitutivos de saúde mental, como o CAPS, embora já tenha sido convidado várias vezes para tal. Isso faz com que a única assistência por ele recebida, seja a medicação.

Casos como este, para Vechia e Martins (2006, p. 168), em que a “(...) estratégia terapêutica se reduz à medicalização do sintoma, a contenção do episódio agudo reforça a significação do sofrimento psíquico como fatalidade”. Para as autoras, uma forma de lidar com essa ideia de transtorno mental como algo inevitável e desastroso é intervir junto às famílias, uma vez que isto tem se apresentado como determinante nos encaminhamentos do tratamento à pessoa com transtorno mental. Além disso, elas sustentam a tese de que, devido à sobrecarga emocional que envolve cuidar de pessoas com transtorno mental, cuidadores acabam sendo eles próprios acometidos por um transtorno à medida que assumem esse papel.

A mãe de A. fala da sobrecarga emocional que sustentava frente aos cuidados do filho, relembando a época em que ele ainda não estava com o quadro estabilizado e era constantemente internado, conforme podemos constatar no excerto a seguir:

O problema começou com 10 anos, ele ficou internado em vários lugares, aí, eu pensei: “Ah, meu Deus, o Senhor podia preparar um médico, assim, que ele ficasse bom e ficasse comigo, porque eu não aguento mais; gente, eu não aguento mais, eu estou sofrendo demais, eu vou para esse sanatório e volto, eu vou para esse sanatório e volto, eu vou para Bauru e volto, eu vou para Jandaia e volto”; porque aqui ele ficou quase cinco anos; “eu não sou mais nova”, eu pensei, “eu estou cansada”; e eu pedi mesmo, implorei por ele, chorando, porque eu estava quase entrando em depressão também, por ele (Mãe de A.).

Na época em que surtiu pela primeira vez, A. fazia parte de uma família nuclear, formada por ele, seus pais e seus três irmãos mais novos. Há 17 anos seu pai faleceu e seus irmãos já estavam todos casados, de modo que, desse tempo para cá, o domicílio onde residem ficou sendo habitado por ele e a mãe viúva.

A mãe de A. relata uma das últimas declarações do marido, antes de falecer, que evidencia sua preocupação em relação ao filho:

(...) ele (marido) me ajudava a cuidar do filho; até antes dele morrer ele falou para os outros filhos casados, que os outros já eram todos casados: “Eu sei que eu vou morrer, meus filhos”, porque ele morreu de câncer, ficou quatro anos sofrendo, “Eu sei que eu vou morrer, meus filhos, eu não vou escapar disso, porque na medicina não tem mais recursos, mas só que tem um porém, eu me preocupo muito com o A.”.

A preocupação dos familiares, no que se refere à pessoa com transtorno mental, também foi observada no estudo de Hirdes e Navarini (2008). Em seus achados, constataram que a preocupação se expressa, particularmente, nos casos em que o familiar idoso tem receio de, no futuro, tornar-se incapaz de cuidar da pessoa com transtorno mental, ou vir a falecer, deixando-o desamparado.

Os domicílios em que vivem idosos e seus filhos é uma realidade que atinge proporções consideráveis no Brasil, representando 33,3% da população idosa e, entre as mulheres idosas, 47,3%. Muitos deles são responsáveis por manter a casa e, em alguns lares, representam o papel de cuidador, como no caso da mãe de A.. Segundo o IBGE, os domicílios onde isso ocorre, ou seja, onde o idoso é a figura de referência da família, representam 23,3% dos domicílios do país (Instituto Brasileiro de..., 2009b).

Para Santos Júnior, Silveira e Oliveira (2009), quando a família é a cuidadora da pessoa com transtorno mental, a mãe se destaca como a pessoa que mais assume as atribuições necessárias a esse cuidado. Esse fato é descrito pelos autores da seguinte forma:

(...) no início do “problema”, irmãos, parentes e mesmo vizinhos mobilizam-se em torno do evento, buscam soluções e envolvem-se efetivamente no cuidado; à medida que o tempo passa e a doença se transforma em rotina, o interesse e a participação prontamente decrescem e elas, mães, são deixadas sozinhas na administração dos cuidados, sendo, em seguida, transferidos, na maior parte das vezes para as instituições psiquiátricas (p. 190).

Boarini (2006, p. 65) também destaca a mulher como única provedora afetiva e até econômica da família na maior parte das famílias com pessoas com transtorno mental, enfocadas em seu estudo. Para a autora:

Há casos em que a mãe mora sozinha com um ou dois filhos, que dela dependem exclusivamente. (...) encontramos mulheres já alquebradas fisicamente, as quais, entretanto, apesar [da ausência] de qualquer sustentação teórico-metodológica, dispõem-se a inventar “truques” para administrar as situações difíceis criadas na emergência do transtorno mental de que o seu familiar é acometido e assim evitar a sua internação.

Quando questionada sobre a orientação espacial e temporal de A., sua mãe explica: “O ano ele sabe, o problema é o dia; ontem mesmo ele perguntou que dia que era ontem, eu falei que era domingo, dia quatro de julho, e amanhã dia cinco de julho; aí ele dá uma volta, volta e pergunta de novo, deita, levanta e quer saber que dia que é mesmo que eu tinha falado”. Além disso, A. não produz nada e nem tem contato social, como coloca a mãe: “Ele ia na igreja antigamente, mas não vai mais, só fica em casa; ele tem o quartinho dele bem arrumadinho; o quartinho dele é bem ajeitadinho, eu comprei um radinho para ele, uma TV só para ele assistir, só que ele não quer barulho; não quer barulho de jeito nenhum” (Mãe de A.). Ou seja, A. parece viver recluso dentro da própria casa.

Olha, eu falo para você, tem hora que ele sai, vai lá para frente da casa assim, e fala para mim: “eu vou dar uma voltinha”, mas ele não vai, aí, eu penso: “ah, Senhor, acorrenta ele com a corrente divina dentro de casa, para ele não andar para rua mais”. Aí, daí a pouco, eu falo assim não vejo ele lá, não vejo o portão aberto nada: “ah meu Deus do céu, onde está meu pipoco? Ah meu Deus onde está meu pipoco?”. Aí, ele chega lá na janela e dá risada: “ah mãe, estou aqui”; eu dou carinho para ele, dou carinho (Mãe de A.).

Pasquale (2000) discute a cronificação como um fenômeno gerado não só pela reclusão em hospital psiquiátrico, mas também aquela produzida em casa, afirmando que, depois de ser considerado como improdutivo e incapaz de se comunicar, a pessoa com transtorno mental é deixada em seu leito ou recolhido em seu quarto.

Ao lutar a favor da desinstitucionalização, Rotelli et al. (2001, p. 61) deixam claro que não se trata de lutar apenas a favor da desospitalização, e sim de ir contra um saber que se

utiliza da privação para buscar a “cura”. Para o autor, o manicômio é “o lugar zero de troca”, ou seja, um lugar onde não há trocas sociais, assim, todo espaço que reproduz essa lógica estaria reproduzindo a lógica institucional.

Para Goffman (2008, p. 17-18), as instituições totalitárias apresentam as seguintes características:

Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

Rotelli et al. (2001, p. 70), citando o próprio Goffman, confirmam que todas as características das instituições como o manicômio acabam por gerar outra doença, considerada como contagiosa e crônica: “O contágio é a cultura manicomial, que expressa, na aceitação naturalizada daquele lugar de violência, a aceitação da própria violência súbita”.

Nesse sentido, o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico se insere em um contexto que vai além da negação da internação psiquiátrica, já que:

Uma vez liberalizado o hospital e instaurado um clima menos violento, menos opressor, menos coercitivo e, portanto, tecnicamente mais terapêutico, nos encontramos frente ao mesmo problema: a impossibilidade do nosso sistema social de receber aqueles que reabilitamos. O futuro dos nossos internados é ainda apenas a instituição (Basaglia, citado por Rotelli et al., 2001, p. 68).

Tais aspectos talvez estejam relacionados com a própria concepção de loucura da sociedade, que sujeita as pessoas com transtorno mental ao isolamento e faz com que a lógica institucional / manicomial seja reproduzida nos diversos meios sociais, seja no interior das relações familiares ou até mesmo dos serviços extra-hospitalares. Como afirma Boarini (2006, p. 44): “Quando lidamos com loucura, é necessário demolir o hospício que há em cada um de nós”.

A mãe de A. ainda relata que, na sua concepção, a situação atual do filho é bem melhor do que aquela que ele apresentava em outros momentos em que ela conviveu com ele: “(...) ixi, olha o que eu já passei com esse moço; hoje, eu estou no paraíso, porque, agora, ele está quieto agora, ele tem medo de ser internado; ele não quer ser internado, precisa de ver (Mãe de A.).

Apesar de considerarmos um avanço a proposta de tratamento em comunidade e de que a opção de “voltar para casa” é melhor do que a de viver em hospital psiquiátrico, é necessário fazer uma ressalva no sentido de que “voltar para casa”, ou mesmo desospitalizar, não implica, diretamente, a vida em comunidade, as relações sociais em circulação ou o cumprimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, expressos pela Política Nacional de Saúde Mental.

Nesse sentido, o caso de A. é bem claro: o tratamento se resume apenas à medicação do sintoma, não é atendido por nenhum serviço substitutivo de saúde mental, nem mesmo circula socialmente.

3.2 A História de C.

*Vinte anos! derramei-os gota a gota
Num abismo de dor e esquecimento...*

(...)

Vinte anos!... sem viver um só momento!

(Azevedo, 1994, p.32).

Identificação:

Nome: C.

Sexo: Feminino

Idade: 66 anos

Familiar entrevistado: Filha D.

Entre os vinte e os trinta anos, C. era casada, tinha duas filhas e estava gestante do terceiro filho. A família apresentava boas condições financeiras, uma vez que o marido era dono de uma farmácia e vereador de um pequeno município, quando houve o primeiro surto, após a traição do marido. Ela era uma pessoa “até avançada para a época dela”, tinha feito o curso “normal” e o curso de datilografia e, até então, não apresentara problema algum no que se refere à sua saúde mental.

Após o episódio da traição do marido, ela teve que se mudar, juntamente com os filhos, para uma casa muito precária (a filha caracteriza como um barracão). O marido foi viver com a outra mulher e deixou de ajudá-la tanto no cuidado dos filhos quanto financeiramente.

Nessa época, C. foi amparada por sua família de origem que a levou, com os filhos, para próximo dela. Devido aos comportamentos que C. apresentava (sair de casa – muitas vezes sem rumo, deixar os filhos sozinhos, tirar a roupa na rua, ficar brava, nervosa, bater nos familiares), ela foi internada pela família em instituição psiquiátrica. Essa seria a primeira de muitas outras internações que se sucederiam. Chegou um momento, 1979, em que C. internou-se por conta própria, ficando institucionalizada por 29 anos, como relata sua filha:

(...) ela ficava de clínica¹¹ em clínica, por um período, quando a A¹². era menor, e, pelo que eu entendo, a situação na família dela era aquela situação de muita briga, de muita discussão; acabou que, em 1979, a minha mãe, por conta própria dela, pegou as coisas dela e ela mesmo se internou; ela mesma foi para clínica e não saiu mais de lá, desde 79 (Filha de C.).

Tal como na história anterior, os fatos se repetem na vida de C.: o recurso encontrado para lidar com o transtorno mental foram suas internações, que se tornaram longas e repetitivas durante os anos. Esse aspecto chama atenção à medida que o hospital psiquiátrico, mesmo sendo uma instituição muito criticada e atualmente convivendo com outros recursos (psicofármacos, serviços extra-hospitalares) para lidar com o transtorno mental, continua sendo o recurso mais acessado no atendimento ao transtorno mental.

Boarini (2006, p. 17), ao abordar sobre a prevalência do hospital psiquiátrico, afirma:

Alvo de contundentes críticas pela ausência de resolutividade, pelo processo de cronificação que tem produzido a quem a ele recorre, por sua utilidade para fins políticos, o hospital psiquiátrico é uma instituição condenada pelas sociedades democráticas. Não obstante, resistindo a todas as críticas, esta instituição atravessa os séculos ocupando um lugar hegemônico no cenário da psiquiatria.

¹¹ A instituição psiquiátrica onde C. permaneceu internada por 29 anos localizava-se em Belo Horizonte (Minas Gerais), estava em processo de descredenciamento desde 2002, sendo esse processo finalizado em 2008, e funcionava como um hospital psiquiátrico qualquer. Devido ao nome da instituição conter a palavra “Clínica”, a filha se refere, na entrevista, a todas as instituições psiquiátricas como clínicas.

¹² Quando fala de A., a entrevistada está se referindo à filha mais nova que a mãe teve, fruto de um segundo relacionamento amoroso com um dos internos de uma clínica onde esteve internada.

A própria existência de internações repetitivas parece revelar outro processo, descrito por Robaina et al. (2007, p. 132) como *revolving door* (porta giratória), que indica o processo contínuo de entrada e saída do hospital psiquiátrico. Para as autoras, “(...) esse movimento constante de construção e reconstrução ocorre até que num momento esses sujeitos perdem o lugar para onde voltar ou desistem de investir na criação de novos laços”.

O esmaecimento dos vínculos parece ter sido vivido por C., já que, ao longo dos anos de internação, os únicos contatos familiares que ela manteve foram com sua mãe que a visitava e com a filha mais nova (A.).

C. teve que deixar a instituição psiquiátrica em 2008, quando a mesma foi descredenciada do SUS por imposição do Ministério Público e seus usuários tiveram que viver em outro local. Foi-lhe oferecido o Serviço Residencial Terapêutico – SRT, mas C. pediu para conviver com a filha D., que foi a entrevistada e com quem a usuária está morando. A filha descreve esse processo da seguinte forma:

Pelo perfil da minha mãe, é muito importante para ela estar com a família. Para mim, talvez, seria indiferente, porque eu não convivi com a minha mãe, não vou falar para você que existe aquele traço afetivo, que eu vou sentir falta, mas por ela, para ela é muito importante, importante demais. Tão importante que acaba sendo para mim também. Para ela, o melhor lugar é a família (Filha de C.).

Além da importância que dá à vida familiar, a entrevistada relata que sua mãe entendia o processo de desospitalização como sinônimo de desassistência, por pensar que, uma vez fora do hospital, os pacientes iriam ficar na rua, tornarem-se catadores de latinha, ficarem dispersados, ou seja, desamparados.

Amarante (1996, p. 19) combate a ideia de desinstitucionalização como desassistência, e considera que desinstitucionalizar significa substituir os mecanismos hospitalares existentes por outras formas de assistir e cuidar. O autor defende que: “Evidentemente, a desinstitucionalização, como se pretende abordar, não pode, em absoluto, representar o ‘desamparo’ dos doentes ou o simples ‘envio para fora do hospital, sem ser implantada, antes, uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar dos mesmos e das suas famílias”.

No Brasil, como já discutido, em especial após a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, houve a criação de diversos serviços que objetivam substituir gradativamente o atendimento prestado pelos hospitais psiquiátricos à pessoa com transtorno mental. Foram também

previstas na legislação, através da Portaria nº 251 de 31 de janeiro de 2002, diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, visando acompanhar a extinção progressiva de leitos psiquiátricos, cujo término estava previsto para o ano de 2004, conforme acordado na III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2002 (Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2002).

No que se refere especificamente à desospitalização de “moradores” de hospital psiquiátrico, percebemos que, muitas vezes, ela acaba sendo efetivada pela pressão do Ministério Público, fazendo cumprir o que está previsto em lei, culminando no fechamento da instituição psiquiátrica e exigindo outros encaminhamentos para tal clientela, como aconteceu no caso da clínica em que C. estava internada, ou na exigência de providências específicas para os pacientes de longa permanência, como no caso das demais pessoas com transtorno mental, enfocadas neste estudo.

Após o anúncio de que a clínica psiquiátrica iria fechar e, em consequência, a necessidade de que fosse tomada uma decisão no sentido de que C. fosse acolhida em outro local, entre as possibilidades que restaram: ir para um Serviço Residencial Terapêutico – SRT ou morar com um familiar, C. preferiu ir habitar com sua filha, o que foi entendido por esta como uma decisão da mãe, já que, se a mãe optasse e ficasse bem no Serviço Residencial Terapêutico – SRT, ela não iria se opor.

A decisão partiu dela, eu falar que eu vou tirar minha mãe, eu vou conviver com ela, não foi bem assim; a decisão foi dela, ela disse: “D. você me leva para morar com você?” Aí, como é que você fala: “não, mãe, eu não vou levar”; eu não tive coragem de fazer isso, entendeu? Eu falei: “não, mãe, eu levo”. Sem saber reação de marido, de filho, falei: “não, mãe, eu levo”. (...) Porque se ela tivesse falado: “Não D. eu vou para casinha, eu vou ficar melhor lá, eu também não teria feito uma força maior para ela vir morar comigo (Filha de C.).

Como a filha de C. afirmou, ela conviveu com a mãe até os sete anos, já que, depois que a mãe foi internada pela primeira vez, a família da mãe, comunicou ao pai que a mãe havia falecido e que, por isso, ele deveria levar os filhos e criá-los, e, caso não o fizesse, eles seriam colocados em um orfanato. O pai buscou os filhos e passou a criá-los junto com sua segunda esposa. D. só foi ter contato novamente com sua mãe no ano de 2008, quando a filha mais nova da mãe a procurou.

Na época do primeiro surto, C. tinha acabado de ver desmontada sua família nuclear (ela, marido e filhos), passando a viver sozinha com os filhos, enquanto o pai de seus filhos mantinha uma união com outra mulher. Após ter saído da instituição psiquiátrica, em 2008, C. passou a fazer parte da família nuclear da filha, formada pela filha D., o marido dela, e seus dois filhos.

Como já apresentamos no decorrer da história anterior, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009b), entre as mulheres idosas, 47,3% vivem com seus filhos. Considerando o desenvolvimento de tecnologias que prolongam a vida humana e, conseqüentemente, o envelhecimento da população como um fenômeno mundial, o citado Instituto defende que a prática de morar com os filhos pode continuar aumentando, uma vez que: “Os estudiosos da terceira idade consideram que, para a saúde mental dos idosos, a rede de apoio familiar mostra-se fundamental. Morar com os filhos ou parentes estimula a afetividade e sociabilidade”.

Segundo Moragas, citado por Alcântara (2004), é responsabilidade da família, em especial dos descendentes, cuidar dos idosos, satisfazendo suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. Para a autora, este é um valor que pode ser identificado ao longo da história e se torna mais presente quando o idoso não possui autonomia e independência.

O cuidado com os idosos também está previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988 no artigo 229: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”, e no artigo 230: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

É importante lembrar que, quando abordamos a “família” no decorrer deste estudo, não estamos considerando um modelo pré-definido de família, mas as diversas expressões que essa instituição pode ter. Essa concepção de família deve estar presente no cotidiano dos serviços de saúde mental, evitando, assim, práticas estigmatizantes.

Enquanto beneficiária do Benefício de Prestação Continuada – BPC¹³ e do Programa de Volta para Casa, C. tem uma renda de aproximadamente R\$700,00, que é utilizada em seu próprio benefício, como, por exemplo, enfermeira, transporte, medicação, entre outros.

¹³ Segundo o Ministério da Previdência Social (Brasil. Ministério da Previdência Social, 2010): “O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS, é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna”.

Segundo a filha, a mãe, hoje com 66 anos, não sai sozinha, não utiliza o transporte coletivo e depende de cuidados constantes, por isso a contratação de uma enfermeira para acompanhá-la nos horários em que a filha trabalha. C. frequenta, duas vezes na semana, o Centro de Apoio Psicossocial de Maringá-PR – CAPS II.

Quando questionamos se haviam recebido apoio, ajuda de alguém ou de algum serviço de saúde, a filha de C. responde que teve assistência, no entanto, faz uma ressalva quanto à frequência com que sua mãe vai ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS:

Única coisa que ficou assim meio vago, é que daí eu tive que rever a função do CAPS porque, quando ela foi encaminhada, foi o psiquiatra, o Dr. R. que encaminhou, aí quando eu fui conversar com ele para ver se dava para diminuir (referindo-se à frequência ao CAPS), porque ela tinha ficado um pouco traumatizada, aí, ele falou: “isso aí não é comigo”; aí, ficou uma coisa assim, sabe, eu mesmo tomei a decisão dela frequentar duas vezes por semana e não houve interferência de ninguém, “ah, não, não pode” ou “ah, pode”, conversei com o psicólogo do CAPS e ele falou assim: “olha, você não pode forçar, se ela não quiser vir...”; **mas, eu pensei: “como? Ela vai ficar sem assistência nenhuma?”**; porque querendo ou não, pelo menos psicólogo, já tem lá para conversar, para dar um amparo; então, ficou desse jeito, quando teve que diminuir um dia na semana, ficou uma coisa assim, meio... meio... ficou mais a meu encargo (Filha de C., grifo nosso).

Essa indefinição do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS com relação à frequência do paciente no serviço, além de deixar os familiares confusos, pode acabar deixando tanto o paciente quanto a família desamparados. Isso porque, não fosse o questionamento da filha de C. e a insistência da mesma em levar sua mãe duas vezes ao serviço, acreditando que seria importante sua mãe receber, pelo menos, um apoio psicológico, a estratégia de tratamento se reduziria somente às consultas psiquiátricas e à medicação do sintoma.

O fato descrito pela filha de C. nos remete, novamente, ao perigo da desinstitucionalização ser entendida como desassistência ou como simples desospitalização, tal como nos aponta Amarante (1996). Fatos como estes, em que os critérios são definidos pelo desejo do paciente, que, muitas vezes, não tem a capacidade de se autodeterminar, a falta de assistência pode servir de argumento para aqueles que se opõem à desinstitucionalização propriamente dita e à reforma psiquiátrica.

Leal e Delgado (2007) entendem que o serviço oferecido nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS deve ser sustentado sobre o tripé formado pela rede, pela clínica e pelo cotidiano. Para os autores, mesmo quando os pacientes apresentam a suposta “resistência” em aderir ao tratamento, o serviço, neste caso do CAPS, deve ser posto em questão junto ao paciente, considerando o cotidiano do mesmo e o tipo de cuidado que lhe é oferecido.

Para Rotelli et al. (2001, p. 22), os serviços, a partir do momento em que são alvos de um alto nível de especialização e refinamento de técnicas, acabam por selecionar determinados tipos de problemas para atender e se dão o direito de dizer aos problemas que não se enquadram: “não é um problema nosso”. Segundo os autores, chega um ponto em que, essa forma de funcionar, seletiva e por especialidades, “(...) faz com que as pessoas sejam separadas, “despejadas”, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas”. Tal como aconteceu com a filha de C.: conversou com o médico, depois com o psicólogo e saiu sem solução para resolver a questão da frequência no serviço, por fim, resolveu por si só.

A saída do hospital psiquiátrico implica ter um lugar para onde ir e, conseqüentemente, questionar se a pessoa com transtorno mental vai voltar para sua casa. O papel do Programa de Volta para Casa – PVC, sob este aspecto, trouxe opiniões um tanto distintas entre os familiares entrevistados neste estudo.

No caso de C., o Programa de Volta para Casa – PVC – foi determinante para que sua filha a acolhesse, uma vez que, segundo esta, a mãe necessita de cuidados contínuos, transporte, tratamento médico e medicamentoso, sendo o benefício recebido essencial para dar conta de todas essas despesas, tanto que, em dois momentos da entrevista, ela expressa a sua preocupação de que o Programa de Volta para Casa possa acabar: “se cortar não sei o que vou fazer... bom, na verdade a gente acaba sempre dando um jeito, porque não vai deixar a pessoa desamparada, mas que ia fazer falta ia” (Filha de C.).

Outra questão que envolve o dilema de voltar para casa é a ideia de que a família deve acolher seus membros na hora das dificuldades. A filha de C., por exemplo, quando questionada sobre quais os fatores que levou em consideração para aceitar sua mãe de volta, responde:

Eu acho que o fator humano mesmo, de saber que sua mãe quer ficar morando com você, porque ela sabe que lá vai ser o fim da vida dela e você falar: “não, mãe, não vou trazer”, ainda mais uma pessoa lúcida que nem minha mãe, não tem como você simplesmente falar: “não, mãe, não vou trazer, a senhora que fique por aí e que dê

conta da sua vida”. Eu acho que é uma pessoa que já sofreu demais, para gente fazer isso, né? (Filha de C.).

A assistência prestada pelos serviços de saúde também parece ser determinante para a decisão de acolher ou não o familiar com transtorno mental na família. Para a filha de C., a assistência em saúde mental de Maringá-PR foi considerada um ponto positivo na escolha de ficar com a mãe, por considerar os serviços daqui melhores do que aqueles oferecidos onde sua irmã mais nova reside.

Quanto à doença de C., a filha explica o transtorno da seguinte forma: “No caso da minha mãe, eu acho que ela teve uma crise nervosa, uma depressão muito forte, de repente até tinha uma tendência à esquizofrenia, foi onde apareceu depois de tudo isso”; mais adiante conclui:

(...) se meu pai tivesse sido um pouco mais humano, tivesse mantido uma assistência financeira, dado mais atenção para ela, eu acho que, mesmo que ela tivesse alguns traços de esquizofrenia, ela poderia ir levando a vida dela normal. Eu acho que o que ela sofreu e na época que ela sofreu foi muito forte para ela, teria que ser muito forte para aguentar tudo isso; e eu acho que a responsabilidade, em 100% é do meu pai (Filha de C.).

A incógnita em relação ao surgimento do transtorno mental faz com que as pessoas atribuam a doença mental a algo específico ou a um indivíduo em particular, como neste caso, a filha responsabiliza o pai. Boarini (2006) afirma que, se para os profissionais a origem do transtorno mental é de difícil e complexa explicação, para os familiares, ela está localizada em determinados campos das relações humanas e do próprio indivíduo e envolve crenças e mitos, tais como perdas, misticismo, transgressão dos costumes, doença física ou mesmo conflito conjugal, como o ocorrido com C..

3.3 A História de E.

Chove. Que fiz eu da vida?

Fiz o que ela fez de mim...

(Fernando Pessoa, 1956, p 71).

Identificação:

Nome: E.

Sexo: Masculino

Idade: 39 anos

Familiar entrevistado: Pai, madrasta e ex-esposa

E. perdeu a mãe aos 14 anos de idade, em seguida, o pai casou-se novamente. O primeiro surto deu-se por volta dos 30 anos; na época, ele era casado e possuía uma filha.

O pai e a madrasta relataram que E. apresentava comportamentos estranhos (rebeldia, não querer fazer nada, agitação, agressividade) desde os 12 anos, mas, por falta de conhecimento sobre o transtorno mental, eles entendiam isso como decorrente da fase da adolescência e, portanto, não procuraram nenhum tipo de tratamento até o surto.

A ex-esposa de E. conta que, desde o início da convivência com ele, reparou que era muito rigoroso, ciumento e nervoso, gerando diversas brigas no casamento. Essas brigas se intensificaram a tal ponto que ela pediu que ele fosse para a casa do pai dele. Como relata abaixo:

(...) nós estávamos nessa desarmonia em casa, aí, eu dei um basta, porque ele me xingava, xingava minha filha¹⁴; e ficava falando, julgando ela e comparando as duas, como se a dele fosse melhor, e isso ia me revoltando. Daí eu falei para ele que não dava mais, que era para ele voltar para a casa do pai dele, que eu ficava com as meninas, mas ele não aceitava de jeito nenhum, ele queria me bater, dizia que não, que ele não ia embora, que essa casa era dele, que ele tinha construído, aquela mesma coisa, que ele era dono de tudo, porque ele era possessivo demais, e ele começou a xingar minha família, querer a me xingar e eles não iam deixar... aí, ele pegou, com muita briga, com muita confusão mesmo, ele foi embora, praticamente à força (Ex-esposa de E.).

O desconhecimento e a evidência de que faltam informações sobre o transtorno mental são abordados pela madrasta de E., no seguinte trecho da entrevista:

Ums coisas assim que você fica sem saber o que está acontecendo, porque você não conhece a história, não sabe do que se trata, ué, eu nunca tinha ouvido falar nessas coisas; (...) A gente era tão desinformado dessas coisas, acho que, na época,

¹⁴Na época do surto, o casal convivia com uma filha de 18 anos, fruto de outro relacionamento da esposa de E., e também com uma filha de ambos, com quatro anos na época.

nem tinha postinho, né. Agora, tem postinho. Agora, até passa alguma informação, mas, naquela época, a gente era muito desinformado; hoje, ainda a gente vai, explica alguma coisa, antes não. Essas informações começaram a passar em rádio, televisão, mas, na época, pegou nós desprevenido, nós não tínhamos conhecimento de nada não. (...) só se for lá no posto. Mas eu vou lá atrás de doença? **Eles que têm que passar a informação para gente** (Madrasta de E., grifo nosso).

A ex-esposa de E. também expressa seu desconhecimento e de sua família em relação ao transtorno mental, conforme o excerto abaixo:

Faz muito tempo que nos separamos, mas aquele vidro ali foi ele quem quebrou, dando murro, porque ele ficava agressivo; eu achava que era nervoso, porque ele era normal, tava lá desenhando, porque ele ganhava até prêmio de desenho e ele nunca estudou, uma pessoa super caprichosa... e daqui a pouco ficava nervoso por nada. Minha família mora aqui do lado e ele brigava com a minha mãe, ele brigava com ela, tudo por ciúmes, por bobagens, e eles não entendiam, **até hoje uns dizem que não é loucura...** e eu também ficava pensando como ele poderia ficar nervoso daquele jeito e em seguida ficar bom (Ex-esposa de E., grifo nosso).

De acordo com Boarini (2006, p. 68): “O desconhecido, a surpresa, o medo são alguns dos sentimentos relatados pela família quando ocorreu o primeiro episódio de transtorno mental de um de seus integrantes”. Diante do desconhecimento frente ao transtorno mental, Hirdes e Navarini (2008) consideram como de grande benefício orientações sobre o transtorno e o aconselhamento familiar, sobretudo, porque uma das principais carências das famílias enfocadas em seu estudo referiu-se à compreensão do transtorno mental, suas manifestações e formas de controle.

A assistência à família da pessoa com transtorno mental está prevista na legislação e foi reivindicada nas conferências de saúde mental, conforme consta no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2002, p. 38; 42):

Para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus

familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização.

Garantir que os serviços e dispositivos substitutivos: (...) estabeleçam, como uma das prioridades, o desenvolvimento de ações de suporte à família dos portadores de sofrimento mental e a articulação com grupos organizados da comunidade;

Na época em que o problema veio à tona, ele se preparava para trabalhar em Curitiba, onde havia conseguido um bom emprego, era carpinteiro, segundo o pai, e um bom profissional, no entanto, ele não chegou até a empresa para trabalhar, surtou antes. Depois disso, a família buscou tratamento, internando-o no Sanatório Maringá, onde ele ficou por cerca de 60 dias e recebeu alta.

Mais uma vez, sua história torna-se uma entre tantas com o mesmo enredo: o surto do paciente, seguido da busca pelo tratamento, que culmina na internação psiquiátrica, logo seguida de alta e reinternação, iniciando um ciclo de altas e reinternações.

Após uma longa série de internações, nas últimas vezes em que o hospital deu alta para E., o pai e a madrasta recusaram-se a recebê-lo. Constam, entre os motivos elencados por assim optarem: falta de alguém para tomar conta de E., a agressividade dele, o medo de procurar recursos (chamar ambulância, querer internar) e não encontrar. Durante a entrevista, o pai relata o que aconteceu em uma das vezes em que ele saiu do sanatório e foi acolhido em casa:

Depois, ele veio para cá, ficou mais um tempinho, precisou internar de novo, aí, com trinta dias, mandou embora, mas eu falei para a mulher: “ele não está bom não”, “está sim, vai, leva”; “não está bom não” – eu dizia; “está sim”; fiquei teimando; “nós não podemos segurar mais do que quinze dias aqui”; mas eu falei “como é que é o ...”, mas, “como é que o malandro segura aí anos e anos na cadeia e o doente não pode?”, não sei se eu fui grosso com a mulher ou ... mas que eu falei, eu falei, aí mandou ele pro municipal (Pai de E.).

De acordo com Colvero, Ide e Rolim (2004, p. 200), não existem serviços suficientes e efetivos na comunidade que sejam capazes de acolher toda a demanda das pessoas com transtorno mental e seus familiares. As autoras consideram que:

(...) o retorno do doente mental à família e à comunidade é polêmico e permeado por contradições; dentre estas, é oportuno reiterarmos a carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, a descontinuidade dos programas de reinserção social do doente mental e a desconsideração a que ficam sujeitos os familiares. São aspectos que vêm sendo levantados por autores em uma perspectiva crítica ao processo de desinstitucionalização no Brasil e em outros países do ocidente.

A ex-esposa de E. relata que, após sua ida para a casa do pai e, em seguida, sua internação psiquiátrica, ela manteve contato com ele, visitando-o no hospital, sobretudo porque as pessoas lhe diziam que, lá, ele só falava nela, assim, ela acreditava que, reaproximando-se dele, ele poderia melhorar, tanto que, após receber alta, voltou para a casa da esposa e eles tentaram retomar a convivência.

Nesse período, E. não havia retomado suas atividades de trabalho e a ex-esposa sofreu um infarto, ficando a família sem renda financeira nenhuma. Com isso, passaram a ser sustentados por familiares dela, que se recusavam a recebê-lo em suas casas e tentavam convencê-la de que não era uma boa opção ficar com ele. Ela relata como foi que se deu novamente a separação definitiva entre ambos:

(...) quando eu estava me recuperando ele começou com aquelas discussões dele e tudo, e eu comecei a pensar que não ia aguentá-lo, e assim, não é que eu não o amava mais, eu sabia que não era certo o que ele sentia, foi quando fiquei com muita dúvida e falei que não ia aguentar, mas se eu não cedesse ele ia querer me matar, vai ser uma hora terrível, eu comecei a pensar na minha filha mais velha, nas duas e nele; aí mandei ele para lá, disse que não dava mais, pedi para ele ir embora, ele ficava bravo, dava murro nas coisas, machucava a mão e ele foi embora, de novo, forçado. Eu disse para ele voltar para o pai dele que eu ia viver com minhas filhas; ele não queria de jeito nenhum, dizia que eu tinha outro marido, aí foi para lá, como ele já era revoltado com eles, também não era bem-vindo; a madrasta tinha uma casa no fundo e colocava ele para ficar lá, assim que nem animal, ele não teve apoio de ninguém e eu não podia apoiá-lo porque eu não tinha forças, eu não tinha saúde para aguentá-lo; aí ele foi para lá... (Ex-esposa de E.).

A ex-esposa diz que, segundo os funcionários da Secretaria de Saúde que a procuraram para verificar a disponibilidade dela em acolhê-lo em sua casa, ele ainda fala dela e da filha. Ela acredita que é como se ele tivesse parado no tempo, porque até o momento não

se deu conta da separação entre os dois. Eles não mantêm qualquer contato e ela também não pretende isto, por ter medo de alimentar esperanças, e por sofrer muito ao vê-lo nesta situação. A filha também não tem contato com o pai desde a separação.

Sobre a situação atual de E., o pai e a madrasta descrevem que ele tem dificuldade em se lembrar do presente, embora tenha uma ótima lembrança dos acontecimentos que antecederam o primeiro surto, seguido de internação e da separação conjugal. Seus familiares apontam algumas de suas dificuldades, tais como fala repetitiva, necessitando que alguém controle sua fala, e falta de noção temporal, por exemplo, ao dizer, depois de ficar cinco anos internado, que ficara apenas 45 dias fora de casa. A madrasta observa:

Quer dizer, você percebe pela conversa dele que alguma coisa, você já vê: do passado ele lembra certinho, mas começa depois que ele foi internado, para você ver, aí ele se perde; tem muita coisa que ele não lembra mais, a maioria de antes ele lembra tudo; e depois que ele começa falar uma coisa ele repete, repete, repete. Ele não tem aquela noção de que tem que parar, que tem que dar espaço para o outro conversar, ele toca para frente; a mulher¹⁵ ficava falando: “E. deixa teu pai falar E. deixa tua mãe falar”, tem que sempre ter alguém controlando ele, né? Porque se deixar... (Madrasta de E.).

Essas mudanças de comportamento da pessoa com transtorno mental, observadas pelas famílias, podem ser derivadas do longo período em que esteve internada, visto que, como afirmam Vechia e Martins (2006, p. 164): “As internações em regime integral, (...), ocupam lugar de transformações notáveis no plano da atividade dos usuários”. As autoras citam o exemplo de um caso que a pessoa, assim como E., havia “apagado” da memória os anos de internação.

Moreira (1983, p. 129) esclarece que, em uma instituição total, os eventos, quando existem, “(...) perdem a personalidade, para se revestirem de um caráter uniforme e desindividualizado. Nessa repetição monótona da rotina diária, a história pessoal se interrompe; o paciente passa a viver um eterno presente, uma anti-historicidade”.

Além das dificuldades relacionadas à memória e à noção temporal, Gonçalves, Fagundes, Lovisi & Lima (2001), ao avaliarem as limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência, destacam que os mesmos apresentam dificuldades nas seguintes áreas: iniciativa, aparência pessoal e higiene, dificuldade de

¹⁵ Ao dizer mulher, refere-se à assistente social que acompanhava E. em visita à sua família.

concentração, inatividade, conversa inadequada, comportamento suicida, realização de ideias bizarras, comportamento destrutivo, depressão e comportamento sexual inadequado. Embora os autores defendam que 65% da população pesquisada estavam aptas a residir na comunidade, deixam evidente que essas pessoas carregam as marcas deixadas pelos anos de internação.

E. habita o Serviço Residencial Terapêutico de Maringá-PR, já entrou com seu pedido de aposentadoria, mas ainda não começou a receber. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, ele não tem direito ao Programa de Volta para Casa – PVC, porque seu período de internação, apesar de ser superior a dois anos, não é coincidente com a data de 31/07/2003, quando entrou em vigor a Portaria. De acordo com os funcionários, apesar de a Lei nº 10.708/2003 de 31 julho de 2003 não explicitar, os dois anos ininterruptos de internação necessitam ser anteriores à data em que tal Portaria passou a vigorar, do contrário o recurso é negado.

Os familiares não parecem otimistas quanto à mudança em seu quadro e comentam:

(...) porque é um ser humano, não tem culpa, eu tenho dó, porque aquilo que ele tem é uma coisa difícil, para mim não tem cura, sabe, me dá uma tristeza, porque se você sabe que fica lá dois, três anos, com um outro tipo de doença que você pode cuidar, dar um banho, tratar; agora, ele, não tem esperança, só vai ficar nisso, a gente não tem esperança nele; você vê, eu mesmo não tenho, eu não tenho não (Madrasta de E.).

Segundo seu pai, a alternativa dada pelo médico ao seu filho foi morar no Serviço Residencial Terapêutico – SRT – e passear na casa de sua família, no entanto, consta no relato da família que, desde que ele foi para o SRT, há cerca de quatro anos, ele foi levado pela assistente social da Secretaria Municipal de Saúde para visitar sua família apenas uma vez, já a família nunca foi visitá-lo e sequer conhece o local onde ele reside.

De acordo com Colvero et al. (2004), diante de um transtorno mental grave, muitos familiares encontram-se desacreditados quanto à melhora do paciente, tornando-se, eles mesmos, temerosos, desmotivados e resistentes às propostas de mudança que os trabalhadores da saúde lhes oferecem.

Para os familiares de E., a justificativa para não recebê-lo passa pela dificuldade de lidar com a pessoa com transtorno mental, como pode ser observado no depoimento a seguir:

Não, ofereceram duzentão naquela época para ficar com ele, eu falei: não, nem por um salário inteiro eu não fico; **o problema não é o dinheiro**. Não tem como. Agora, quando é pessoa rica, dá para ficar com a pessoa, mas nós vamos fazer o quê? Trabalha hoje para comer amanhã. Lidar com essa doença é muito difícil, porque as outras doenças você deixa o doente na cama e vai trabalhar, dá comida, dá banho, deixa ele alimentado e vai trabalhar, depois você volta, entendeu? Ele fica lá; agora, esse outro caso, quando você voltar, você sabe onde vai encontrar ele? Sabe o que ele vai aprontar? Ixi, Deus me livre. Você não sabe... eu, hein.... **Eu, por doença me sacrifico tudo, mas esse tipo de doença... não consigo me ver me sacrificando** (Madrasta de E., grifo nosso).

O discurso da madrasta demonstra que, enquanto a doença física, muitas vezes, impossibilita a pessoa de movimentar-se, o cuidado exigido por uma pessoa com transtorno mental requer um sacrifício ainda maior, já que vai além dos cuidados básicos, como alimentação e banho, exige um olhar cuidadoso e até um controle sobre os atos que a pessoa possa vir a cometer.

As dificuldades práticas do cuidado da pessoa com transtorno mental, enunciadas pelos familiares, passam por uma concepção de que todos eles precisam de cuidados 24 horas. Esse fato foi expresso em todas as entrevistas, seja através do desejo ou da efetiva contratação de um cuidador – de preferência um enfermeiro, ou através do questionamento: “vou parar de trabalhar para cuidar dele? (Pai de E.)”.

Os familiares de E. insistem em elencar os motivos pelo qual não podem aceitá-lo em casa, enfatizando que não é por “ruindade”:

Eu, da minha parte, queria dizer que a gente não está com ele aqui não é por ruindade não, é porque a gente não tem condições de ter ele aqui, de dar assistência para ele aqui, igual a mulher queria convencer nós a todo custo ficar com ele aqui, como é que a gente vai ficar com uma pessoa se a gente não tem condição de ficar com a pessoa; eu tenho medo de ficar com ele, agora, ele (marido) vai para o serviço e daí? A mulher falou: “ele vai ter aposentadoria”; mas eu falei: “a aposentadoria é dele, não nossa”; ele vai ter aposentadoria, dá para viver, **mas o problema não é o dinheiro** (Madrasta de E., grifo nosso).

O pai e a madrasta temem recebê-lo em casa outra vez e, depois, verem-se desamparados, sem saber o que fazer na hora das crises, julgando, assim, ser melhor que ele permaneça aos cuidados dos serviços de saúde institucionais. A madrasta afirma:

Uma pessoa adulta você não tem como segurar, lá (referindo-se ao hospital psiquiátrico) qualquer coisa que eles veem, eles já dão um calmante, troca o remédio, no outro dia, já começa a fazer o efeito e, aqui, nós fazemos o quê? Quando a gente precisa de assistência, chama, chama; chama um, chama outro, e não tem na hora que precisa, tem que esperar a boa vontade, então... né. Eu não tenho coragem (Madrasta de E.)

Quando surtou pela primeira vez, E. formava, junto com sua esposa e sua filha, uma família de formato nuclear. Após o aparecimento dos sintomas do transtorno mental, pelos motivos já elencados, foi acolhido na casa do pai, que residia com madrasta, uma filha e quatro netos. Ao sair do Sanatório Maringá após cerca de cinco anos de internação, ele passou a habitar o Serviço Residencial Terapêutico – SRT deste município, uma vez que tanto sua ex-esposa como seu pai não aceitaram acolhê-lo de volta.

No caso dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, se, por um lado, podem ser caracterizados como um serviço, já que o próprio nome o denomina assim: Serviço Residencial Terapêutico, por outro lado, tratando-se de casas inseridas na comunidade, esses serviços seriam casas e não um serviço, tal como um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. A partir do momento em que são caracterizados como casa, se considerado que, para o IBGE, família é o grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto, exclusivamente com base nesta perspectiva, os moradores do Serviço Residencial Terapêutico – SRT, junto aos seus cuidadores, poderiam ser caracterizados como uma família.

De acordo com a pesquisa realizada por Pereira e Borenstein (2004) com mulheres com transtorno mental e moradoras de um Serviço Residencial Terapêutico, existe relacionamento interpessoal entre as moradoras, porém elas não reconhecem esse tipo de relacionamento como uma experiência familiar, já que para elas, família são pessoas que possuem laços consanguíneos entre si.

Para Fassheber e Vidal (2007), os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs configuram-se efetivamente como moradias e se estabelecem como uma ponte entre o hospital e a vida em comunidade. Figueiredo e Frare (2008) questionam o embate entre o objetivo que prioriza o Serviço Residencial Terapêutico – SRT: afastar-se da lógica hospitalar,

aproximando-se dos costumes de uma casa e, ao mesmo tempo, a dificuldade de atingir esse objetivo, tendo em vista a sua organização como um serviço e a necessidade de técnicos.

Sobre este assunto, Santos Junior et al. (2009, p. 188) afirmam que:

(...) não se trata precisamente de um serviço de saúde, mas de espaços para morar e viver, onde a admissão de um morador é o começo de um longo processo de reabilitação, que deverá buscar sua progressiva inclusão social e emancipação pessoal, afinal, sua finalidade principal é a moradia, o morar e o viver na cidade.

Ao prezar pelo morar e pelo viver, entende-se que os serviços substitutivos devem priorizar as trocas sociais. Neste sentido, enquanto o hospital psiquiátrico seria o lugar zero de troca, os serviços substitutivos seriam o lugar das trocas sociais por excelência (Rotelli et al., 2001).

Vale lembrar que, apesar de, efetivamente, ter deixado de ser “morador” de hospital psiquiátrico, não se pode ter esperanças com relação ao quadro de E. segundo seus familiares. A esperança dada a ele seria morar no SRT e visitar sua família, o que, até esta data, ele não conseguiu concretizar, já que visitou sua família apenas uma vez após ter deixado o Sanatório Maringá.

Sem jamais negar o avanço conseguido (sair do hospital), gostaríamos de registrar que somente isso não é suficiente para garantir que, de fato, está se concretizando um processo de desinstitucionalização e de reforma psiquiátrica para os egressos de longas internações.

3.4 A História de R.

*Fez-se do amigo próximo o distante
Fez-se da vida uma aventura errante
De repente, não mais que de repente.*

(Vinícius de Moraes, 1938, p. 23)

Identificação:

Nome: R.

Sexo: Masculino

Idade: 49 anos

Familiar entrevistado: Irmão, cunhada e ex-esposa.

Abandonado pela mãe aos 14 anos, R. passou a viver com o irmão, um ano mais velho. Juntos, eles percorriam fazendas à procura de trabalho e residiam nas mesmas durante a estadia. Obtiveram seus documentos pessoais com a ajuda de um dos fazendeiros com quem trabalharam.

Entre seus 20 e 30 anos, R. continuou trabalhando na lavoura, sobretudo no corte de cana, porém separou-se do irmão com o objetivo de ir para a região Norte do Brasil na tentativa de adquirir terras e se casar. Nove anos depois, retornou para próximo do irmão, dizendo ter se decepcionado com um noivado desfeito. A partir de então, começaram a surgir alguns comportamentos (agressão, ameaça com faca, brigas na rua) que assustaram o irmão, que o levou para ser internado, por duas vezes, no hospital psiquiátrico de Jardim Alegre¹⁶. R. fugiu do hospital nas duas internações, a primeira vez em dois dias e a segunda após vinte e cinco dias. O irmão e a cunhada de R. contam como souberam dos recursos existentes e como se deu o desenrolar das internações.

Internar, né. E aqui não tinha, daí eu me informei aí com uns caras aí da cidade e eles me falaram: “olha, seu L., o problema dele, tem hospital, para você deixar ele lá em Jardim Alegre, é perto de Londrina, aí eu arrumei um carro aqui, de um fazendeiro, levei ele lá, internei ele, ele voltou, peguei outra vez, levei ele lá, ficou uns vinte e poucos dias, voltou; lá foi falado, vamos cuidar dele, vamos fazer uns eletro da cabeça dele, ver qual o problema e entra em tratamento, mas ele não parava (irmão de R.).

Ele fugia (cunhada de R.).

E a única coisa que tinha para tratar era a internação? (entrevistador).

Era. Não tinha outra opção não, menina (Cunhada de R.).

Pela quarta vez a história se repete: a internação é tida como solução para o transtorno mental. Este fato nos oferece indícios de que tornar-se “morador” não foi uma opção para estas pessoas, mas praticamente uma imposição. Se considerarmos que ninguém nasce efetivamente um “morador”, mas torna-se, podemos entender esse fato como uma construção, derivada da falta de implantação e implementação de uma rede de atenção à saúde mental, bem como da ausência de intervenções em outras áreas para além da saúde, o que

¹⁶ Jardim Alegre é um município localizado acerca de 381 km. da Capital Curitiba, com área territorial de 410.772 km² e população estimada em 14.976 habitantes (Instituto Paranaense..., 2010).

caracterizaria as ações intersetoriais. Entendemos que um atendimento em hospital geral no momento da crise e acompanhado de intervenções nas áreas da assistência social ou de habitação, quando se fizer necessário, e tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, após estabilização dos sintomas, seria uma forma de concretizar o atendimento, sem se produzir um “morador”.

Após essas internações, R. fugiu do local onde morava – Mirante do Piquiri¹⁷, por temer que os funcionários do hospital psiquiátrico, no qual havia ficado internado, viessem buscá-lo novamente. Soube-se, depois, que R. foi encontrado em Maringá-PR e internado no hospital psiquiátrico deste município, onde passou cerca de dez anos. Há aproximadamente dois anos reencontrou seu irmão com a ajuda dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação à doença de R., os entrevistados localizam o problema no fato dele ter desmanchado o noivado que tanto sonhara. Para eles, este foi o motivo que desencadeou todo o problema posterior. Vemos que, neste caso, a família apresenta, de acordo com o histórico do usuário, um fato como justificativa para o surgimento do transtorno mental.

A ideia de que a pessoa com transtorno mental deve viver reclusa da sociedade e que, naturalmente, o hospital é seu lugar está expresso no discurso dos entrevistados quando questionamos sobre os motivos pelo qual seu familiar ficou tanto tempo internado. A princípio pareceram surpresos com essa questão, confusos e, enfim, respondem: “Olha, a dona C. disse que ele estava bem ruim mesmo; (...) diz ela que ele ficou cinco anos doido mesmo, que não conhecia ninguém, (...)” (Irmão de R.).

Os entrevistados comentam ainda sobre as diferenças percebidas em R. antes e depois dessa longa internação: “Ele está bem gordo, tem diferença grande sim. Ele sempre foi forte, né? Mais assim do que eu, mais cheio, mas dessa vez, agora, ele está gordo mesmo, está um barroco de um homem” e, mais adiante: “só que igual era antes, não conversava não, parece que meio vagaroso, assim, meio quase sem assunto, né?” (Irmão de R.).

Colvero et al. (2004, p. 202), em estudo realizado, também entrevistaram familiares de pessoas com transtorno mental e constataram que existe dificuldade da família em lidar com os comportamentos decorrentes da doença, como delírios, alucinações, agressividade, bem como com aqueles comportamentos que as autoras descrevem da seguinte forma: “(...) os

¹⁷ Mirante do Piquiri é um distrito de Alto Piquiri, no Paraná, situado a 330 km de Maringá, ou a, aproximadamente, 600 km da capital Curitiba.

chamados sintomas negativos que são aqueles relacionados a uma apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência das respostas emocionais”.

A respeito da possibilidade de acolher R. em sua casa, seu irmão e sua cunhada elencam várias condições que tornam essa possibilidade inviável: sua agressividade, filhos de 16 e 10 anos que ficariam sozinhos com ele, medo que ele faça uso de bebida alcoólica, receio que não faça o tratamento correto, falta de recursos na área de saúde na região onde moram, condições financeiras precárias para assumir mais um membro dentro de casa.

Especificamente sobre a rede de atenção à saúde mental na localidade em que residem, os familiares afirmam:

É tudo longe; e até pegar um homem daquele e colocar numa ambulância aqui para chegar lá, ele já quebrou meio mundo; ah sei lá, até hoje eu fico traumatizada, coisa que a gente nunca tinha passado, aí, sei lá, fiquei assustada (Cunhada de R.).

R. recebe o auxílio-reabilitação psicossocial do Programa de Volta para Casa e o Benefício de Prestação Continuada – BPC. Questionados sobre a possibilidade de ficar com R., contando com o auxílio financeiro do Programa de Volta para Casa, o irmão e a cunhada respondem:

Não, para mim não tem condições, para mim é difícil, para mim podia pagar até dois mil, mas eu morro de medo, trauma, eu morro de medo (Cunhada de R.).

Porque, praticamente, eu vou ter que ficar responsável só por ele, medicamento, como outras coisas, levar em algum lugar para fazer uns exames, porque isso tem que fazer mesmo, medicamentos, essas coisas, aí, eu vou ter que ficar só para cuidar dele (Irmão de R.).

Nesse caso, o valor recebido através do Programa de Volta para Casa não provocou influência na decisão do irmão e da cunhada em recebê-lo em casa, particularmente porque eles temem por sua vida e pela dos filhos, além de que, como relatado acima, onde residem, não há recurso nenhum em termos de saúde, eles inclusive desconhecem os serviços de saúde mental no município mais próximo de seu distrito. Desse modo, mesmo que tivessem interesse em recebê-lo em sua casa, ficariam sem auxílio para tratá-lo.

A ideia de pagamento de um benefício para que a pessoa com transtorno mental seja acolhida em família existiu em outro momento no Brasil, por volta do ano de 1898, como descreve Resende (2001, p. 51):

A experiência de São Paulo, onde Franco da Rocha fez construir um hospício-colônia, em Juqueri, destinado inicialmente a abrigar 800 pacientes, pretendia tratar o agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão útil; esse retorno se faria diretamente ou pela via intermediária da adoção do ex-internado por famílias das redondezas, humildes em sua maioria, e que se supunha veriam de bom grado a possibilidade de receber alguma remuneração do Estado (nos primeiros anos chegou-se a reservar verbas para este fim) pela sua participação na reinserção do egresso, lucrando ainda com os serviços que este lhe poderia prestar.

O que se pretendia, portanto, era pagar para que as famílias recebessem a pessoa com transtorno mental e, ao mesmo tempo, usufríssem dos serviços que essa pessoa poderia lhes oferecer. O autor complementa que: “As famílias que receberam casas nas instituições, na suposição de que acolheriam o egresso e contribuiriam para sua reinserção na sociedade, acabaram por estabelecer com eles relações de trabalho de caráter semi-servil” (Resende, 2001, p. 55). A ideia de pagamento aliado à reinserção, naquela época, não foi adiante.

Quando observamos que a questão do dinheiro nem sempre é determinante para acolher a pessoa com transtorno mental em família, identificamos outros fatores que estão ligados a tal decisão. Um deles está relacionado ao temor da agressividade, a visão de que a pessoa com transtorno mental é sinônimo de perigo, como ficou evidente nos excertos citados anteriormente, até por conta de algumas experiências que os familiares vivenciaram com a pessoa com transtorno mental. Outro fator, já citado nesta seção, refere-se à incerteza das famílias quanto à assistência em saúde mental.

Após sair do hospital psiquiátrico, R. morou no Serviço Residencial Terapêutico – SRT de Maringá-PR e, atualmente, mora em um pensionato. Segundo informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR, o próprio R. é responsável por custear suas despesas de moradia e alimentação, utilizando os recursos que recebe. Como ele desejava ter suas coisas e fazer uso de seu dinheiro separadamente dos outros moradores do Serviço Residencial Terapêutico – SRT, isso gerou alguns desentendimentos entre os moradores. Esses desentendimentos, aliados ao desejo de R. em morar sozinho, à estabilização de seu

quadro psiquiátrico e ao seu comprometimento em tomar medicação injetável e frequentar o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – levaram-no ao pensionato há cerca de dois anos.

Quando aconteceu o primeiro surto, sua família era representada por seu irmão e a família nuclear deste, ou seja, a cunhada de R. e a sobrinha. Embora a família nuclear do seu irmão ainda exista (formada pelo irmão de R., a cunhada, a sobrinha e o sobrinho), R. constitui uma família unipessoal, segundo conceito do IBGE (2009b). Para o Instituto: “Morar sozinho é uma opção cada vez mais presente nas cidades modernas, especialmente naquelas mais desenvolvidas do continente europeu. No Brasil, esta tendência também está sendo verificada: entre 1998 e 2008, a proporção dos que viviam sozinhos passou de 8,4% para 11,6%”.

É sabido que nem todos os usuários, cujos familiares foram entrevistados, possuem Programa de Volta para Casa, no entanto, sabendo que este Programa expressa as intenções da Política Nacional de Saúde Mental de nosso país, retomemos o objetivo do Programa de Volta para Casa (Brasil. Ministério da Saúde, 2003):

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Ante a defesa do exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania para a clientela de “moradores” de hospital psiquiátrico, um primeiro problema se apresenta: muitos desses moradores não possuem documentos pessoais, mesmo os mais básicos, como o Registro de Nascimento ou Registro Geral (RG), assim, não conseguem usufruir de direitos como o benefício do Programa de Volta para Casa, ou mesmo de uma aposentadoria.

Lobo (2004) e Furtado (2006) afirmam que, no caso do Programa de Volta para Casa, a falta de documentos pessoais está entre as maiores razões que impossibilita os usuários internados por longo tempo a terem acesso ao benefício. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2010e), os problemas de documentação dos pacientes se constituem como um dos obstáculos à efetivação do processo de desinstitucionalização psiquiátrica.

No caso de R., seus documentos foram refeitos com o auxílio dos técnicos da Secretaria de Saúde, permitindo que ele fosse para o Serviço Residencial Terapêutico – SRT e

pudesse ser beneficiário do Programa de Volta para Casa. Como mora sozinho em um pensionato, podemos considerar que, no seu caso, o Serviço Residencial Terapêutico – SRT serviu como “ponte” entre o hospital e a vida em comunidade, tal como descrevemos anteriormente com base em Fassheber e Vidal (2007). Mas não é somente o fato de morar sozinho que nos remete à vida em comunidade, quando seu irmão relata que R. “(...) tem o quartinho dele, sai para rua, vai orar, vai trabalhar” (Irmão de R.), entendemos que R. está circulando na sociedade, convivendo com outras pessoas e produzindo trocas sociais.

Nesse sentido, ele se apresenta como o único usuário que fez este caminho: hospital psiquiátrico, Serviço Residencial Terapêutico – SRT – e comunidade, tendo, neste caso, o SRT realizado o papel de ponte entre o hospital e a vida social.

Eu sei que a gente se acostuma. Mas não devia.

*A gente se acostuma a morar em apartamentos de fundos e a não ter outra vista que não as janelas ao redor. E, porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora. E, porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas. E, porque não abre as cortinas, logo se acostuma a acender mais cedo a luz. **E, à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a amplidão.***

(...) A gente se acostuma para poupar a vida. Que aos poucos se gasta, e que, gasta de tanto acostumar, se perde de si mesma.

(Colasanti, 1972).

4. OUTRAS TANTAS HISTÓRIAS

Além das histórias apresentadas no capítulo anterior, o “voltar para casa” do “morador” do Sanatório Maringá e, provavelmente, de outros hospitais psiquiátricos é repleto de outras tantas histórias, cujos elementos vão além daqueles já citados e cujo desfecho nem sempre é efetivamente o “voltar para casa”. Nesta seção, apresentamos outras questões que dificultam o processo de “volta para casa” e que vieram à tona nas entrevistas realizadas com a Psicóloga do Sanatório Maringá, que adiante nomearemos por S. ou apenas Psicóloga e com a Assistente Social do Ministério Público, denominada a seguir por C. ou somente Assistente Social.

4.1 A Participação do Ministério Público na Reforma Psiquiátrica

Desde 2001, a Política Nacional de Saúde Mental, respaldada pela Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, reorientou o modelo de assistência à saúde mental, priorizando seu atendimento mediante uma rede de atenção, na qual a internação psiquiátrica só é recomendada quando todos “os recursos extra-hospitalares forem considerados insuficientes”, e, quando necessária, tal internação deverá ser realizada em leito psiquiátrico em hospital geral. A partir da garantia e proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental quando involuntária, a internação deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual.

Com o objetivo de zelar pelo cumprimento da legislação, o Ministério Público pode atuar de forma judicial ou estabelecer uma espécie de “acordo” com a parte que apresenta a ilegalidade, para que se ajuste aos termos legais, possibilitando que muitas questões sejam resolvidas de forma mais rápida de acordo com a Cartilha *Conversando com o Ministério Público: o Ministério Público e a Reforma Psiquiátrica* (2004).

Machado, Pinheiro e Guizard (2010, p. 57) afirmam que as atividades do Ministério Público estão fundamentadas em dois eixos: a fiscalização tanto de gestores quanto de prestadores de serviços e a mediação de conflitos nas diferentes esferas da saúde pública. Para os autores: “O Ministério Público representa a possibilidade de superação do paradoxo da saúde pública no Brasil: o descompasso entre a legislação e as dificuldades encontradas pela população para obter serviços de boa qualidade”.

De acordo com a Cartilha (2004), para sua atuação, o Ministério Público não necessita ser provocado, ou seja, ele não age exclusivamente por intermédio de denúncias, mas pode instaurar procedimentos e ações sempre que constatar um fato motivador de sua intervenção.

Segundo a Assistente Social da Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador, até o momento desta pesquisa, o trabalho desenvolvido em Maringá foi pautado na instauração de procedimentos que visam justamente adequar o que está previsto em lei à prática cotidiana. Segundo a profissional, a atuação do Ministério Público em relação à questão dos “moradores” só começou a ser verificada após uma denúncia recebida por tal órgão. Por esta denúncia, foi constatado que havia um rapaz internado no Sanatório Maringá há vários anos e, segundo seu médico assistente, ele deveria ficar nessa condição pelo resto de sua vida, já que seria um caso incurável.

Ao intervir neste caso, o Ministério Público passou a verificar, mensalmente, a situação de todos os “moradores” do Sanatório Maringá, instaurando o procedimento 85/2006, pelo qual solicitou-se um relatório, elaborado pelos médicos assistentes, contendo as condições clínicas e as condições de alta hospitalar de cada “morador”.

Desde 2006, quando iniciou este trabalho de verificação da clientela de “moradores” do Sanatório Maringá, o Ministério Público constatou 84 pacientes nessas condições. Em julho de 2010, segundo informações do próprio hospital, o número de “moradores” era de 18 pacientes, no entanto, C. faz uma ressalva quanto a esse número, por considerar que alguns “moradores” deixaram a instituição psiquiátrica, porém retornaram em seguida com o tempo de internação zerado e, portanto, não estão inclusos nessa lista.

É importante observar que a atuação do Ministério Público, em algumas situações, ocorreu com a parceria do Conselho de Saúde, que é um órgão que conta com a participação dos cidadãos na formulação e fiscalização das políticas públicas na área da saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2010c).

Nesse movimento estimulado pelo Ministério Público, a Secretaria Municipal de Saúde, orientada pela Portaria nº 002/2008 (Maringá, 2008), criou a Comissão de Desinstitucionalização, já mencionada na segunda seção deste estudo, cujo objetivo é providenciar e acompanhar a saída de pacientes do Sanatório Maringá com histórico de internação superior a um ano.

Apesar das intervenções direcionadas aos “moradores” de hospital psiquiátrico se constituir como um passo no sentido da consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica em Maringá, entendemos a criação de 12 leitos para adolescentes¹⁸, no ano de 2008, custeados pelo Estado do Paraná, como um retrocesso e um passo na contramão da Reforma. Isso porque a extinção dos manicômios como um todo estava prevista para o fim de 2004 (Portaria

¹⁸ No município de Maringá, foram criados 12 leitos para adolescentes do sexo masculino; no Paraná, o total de leitos criados no ano de 2008 foi de 114, segundo informações de Mäder (2010).

n. 251, 2002, 31 de janeiro), e ainda não aconteceu em Maringá e nem no Brasil, haja vista que, na última edição do informativo *Saúde Mental em Dados* (Brasil. Ministério da Saúde, 2010e), constam 208 hospitais psiquiátricos, totalizando 35.426 leitos custeados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, como já mencionamos na página 14 deste estudo.

4.2 As Tentativas de “Voltar para Casa”

O processo de desospitalização dos “moradores” do Sanatório Maringá foi iniciado pelos idosos, já que eles poderiam ser enviados para os asilos para idosos. S. relata esse fato remetendo-se à descrição de dois casos que parecem se repetir no cotidiano do Sanatório Maringá. O primeiro deles refere-se a uma pessoa que foi encaminhada para o asilo de idosos por não ter referência familiar. Já o segundo caso, trata-se de uma mulher que viveu muitos anos internada no Sanatório Maringá e foi transferida para o asilo de idosos. Sua única referência familiar é um filho, também com transtorno mental e “morador” de hospital psiquiátrico, que, por sua vez, foi para um dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs de Maringá. Este caso, em especial, chama a atenção para o fato de tanto mãe quanto filho sofrerem de transtorno mental e ambos estarem institucionalizados.

O processo em que o indivíduo passa de uma instituição para outra é abordado por Rotelli et al. (2001, p. 21) como *transinstitucionalização*. Esse processo seria uma das consequências do fato da desinstitucionalização ser entendida apenas como desospitalização, e a clientela do hospital psiquiátrico, simplesmente, transferida para “(...) casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários “não psiquiátricos”, etc...”.

Além de direcionar as pessoas com transtorno mental do Sanatório Maringá para outras instituições, há casos em que as pessoas, já moradoras de instituições diversas, têm sido encaminhadas ao Sanatório Maringá, lá permanecendo também como “moradoras” por não terem para onde voltar, tal como ocorre no caso de T.

Quando foi internada, T. morava em um abrigo para crianças e adolescentes, por não ter referência de família. T. ainda não voltou para o convívio social, visto que, embora seu estado clínico não justifique mais a internação, por ser maior de idade, não se enquadra nas características da clientela atendida pela instituição onde vivia antes da internação e não poderia voltar para lá. No entanto, como a irmã de T. passou pela mesma situação e foi acolhida novamente pela instituição – vivia lá e fazia o tratamento ambulatorial até a época em que desenvolvemos esta pesquisa –, a Psicóloga por nós entrevistada estabelecia contato com o abrigo na tentativa de que T. pudesse retornar para lá.

Este fato revela que, a partir do momento em que a crise é superada, a responsabilidade do hospital psiquiátrico para com aqueles que não possuem vínculos fora dessa instituição acaba sendo “(...) muito mais de prover suas necessidades de moradia, alimentação ou vestuário do que de promover sua recuperação e alta” (Moreira, 1983, p. 19-20).

Desta forma, um dos motivos pelo qual o hospital justifica tomar para si essas atribuições é a falta de vínculos familiares dos pacientes, fato recorrente nos casos relatados pela Psicóloga. Outro desses casos é o de D., atualmente com idade¹⁹ entre 30 e 40 anos e hospitalizada há nove anos, encontrada por policiais, apresentando confusão mental e em situação de rua. Assim como em outros casos, D. apresenta vários nomes próprios como sendo seu e a equipe do hospital não sabe qual deles é real; além disso, dá diferentes nomes para seus familiares, bem como muda constantemente as afirmações sobre o local de onde veio, como conta S.: “(...) mas ela não tem noção, de quem é, de que cidade, nada disso; cada dia ela fala que é de um lugar; e tudo isso a gente foi checando, mas nunca tivemos retorno porque nem sabemos o nome dela” (Psicóloga).

Segundo Moreira (1983, p. 60), pacientes como estes, em que foi impossível recuperar sua identidade e os vínculos externos, a instituição acaba por exercer sua função custodial, abrigando-os no pavilhão dos crônicos sociais, “(...) a palavra crônico aí funciona muito mais como uma justificativa médica do que como realidade nosológica”. É importante lembrar que tais casos, conforme aponta Furtado (2006), são indicados para habitar os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, particularmente os de tipo II, que contam com cuidadores durante todo o tempo e cujos moradores possuem restrições em seu grau de autonomia.

Além dos casos em que a família não pôde ser identificada, existem aqueles cujas famílias possuem vínculos muito fragilizados, como relata a Assistente Social da Promotoria ao citar mães desaparecidas, familiares na condição de idosos, doentes ou já cuidadores de outro(s) familiar(es) comprometido(s) física e/ou psiquicamente.

Nesse sentido, um dos casos relatados pela Psicóloga refere-se a O., cujo pai o acolhia em casa entre uma internação e outra. No entanto, após o falecimento do pai, ele nunca mais saiu do Sanatório Maringá. Apesar de ter uma irmã, esta não quer acolhê-lo em sua casa e já sugeriu que fosse encaminhado para um Serviço Residencial Terapêutico – SRT. A Psicóloga relata que: “Nós já chamamos para vir conversar, para mostrar o quanto ele está melhorado com a medicação, ele não é agressivo, ele não é nada disso; ele só precisa de atenção; dar comida, levar para passear; mas ela não quer” (Psicóloga).

¹⁹ Alguns pacientes não possuem documentação pessoal, suas origens familiares são desconhecidas, não se sabe se seus nomes são reais e a sua idade também não pode ser dada com precisão.

Outros casos, tais como o de O., de M2 (que só possui a avó), de Ji (cuja família não o quer mais em casa) e de tantos outros, impossibilitados de ter um convívio familiar, trazem para a discussão a necessidade de criação de novos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs – no município de Maringá.

Esses aspectos são considerados pela Assistente Social da Promotoria ao relatar que o Ministério Público, na época em que realizamos esta pesquisa, pretendia entrar com uma ação judicial em prol da criação de novos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs. C. argumenta que, em 2008, o Ministério Público recebeu um documento da Secretaria Estadual de Saúde com os registros do número de “moradores” e de Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs. Esses números demonstravam que considerando os municípios que possuíam Residência Terapêutica implantada, Maringá era a cidade que tinha maior número de “moradores” em hospital psiquiátrico e o menor número de SRTs do Paraná, como podemos visualizar na tabela a seguir.

Tabela 2: Número de “Moradores” de Hospital Psiquiátrico e de Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs – no PARANÁ em 2008

Instituição / Município	Nº de “moradores”	Nº de SRTs
Adauto Botelho / Pinhais	37	00
San Julian / Piraquara	12	00
Sanatório Maringá / Maringá	40	01
Vale do Ivaí / Jandaia	02	00
Clínica de Londrina / Londrina	00	00
Filadélfia / Marechal Cândido Rondon	02	00
Franco da Rocha / Ponta Grossa	00	00
São Marcos / Curitiba	00	05
Cascavel		04
Campina Grande	00	08
Quatro Barras	00	03
Total	93	21

Fonte: Documento fornecido pela Secretaria de Saúde de Estado do Paraná, fornecido ao Ministério Público em 2008²⁰.

²⁰ Em 2011, Maringá-PR conta com dois SRT e há o planejamento de implantar mais um ainda neste ano. Enquanto em 2008 o número de SRTs no Paraná era de 21, em 2010 (Brasil. Ministério da Saúde, 2010e) o número de SRTs implantados era de 22 e havia mais dois em fase de implantação.

Outro caso relatado pelas profissionais, que expressa fragilidade dos vínculos familiares e a necessidade de criação de novos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, diz respeito a uma mulher, com idade entre 30 e 40 anos, com tempo de internação de aproximadamente dez anos e cuja referência familiar é uma irmã. Esta já é responsável pela mãe que possui problemas degenerativos e necessita de cuidados constantes, para os quais a irmã conta com a ajuda de uma cuidadora.

C. contou que já foram feitas algumas propostas em relação a este caso: incluir a paciente na lista de pacientes em potencial para um novo Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o que, a princípio, a paciente não aceitou; ou a irmã recebê-la em casa e contratar um novo cuidador para auxiliá-la nos cuidados com a paciente; no entanto, a irmã se recusa a receber a paciente em casa, quaisquer que sejam as condições. Diante disso, a Psicóloga que entrevistamos nos conta o que já foi feito em relação ao caso, evidenciando, mais uma vez, com esta história, a necessidade de ampliar o número de Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs – em Maringá.

Você não vai colocar a pessoa na rua, aí nós entramos com a promotoria, chamamos essa irmã, essa irmã não quis saber, não foi, falou que é obrigação do Estado, que ela é doente, que o Estado tem que cuidar; mas nós já explicamos que o caso dela está estabilizado, a gente liga, ela desliga o telefone na cara, então, assim, nós ficamos meio sem ter o que fazer, porque nós pedimos o respaldo e ,na verdade, não existe o que tem que fazer, pela legislação o Estado é responsável, porque a família não quer; só que o que vai fazer? Por exemplo, não tem residência feminina, se tivesse, ela seria um caso; tem o projeto, mas por enquanto não tem, e o que a gente faz? A pessoa vai ficando, ficando... (Psicóloga).

De acordo com a Assistente Social que entrevistamos, a responsabilidade de cuidado na família, quando necessária, cabe aos ascendentes e os descendentes, já os irmãos são considerados como colaterais e não teriam a obrigatoriedade de amparar uns aos outros. Porém tanto a Assistente Social quanto a Psicóloga questionam o fato de, mesmo entre aqueles que teriam a obrigação de assumir o cuidado de seu ente, que cuidado seria esse, caso houvesse uma ação que ditasse esta norma e que fosse contrária à vontade do cuidador. Há que se considerar que um longo período de internação reproduz um distanciamento dos vínculos familiares, ou mesmo a falta de um familiar vivo que possa oferecer suporte, tal como viemos demonstrando nas diversas histórias que ilustram esta seção.

S. aponta que muitas famílias, quando avisadas da alta de seu familiar, apresentam grande resistência em recebê-lo em casa, exatamente porque, devido ao longo período de internação, já reorganizaram sua vida sem o paciente, muitas vezes, não lhe restando nem mesmo espaço físico dentro de casa. Seu quarto já foi ocupado, não existindo mais nada dele naquele ambiente.

Segundo Gonçalves & Sena (2001, p. 53), citando Ornellas:

Na verdade, os serviços de saúde, muitas vezes, trabalham com a idéia de uma família idealizada. Este fato é denunciado quando se afirma que: "... as condições da família para ficar com o paciente não são explicitadas. Parte-se, na maioria das vezes, da idéia de que a família, porque é família tem essa condição".

Pereira e Pereira Jr. (2003, p. 94) também apontam a questão da família idealizada, afirmando que os profissionais da saúde concebem a família como "(...) um grupo nuclear imerso numa ampla relação de parentesco que, por sua própria natureza, seria um recurso terapêutico para o doente mental".

Sendo assim, as condições concretas nas quais vivem as famílias, com frequência, não são consideradas pelos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde mental. Os prejuízos de se ter uma noção idealizada de família – considerando um formato único e pronto para acolher seus membros qualquer que seja a dificuldade – tem sido abordado por diversos autores (Corrêa, 1981; Stolcke, 1982; Patto, 1992; Mello, 1992; Silva, 2004), que concluem que a família deve ser pensada como uma instituição que se apresenta de diversas formas e está em constante transformação.

Os dados estatísticos apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE oferecem uma noção dessas transformações em nosso país. Sob o conceito de que a família é o grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto, dados de 1981, apresentados por Ribeiro et al. (2008), apontavam que 65% das unidades domésticas brasileiras eram formadas por famílias nucleares. Atualmente, segundo a *Síntese dos Indicadores Sociais* do ano de 2009, publicados pelo mesmo Instituto (2009a), a família nuclear está presente em 48,2% dos domicílios do país.

Embora tenha aumentado o percentual de famílias cujas configurações diferem do modelo nuclear, isto não significa que se trata de uma "nova família", e sim de outras formas de organização familiar que foram, até então, marginalizadas, visto que o modelo nuclear ainda é considerado por muitos como o modelo ideal ou correto.

É possível identificar, no decorrer da história, momentos em que as famílias são entendidas do ponto de vista de *uma* família. Corrêa (1981, p. 14), ao analisar este fenômeno, indica os riscos de não só no passado, mas no presente estarmos construindo um modelo exclusivo de família, pautado em referenciais que analisam a família sob a perspectiva de uma sociedade estática e pela qual o olhar do pesquisador é moldado, caracterizando um formato familiar hegemônico.

Para Teruya (2000), a abordagem mais adequada ao estudo da família parece ser aquela que considera as mudanças sociais e econômicas e insere a família no contexto das transformações sociais mais amplas. Esta é uma necessidade se considerarmos que não é um tipo único de família e nem mesmo a família idealizada que procuram os serviços de saúde mental. Assim, a forma de abordar tais famílias deve contemplar as múltiplas formas que essa instituição pode apresentar. No que se refere à questão dos “moradores”, uma análise simplista e equivocada do papel familiar pode responsabilizar a família pela longa permanência sem, ao menos, considerar os diversos fatores que influem em tal questão.

S. relata que, além das famílias que não possuem mais vínculos com os seus entes “moradores” do Sanatório Maringá, existem aquelas cuja condição social, não lhes permite acolhê-los em casa.

Agora, tem outros que tem família, que nós estamos tentando, até por essa questão da proposta de voltar para casa e tudo mais, mas é uma luta; o que acontece? Eles não querem; o discurso da família é sempre assim: “olha, eu quero, eu gosto, você acha que eu não quero ficar com ele? Mas eu não posso, eu trabalho, é difícil”. Nós chamamos, passamos toda a orientação, entra em contato com a família e tudo mais, procura saber quais os serviços da cidade, mas é uma luta, eles vêm por ameaça, infelizmente, a maioria é assim, não tem como (...) (Psicóloga).

Barroso et al. (2007) e Franco (2002) afirmam que muitas famílias têm dificuldades financeiras para sobreviver, e que, ao assumirem os cuidados de uma pessoa com transtorno mental, acarreta-lhes não só a sobrecarga subjetiva, mas a sobrecarga financeira. Porém, em estudo realizado pelo último autor, muitas famílias afirmaram que, além de outros benefícios, após seu familiar ser tratado em serviços substitutivos e de base comunitária, os recursos dispensados nesse tipo de tratamento foram inferiores aos que antes utilizavam quando usufruíam apenas dos serviços de hospitais psiquiátricos.

Gonçalves & Sena (2001) apontam fatores como condições financeiras precárias, comportamentos violentos por parte da pessoa com transtorno mental e intolerância familiar e

social como desencadeadores de rejeição à pessoa com transtorno mental e do desejo de que permaneçam internados de forma definitiva.

S. relata que as famílias apresentam muitas desculpas quando são chamadas a buscar seu familiar, como pode ser observado no relato abaixo:

Nós tínhamos um [paciente] aqui, que estava de alta há mais de um ano, (...) E ele é uma pessoa que, realmente, dá muito trabalho, a cidade inteira conhece, porque em uma cidade pequena, todo mundo acaba conhecendo; a irmã trouxe para cá e foi ficando, ficando, até que chegou uma hora que nós dissemos que não dava mais; aí cada dia um adoecia, um dia era a mãe que tinha dengue, outro dia era o padrasto que estava com gripe – H1N1, outro dia era outro, eu sei que eles tiveram tanta doença em um período que a gente pensava, essas pessoas vão morrer, mas a gente sabia que, não que eles não tivessem, porque são bem idosos e tudo mais, só que era muita coincidência; a filha foi para os Estados Unidos, daí eles não podiam ficar com ele, então, foi tudo muito complicado, mas, enfim, acabou que tivemos meio que ameaçar²¹, aí eles vieram; mas foi uma batalha. (Psicóloga).

Além de inventar desculpas, já houve casos em que os familiares deram endereço errado para não receber a pessoa com transtorno mental em casa. Este comportamento é descrito por Moreira (1983) como uma estratégia dos familiares para não receber seu familiar de volta.

Fato similar ocorreu na história de R2 que, ainda bem jovem, saiu de casa após desentendimento com a mãe, indo residir com o avô que veio a falecer e, na mesma época, ele foi morar com uma mulher e surtou. Após este acontecimento, a mulher não quis mais ter nenhum tipo de relacionamento com ele, o avô já havia falecido e a sua mãe não quis recebê-lo. A mãe dele, quando comunicada da internação do filho, forneceu um endereço falso como sendo seu, para evitar ser incomodada quando ele tivesse alta. Por coincidência, um familiar deles foi internado nesse mesmo hospital e, assim, os funcionários conseguiram o endereço real dela, no entanto, ela afirmou que, por ele ter saído de casa tão cedo e há tanto tempo, tiveram pouca convivência e, por isso, não queria conviver com ele, além disso: “(...) ele também não aceita conviver com ela. Então, esse é um caso também que nós estamos vendo se, sei lá, seria um caso de residência, alguma coisa assim” (Psicóloga).

²¹ Segundo a Psicóloga, essa ameaça consiste em dizer aos familiares que, caso eles não venham buscar seu ente, os funcionários do hospital irão levá-lo até a casa da família.

A própria funcionária do Sanatório Maringá reclama do desconhecimento da rede de atenção à saúde mental, reforçando a necessidade de se trabalhar com a família, inclusive na divulgação da rede:

(...) se a família tem conhecimento da rede, das políticas públicas e como ela percebe um tratamento de internação, porque, na verdade, elas chegam pedindo a internação, e quando você fala que não vai ficar internado ou alguma coisa assim, nossa, acabou; para elas é uma tristeza; então eu acho assim, precisa trabalhar essa questão da família, (...) mas quando internam os adolescentes agora, o que acontece? Eu já faço uma entrevista para dar aquela acolhida; e você já percebe que eles não têm noção nenhuma; tem gente que não sabe, por exemplo, que existe CAPSi, não aqui em Maringá, mas às vezes vem de outra cidade que tem esse serviço e eles não sabem, a única coisa que eles sabem é: o paciente fez alguma coisa? Chama o Conselho Tutelar, como se o Conselho Tutelar fosse dar conta de todas as coisas; então, é um desconhecimento (...) (Psicóloga).

Outro aspecto citado por S., além do desconhecimento da rede, é quando ela não existe: “(...) eu não estou dizendo que a família é ruim, em nenhum momento é essa a questão, é que a família não tem... às vezes a cidade não oferece nenhum serviço, não tem nada, então, a família não sabe como trabalhar isso, essas questões...”.

A falta da rede de atenção à saúde mental pode ser considerada como um impasse ao “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico. Em pesquisa realizada para avaliar o perfil da clientela de “moradores” de um determinado hospital, Robaina et al. (2007, p. 132) afirmam que:

O quantitativo de reinternações no período anterior ao atual constitui um dos aspectos que sinalizam a insuficiência da rede de saúde mental para oferecer dispositivos de cuidado que pudessem garantir a manutenção desses pacientes fora do espaço hospitalar – fator apontado pela Organização Mundial da Saúde como um dos determinantes do processo de institucionalização.

Para S., em geral, a dificuldade das famílias em lidar com o transtorno mental é tão grande que acabam apenas reforçando as dificuldades que o transtorno mental traz, sem considerar os ganhos que a pessoa pode vir a apresentar. Soma-se a isto o estranhamento que

a doença causa, fazendo com que qualquer comportamento passe a ser sintomático. Como pode ser observado no caso relatado por S:

(...) mas você não tem noção, eu falei: “qualquer coisa você pode ligar aqui”, não sei porque eu fui falar isso, não imaginei que qualquer coisa seria qualquer coisa mesmo; aí, ela ligava aqui e perguntava se a paciente podia comer peixe, porque “às vezes por causa do remédio não pode...”; aí, eu expliquei que ela podia comer tudo, que ela não tinha problema orgânico, que ela podia ficar tranquila quanto à alimentação dela; perguntava até o que fazer no caso de ela rir, aí, eu disse: “se ela rir e for uma piada você ri também...”; e fui tentando levar (Psicóloga).

Se, por um lado, esse caso expressa a necessidade de apoio para as famílias desenvolverem o cuidado adequado aos seus familiares com transtorno mental, por outro lado, demonstra a dependência que criam em relação ao profissional da saúde.

(...) e ela ligava aqui todo dia, eu expliquei que era só dar o remédio, que alguns comportamentos ela ia ter mesmo, mas que não era a primeira coisa que ela fizesse, que ela ia precisar de uma readaptação, porque também fazia muito tempo que ela estava longe de casa, pedi para ela procurar o Programa Saúde da Família, porque é um município super pequeno, pedi ajuda do pessoal da saúde, passei todas as informações, para ir lá, motivar, falei um pouco da doença dela e tudo mais (Psicóloga).

Para Amarante e Guljor (2010), após deixar o hospital, o paciente necessita de um acompanhamento contínuo, pautado na mediação e não na tutela e por intermédio da criação de recursos no território onde ele vive. Nesse sentido, consideramos que a atuação da equipe do Programa Saúde da Família – PSF²² – deve contribuir para o monitoramento do quadro da pessoa com transtorno mental, bem como para fornecer esclarecimentos quanto às dúvidas, mitos e preconceitos que a família pode ter.

No caso que descrevemos, na ausência do auxílio do Programa Saúde da Família, a irmã da paciente recorria à psicóloga para sanar suas dúvidas:

²² O Programa Saúde da Família – PSF – é formado por uma equipe composta por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Implantado no Brasil desde 1994, seu objetivo é reorientar a prática médica, através de uma equipe responsável pelo acompanhamento de um número de famílias, localizadas em uma área geográfica limitada, com vistas à manutenção da saúde de seus membros (Brasil. Ministério da Saúde, 2008).

Cada dia ela tinha uma dúvida... (...) eu expliquei que ela tinha ficado um tempo aqui, que tinha algumas limitações, mas que não era para tanto; mas você vê assim que ela não sabia mesmo lidar com a paciente, que ela ficava em pânico. Agora, já faz um tempo, estou até preocupada, não sei se ela se adaptou à realidade... e como ela não vai poder voltar, porque agora a família dela é de outra regional (Psicóloga).

Além do amparo da rede de atenção à saúde mental, Amarante e Guljor (2010, p. 73) defendem que o retorno da pessoa com transtorno mental ao convívio social “(...) implica o estabelecimento de um diálogo com a sociedade que possibilite a transformação do valor social desses sujeitos como ponto de partida para a construção de uma **rede de relações e suporte**” (grifo nosso).

Entre tantas histórias de tentativas de “voltar para casa”, emperradas por critérios que vão além do transtorno mental e dos critérios médicos, encontramos um caso com “final feliz”. Trata-se de uma paciente, órfã, com quatro anos de internação, cuja alta foi negada pela médica assistente devido ao fato de, caso saísse do hospital, a paciente correria o risco de usar maconha e transar. A Assistente Social que acompanhou o processo de “voltar para casa” dessa “moradora”, argumentou que o uso de drogas e a prática de relações sexuais eram questões sociais e não psiquiátricas. Esta paciente voltou para seu município de origem, onde frequenta o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS o dia todo, mora em uma casa alugada com seu próprio dinheiro e nunca mais voltou a ser internada no Sanatório.

Lobosque (2010, p. 256; 275) afirma que os serviços substitutivos possibilitaram a quebra de muitos mitos de periculosidade e incapacidade que acompanhavam e, em alguns contextos, ainda acompanham a pessoa com transtorno mental. A autora afirma: “Contra-pondo-se à árida esterilidade do hospital psiquiátrico, os serviços substitutivos mostraram desde o início um admirável poder de criação, ao lado de uma inegável resolutividade”.

O caso de W. pode ser entendido como um caso exitoso ou de “final feliz” também. Ele viveu vinte anos de internação, recebia visitas somente do pai, já falecido, indo para casa apenas em alguns fins de semana, quando acontecia dele ficar escondido no quarto para não ser visto pelas visitas que a família recebia. Isto ocorria porque a família tinha um discurso de que o paciente estava vivendo fora do país e não internado.

Com toda essa dificuldade em relação ao transtorno mental de W., a família negava-se a recebê-lo em casa; seu irmão e sua mãe eram unânimes em dizer que não iriam cuidar dele e

que era melhor ele viver no Sanatório Maringá. Após várias intervenções tanto do Serviço Social da Promotoria quanto do setor de Psicologia do Sanatório Maringá, o irmão o levou para casa e ele nunca mais voltou a ser internado. No momento em que realizamos a pesquisa, ele frequentava o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Em uma das crises que teve, ele foi atendido na Emergência Psiquiátrica e, logo que teve o quadro estabilizado, voltou para casa.

Para finalizar, gostaríamos de deixar claro que, entre tantas tentativas, concretizadas ou não, de “voltar para casa”, entendemos que, ao usarmos a expressão “final feliz”, não o fazemos como nos contos de fada, nos quais, uma vez atingido um objetivo, nada mais ocorre, as coisas permanecem estáticas. Pelo contrário, usamos esta expressão justamente para demarcar o fim de uma história de vida de reclusão e de longas e repetidas internações, na qual a saída do hospital representa sim uma vitória. É o final apenas para essa história e o início de outra, repleta de desafios, em que o maior deles é fazer da saída do hospital psiquiátrico um processo de desinstitucionalização de fato.



FIGURA 05: *Seminário Nacional Psicologia e Mobilidade: o espaço público como direito de todos*

Fonte: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

Agora, se imaginais que o alienista ficou radiante ao ver sair o último hóspede da Casa Verde, mostrais com isso que ainda não conheceis o nosso homem. Plus ultra! Era a sua divisa. Não lhe bastava ter descoberto a teoria verdadeira da loucura; não o contentava ter estabelecido em Itaguaí o reinado da razão. Plus ultra! Não ficou alegre, ficou preocupado, cogitativo; alguma coisa lhe dizia que a teoria nova tinha, em si mesma, outra e novíssima teoria.

(Machado de Assis, 1882, p. 86).

DESVELANDO OS INTERTÍCIOS...

No meio do caminho

*No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.*

*Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.*

(Andrade, 2002, p. 16).

Este estudo foi iniciado com o objetivo de compreender como se dá o “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico e, após o caminho percorrido: entrevistas realizadas, histórias reconstruídas, análises elaboradas, chega o difícil momento de finalizar esta dissertação. Temos a firme convicção de que, ao fazê-lo, não significa encerrar as discussões ora iniciadas, aliás, mais do que respostas, quiçá possamos fomentar o debate.

O “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico não é um assunto recorrente na literatura, mesmo entre a literatura específica da área de saúde mental. Um estudo como o que aqui empreendemos, de natureza exploratória, talvez possa lançar algumas constatações e trazer indícios de como está ocorrendo esse “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, iniciamos nossas considerações finais lembrando o poeta Carlos Drummond de Andrade, porque, assim como em seu poema, entendemos que, entre o hospital psiquiátrico e o “voltar para casa” do “morador”, encontramos algumas “pedras” em seu caminho.

Parece-nos que uma dessas grandes “pedras” seja a dificuldade de concretizar a implantação e implementação de uma rede de atenção à saúde mental. Como constatamos de forma recorrente em todas as histórias apresentadas neste estudo, internação psiquiátrica foi o único recurso encontrado no momento de aparecimento dos sintomas do transtorno mental. Mesmo entre aqueles que se tornaram “moradores” de hospital psiquiátrico na última década, quando os direitos da pessoa com transtorno mental e o tratamento em comunidade já estavam

previstos pela Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, o recurso encontrado nos momentos de crise foi o velho e conhecido hospital psiquiátrico.

Desse modo, sem a consolidação da rede de atenção à saúde mental, implantada e em funcionamento 24 horas, é praticamente impossível não recorrer ao hospital psiquiátrico, visto que o surgimento do transtorno mental não espera que aconteça a efetivação da rede. Com isso, o hospital psiquiátrico e sua tradição em segregar socialmente a pessoa com transtorno mental configuram-se como mais uma “pedra” no caminho do “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico.

A constatação de que o retorno do “morador” de hospital psiquiátrico vem ocorrendo, no município de Maringá, por iniciativa do Ministério Público em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, por um lado, demonstra a existência de mais algumas “pedras” no caminho do “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico, porque, se é necessário intervenção desses órgãos, é porque algo está emperrando o processo. Por outro lado, demonstra que a atuação desses órgãos permite que algumas dessas “pedras” sejam removidas do caminho e, assim, o “morador” de hospital psiquiátrico deixe esta condição.

Devido à retirada dessas “pedras”, outras acabam sendo descobertas ou, ainda, são quebradas em tantas outras “pedrinhas”, que exigem novas intervenções. Ante a atuação do Ministério Público e do Conselho Municipal de Saúde que culminou na desospitalização de alguns “moradores” do Sanatório Maringá, uma nova situação passou a fazer parte das questões que permeiam seu “voltar para casa”: alguns “moradores”, após anos de internação, foram desospitalizados durante um ou dois dias e, em seguida, reinternados. No entanto, ao voltar para a instituição psiquiátrica, seu tempo de internação foi zerado, não sendo contado mais como um “morador”, embora, se observarmos com cuidado, ele sequer deixou de sê-lo, já que sair do hospital por pouco tempo não garante a desinstitucionalização propriamente dita.

Neste sentido, reiteramos que “voltar para casa” não é simplesmente sair do hospital psiquiátrico, por vezes, a institucionalização se mantém sob outras formas. As mentiras, por exemplo, contadas aos pacientes sobre fatos importantes para eles (como A. que é aposentado e não sabe, ou mesmo C. que não sabe que o ex-marido é falecido) talvez possam ser consideradas formas de manter essas pessoas alheias do mundo que as cerca, mesmo morando fora do hospital. Ou, então, uma vida privada de liberdade e de contatos sociais, como no caso de A., pode ser considerada uma institucionalização da mesma espécie da hospitalar, mas em novo estilo: doméstica.

Mesmo reconhecendo que sair do hospital psiquiátrico não implica a retirada de todas as “pedras” do caminho, queremos reafirmar que o atendimento na comunidade e a proposta de rede de atenção à saúde mental, de longe, são uma opção melhor que a segregação em uma instituição de caráter totalitário.

Alguns dos profissionais que faziam parte da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, já no início do século XX, observavam que o atendimento, quando não se valia do isolamento, era melhor, mais eficaz e mais econômico. Eles prezavam por esse atendimento quando ainda nem usufruíam dos psicotrópicos, que hoje garantem melhor controle dos sintomas advindos dos transtornos mentais, tornando ainda mais viável a proposta de tratar, sem isolar.

Tantas décadas se passaram, mesmo assim, este estudo mostrou que ainda existem pessoas vivendo como “moradoras” de hospital psiquiátrico. E até algumas daquelas que deixaram essa instituição não usufruem efetivamente de um trabalho em rede e nem têm suas relações sociais em circulação, repetindo, deste modo, nos serviços, na sociedade e na vida em comunidade, a lógica manicomial.

A atual legislação de saúde mental, prevista pela Política Nacional de Saúde Mental, pode ser entendida como a retirada de mais uma “pedra” do caminho do “voltar para casa” do “morador” de hospital psiquiátrico. Sabemos, todavia, que, apesar dos avanços, a atenção em saúde mental ainda está sendo construída e que algumas questões seguem sem resposta.

Diante do panorama de tantos impasses e desafios exposto neste estudo, só nos resta retomar mais uma vez o ilustre poeta Carlos Drummond de Andrade que questiona: “E agora, José?”, convictos de que a luta em favor da implantação e implementação da rede de atenção à saúde mental não pode morrer, deve continuar firme, assim como *José* que, apesar de tudo: “(...) não morre, você é duro, José!”.

De sua dureza mesmo depois que “tudo fugiu e tudo mofou”, é preciso lembrar que um “José” sozinho não é capaz de retirar tantas “pedras” do caminho, serão necessários tantos outros “Josés”, quantos possíveis para tal...

Somado ao grande avanço proporcionado pela legislação em saúde mental, que pelo menos *no papel* garante um atendimento sem segregação, é necessária a ousadia e a intervenção de todos esses “Josés” para que façam daquilo que está no papel uma concretude e chamem a sociedade para o enfrentamento da loucura que é produzida em seu meio (Então, porque haveria de ser tratada fora dela?). Do contrário, correremos o risco de, assim como “José”, marcharmos sem saber para onde.

Temos clareza que, mesmo retirando “pedras” do caminho, tantas quantas forem possíveis, novas “pedras” surgirão, o que vai exigir um constante questionamento, sempre retomando a questão: “e agora, José?”, de modo a reavaliar a nossa prática e preparar-se para outros enfrentamentos a cada novo desafio.

JOSÉ

*E agora, José?
A festa acabou,
a luz apagou,
o povo sumiu,
a noite esfriou,
e agora, José?
e agora, você?
você que é sem nome,
que zomba dos outros,
você que faz versos,
que ama, protesta?
e agora, José?*

(...)

*Se você gritasse,
se você gemesse,
se você tocasse
a valsa vienense,
se você dormisse,
se você cansasse,
se você morresse...
**Mas você não morre,
você é duro, José!***

*Sozinho no escuro
qual bicho-do-mato,
sem teogonia,
sem parede nua
para se encostar,
sem cavalo preto
que fuja a galope,
você marcha, José!
José, para onde?*

(Andrade, 2002, p. 106-107).

REFERÊNCIAS

- Abrão, J. (2002). *Pesquisa & história*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Alcântara, A. de O. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas, SP: Alínea.
- Amado, J. & Ferreira, M. de M. (Eds.) (1998). *Usos & abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Amarante, P. D. de C. & Guljor, A. P. (2010). Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In R. Pinheiro & R. A. MATTOS (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (2a ed., pp. 67-78). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO.
- Amarante, P. D. de C. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. de C. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Amarante, P. D. de C. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. de C. (1994). Asilos, alienados, alienistas: Uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In P. D. de C. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 73-84). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, M. M. de (2007). *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação* (8a ed.). São Paulo: Atlas.
- Andrade, C. D. de (1930). No meio do caminho. In C. D. de Andrade (2002). *Carlos Drummond de Andrade: Poesia completa* (p. 16). Rio de Janeiro: Nova Aguilar.
- Andrade, C. D. de (1942). José. In C. D. de Andrade (2002). *Carlos Drummond de Andrade: Poesia completa* (pp. 106-107). Rio de Janeiro: Nova Aguilar.
- Assis, J. M. M. de (1882). *O alienista*. In J. M. M. de Assis (1991). *Machado de Assis: seus 30 melhores contos* (4a ed., pp. 41-90). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Azevedo, A. de (1994). Saudades. In A. de Azevedo. *Lira dos vinte anos* (p. 32). São Paulo: FTD.
- Bandeira, M. (1986). Andorinha. In M. Bandeira (Org.). *Antologia poética* (17a ed., p. 76). Rio de Janeiro: José Olympio.
- Bandeira, M. (1986). Pneumotórax. In M. Bandeira (Org.). *Antologia poética* (17a ed., pp. 62-63). Rio de Janeiro: José Olympio.
- Barros, S., & Bichaff, R. (Orgs.) (2008). Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo/ Fundação do Desenvolvimento Administrativo – Fundap. *Desafios para a*

- desinstitucionalização: Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo*. Recuperado em 30 junho, 2009, de http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_mental/censo_psicossocial.pdf.
- Barroso, S. M., Bandeira, M. & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (6). Recuperado em 1 julho, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000600003&script=sci_arttext.
- Boarini, M. L. (2006). *A loucura no leito de Procasto*. Maringá: Dental Press.
- Boarini, M. L. (2000). O psicólogo e a desinstitucionalização. In M. L. BOARINI (Org.). *Desafios na atenção à saúde mental* (pp. 65-77). Maringá: Eduem.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. (2010). *Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS ao idoso e à pessoa com deficiência*. Recuperado em 13 julho, 2010, de <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010a). *Saúde mental passo a passo*. Recuperado em 21 outubro, 2010, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010b). *De volta para casa: De volta para casa já atinge 537 municípios e tem mais de 3.500 beneficiados*. Recuperado em 30 março, 2010, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29814&janela=1.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010c). *Participação e controle social*. Recuperado em 13 dezembro, 2010, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1036.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010d). *Saúde Mental: novos cenários, novas imagens. Mostra Virtual do Programa de Volta para Casa*. Recuperado em 7 agosto, 2010, de <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/index.html>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010e). *Saúde Mental em Dados*, v.5, n.7. Informativo Eletrônico. Recuperado em 17 julho, 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Programa Saúde da Família*. Recuperado em 7 agosto, 2008, de <http://portal.saude.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF. Recuperado em 22 abril, 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Legislação em saúde mental: 1990-2004* (5a ed. ampl.). Brasília, DF. Recuperado em 18 dezembro, 2009, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Manual do programa “De volta para casa”*. Brasília, DF. Recuperado em 22 abril, 2009, de <http://pvc.datasus.gov.br/capacitacaoPVC.asp?pf=0>.
- Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: CNS/ Ministério da Saúde.
- Caldas, M. (1930a). O Congresso de hygiene mental e a eugenia. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro. Ano III, n. 2.
- Caldas, M. (1930b). A hygiene mental no Brasil. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro. Ano III, n. 3.
- Cartilha (2004). *Conversando com o Ministério Público: o Ministério Público e a Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- Cervo, A. L., & Brevian, P. A. (1996). *Metodologia científica* (4ª ed.). São Paulo: Makron Books.
- Colasanti, M. (1972). *Eu sei, mas não devia*. Recuperado em 15 janeiro, 2011, de http://www.releituras.com/mcolasanti_eusei.asp.
- Colvero, L. de A., Ide, C. A. C. & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38 (2). Recuperado em 1 julho, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2010). *Psicologia e Mobilidade: o espaço público como direito de todos*. Recuperado em 31 janeiro, 2011, de http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/Seminario_Educacao.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). *Seminário Nacional Psicologia e Mobilidade: o espaço público como direito de todos*. São Paulo, 22 a 24 outubro (Folder).
- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD (2010). *Mais de 6 mil pacientes moram em hospitais*. Gazeta Mercantil, Editoria Brasil. Recuperado em 4 março, 2010, de http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=102581.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 5 outubro). Brasília, DF, Senado. Recuperado em 22 julho, 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

- Corrêa, M. (1981). Repensando a família patriarcal brasileira. *Cadernos de Pesquisa: Revista de Estudos e Pesquisas em Educação*, 37, p. 5-16.
- Costa, J. F. (2007). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* (5a ed. rev.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Fassheber, V. B., & Vidal, C. E. (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (2). Recuperado em 3 março, 2010, de http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200003&lng=pt&nrm=.
- Ferreira, F. A. (2008). *MPF pede que seja implantada rede extra-hospitalar na cidade de São Paulo*. Recuperado em 20 março, 2010, de <http://www.jusbrasil.com.br/noticias/17746/mpf-pede-que-seja-implantada-rede-extra-hospitalar-na-cidade-de-sao-paulo>.
- Figueiredo, A. C. & Frare, A. P. (2008). A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (1). Recuperado em 21 julho, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100008.
- Fonseca, S. G. (1997). *Ser professor no Brasil: História oral de vida* (Coleção Magistério: Formação e trabalho pedagógico). São Paulo: Papyrus.
- Franco, R. F. (2002). *A experiência de familiares nos cuidados e na convivência com portadores de transtorno mentais no contexto da reforma psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Freitas, S. M. (1992). Prefácio à edição brasileira. In P. Thompson. *A voz do passado: História oral* (L. L. de Oliveira, Trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3). Recuperado em 15 fevereiro, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026.
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos* (8a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Gomes, M. P. C., Couto, M. C. V., Pepe, V. L. E., Almeida, L. M., Delgado, P. G. G., & Coutinho, E. da S. F. (2002). Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6). Recuperado em 17 junho, 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600037&lng=en&nrm=iso&tlng=PT.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9 (2). Recuperado em 21 outubro, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>.

- Gonçalves, S., Fagundes, P., Lovisi, G., & Lima, L. A. (2001). Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1). Recuperado em 17 junho, 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=PT.
- Hirdes, A., & Navarini, V. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 17 (4). Recuperado em 19 julho, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400008.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009a). *SIS 2009: em dez anos, cai de 32,4% para 22,6% o percentual de famílias vivendo com até meio salário mínimo per capita*. Recuperado em 28 abril, 2010, de http://ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476&id_pagina=1.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009b). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2009. Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica*, 26. Recuperado em 20 julho, 2010, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/inteseindicsoais2009/indic_sociais2009.pdf.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006). *Síntese dos Indicadores Sociais 2006: IBGE detecta mudanças na família brasileira*. Recuperado em 14 julho, 2009, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774.
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES (2009). *Perfil do município de Maringá*. Recuperado em 20 junho, 2009, de http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=87000&btOk=ok.
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES (2010). *Caderno Estatístico Município de Jardim Alegre*. Recuperado em 1 agosto, 2010, de <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=86860&btOk=ok>.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2009). *Fundamentos de metodologia científica* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Leal, E. M., & Delgado, P. M. G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In R. PINHEIRO, A. P. GULJOR, A. G. Silva Junior & R. A. Mattos (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp. 137-154). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO.
- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003*. (2003, 31 de julho). Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 20 março, 2010, de <http://www.leidireto.com.br/lei-10708.html>.

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.* (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 20 junho, 2009, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Lispector, C. (1984). *A descoberta do mundo: Crônicas*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Lobo, M. C. C. de A. (2004). *Serviços residenciais terapêuticos no estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico inicial*. Dissertação de mestrado profissionalizante, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Rio de Janeiro.
- Lobosque, A. M. (2010). Nem a fuga da teoria, nem o medo da invenção. In F. B. Campos & A. Lancetti (Orgs.). *Saúde Loucura 9: Experiências da reforma psiquiátrica* (pp. 255-272). São Paulo: Hucitec.
- Lopes, E. (1932). As secções de estudos. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro. Ano V, n. 2.
- Lopes, E. (1930). Resenhas e analyses: assistencia familiar de alienados. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro. Ano III, n. 7.
- Lüdke, M., & André, M. E. D. A (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Marx, K., & Engels, F. (n.d.). Do socialismo utópico ao socialismo científico. In K. Marx & F. Engels. *Obras escolhidas* (v. 2). São Paulo: Alfa-Omega.
- Machado, F. R. S., Pinheiro, R. & Guizardi, F. L. (2010). Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (2a ed., pp. 49-65.). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO.
- Machado, V., Manço, A. R. X. & Santos, M. A. (2005). A recusa à desospitalização psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (5). Recuperado em 15 setembro, 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/20.pdf>.
- Mäder, B. J. (2010). O fenômeno do crack. *Contato, Conselho Regional de Psicologia do Paraná*, Ano 12 (70), 17.
- Mello, S. L. (1992). Classes populares, família e preconceito. *Psicologia (USP)*, 3 (1/2), 123-130.
- Minayo, M. C. de S. (2007). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In M. C. de S. Minayo, S. F. Deslandes & R. Gomes (Orgs.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (26a ed., pp. 61-77). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moreira, D. (1983). *Psiquiatria: controle e repressão social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Moreno, V., & Alencastre, M. B. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Revista Escola de Enfermagem – USP*, 37 (2). Recuperado em 31 março, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06.pdf>.
- Moraes, V. de (1938). Soneto de separação. In V. de Moraes (1991). *Livro de sonetos* (p. 23). São Paulo: Companhia das Letras.
- Pasquale, E. (2000). Gestão da psiquiatria na comunidade. *UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde*, 2 (1). Recuperado em 13 dezembro, 2010, de <http://www12.unoparvirtual.com.br/unopar/pesquisa/rcArtigos.action>
- Passos, J. (1913). *Da escravização da mulher pelo industrialismo e do conseqüente malefício para a espécie*. Dissertação Cadeira de Higiene, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Patto, M. H. S. (1992). A família pobre e a escola pública: Anotações sobre um desencontro. *Psicologia (USP)*, 3 (1/2), 107-122.
- Pereira, V. P., & Borenstein, M. S. (2004). Iluminando as vivências de mulheres portadoras de transtornos psíquicos e moradoras de uma residência terapêutica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13 (4). Recuperado em 12 março, 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413404.pdf>.
- Pereira, M. A. O., & Pereira JR., A. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pelas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem (USP)*, 37 (4). Recuperado em 9 dezembro, 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11.pdf>.
- Pessoa, F. (1931). Poesias inéditas (1930-1935). In F. Pessoa (1956). *Obras completas de Fernando Pessoa VII*. Lisboa: Ática.
- Pinheiro, R., Guljor, A. P., Silva Junior, A. G., & Mattos, R. A. (2007). Desinstitucionalização em saúde mental: uma proposta avaliativa da relação entre demanda, oferta e necessidade. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. G. Silva Junior & R. A. Mattos (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp. 6-9). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO.
- Portaria nº002/2008. Institui Comissão de Desinstitucionalização. (2008) Maringá: Secretaria Municipal de Saúde.*
- Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. (2002, 31 de janeiro). Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Recuperado em 4 outubro, 2010, de <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4124.html>.*
- Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. (2000, 11 de fevereiro). Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 junho, 2009, de <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5985.html>.*

- Prazeres, H. dos. (1962). *Morro São Carlos, 1962*. Pintura óleo/tela 50 X 100cm. Recuperado em 23 dezembro, 2010, de <http://www.evandrocarneiroleiloes.com/109485?artistId=88144>.
- Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In S. de A. Tundis & N. do R. Costa (Orgs.). *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. (7a ed., pp. 15-74). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rezende, G. (1929). Patronato dos egressos dos manicômios. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Anno II, n. 2.
- Ribeiro, R. M., Sabóia, A. L., Branco, H. C. & Bregman, S. (2008). Família brasileira em dados. In S. M. Kaloustian (Org.). *Família brasileira a base de tudo*. (8a ed., pp. 133-183). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF.
- Ribeiro, P. R. M. (2003). A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação. In M. L. Boarini (Org.). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá, PR: Eduem.
- Robaina, J. R., Guljor, A. P., & Pinheiro, R. (2007). Moradores, internos, clientela de longa permanência? Aspectos socioclínicos da clientela na relação entre demanda e oferta na desinstitucionalização em hospital psiquiátrico. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. G. Silva Junior & R. A. MATTOS (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp. 115-134). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Santos Júnior, H. P. O., Silveira, M. F. A. & Oliveira, C. C. (2009). Além dos muros manicomiais: conhecendo a dinâmica das residências terapêuticas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (2). Recuperado em 15 julho, 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200003.
- Segal, L. (1919). *No manicômio*, 1919 (1920). Ponta-seca (matriz de zinco) 21,5 x 27,5 cm. In *A gravura de Lasar Segall*. (p. 46) São Paulo: Museu Lasar Segall; Brasília, DF: Ministério da Cultura / SPHN / Fundação Nacional Pró-Memória, 1988.
- Santos, A. C. S. (1931). *Da clinica psiquiatrica e do ambulatorio de hygiene mental*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo.
- Silva, G. L. R. da (2004). *Literatura, psicologia e educação: Reflexões históricas sobre situações familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.
- Singly, F. de (2007). *Sociologia da família contemporânea*. (2a ed., C. E. Peixoto, Trad.). Rio de Janeiro: FGV.
- Souza, R. C., Pereira, M. A. O., & Scatena, M. C. M. (2002). Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des) encontram. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 23

(2). Recuperado em 28 julho, 2010, de
<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4449/2374>

- Stolcke, V. (1982). A família que não é sagrada: Sistemas de trabalho e estrutura familiar – o caso de das fazendas de café em São Paulo. In M. S. K. Almeida et al. *Colcha de retalhos: Estudos sobre a família no Brasil* (pp. 39-91). São Paulo: Brasiliense.
- Teruya, M. T. (2000). A família na historiografia brasileira, bases e perspectivas teóricas. In *Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 12, Caxambu, MG. Recuperado em 23 de maio, 2010, de
<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/A%20Fam%C3%ADlia%20na%20Historiografia%20Brasileira....pdf>.
- Thompson, P. (1992). *A voz do passado: História oral* (L. L. de Oliveira, Trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Vechia, M. D., & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)* 11 (2), 159-168. Recuperado em 20 julho, 2010, de
<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a05v11n2.pdf>.

ANEXOS

Anexo A: Parecer do Comitê de Ética



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0039.0.093.000-10

PARECER Nº. 285/2010

Pesquisador (a) Responsável: Maria Lucia Boarini	
Centro/Departamento: CCH/ Departamento de Psicologia	
Título do projeto: Voltar para Casa: a família e a pessoa com transtorno mental.	
Considerações: <p>O projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, tem como objetivo geral estudar o fenômeno da não-aceitação da pessoa com transtorno mental pela família após alta hospitalar.</p> <p>A metodologia prevê realização de pesquisa qualitativa com os familiares dos beneficiários do PVC (Programa de Volta para Casa), cadastrados em Maringá. O município tem seis beneficiários do Programa, são moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Serão entrevistados, a princípio, seis familiares e a posteriori, 12 pessoas. Inicialmente serão utilizadas as informações contidas no cadastro dessas pessoas no PVC, junto à coordenação municipal do Programa. Após a identificação dos familiares, a pesquisadora entrará em contato com estes, convidando-os a participarem da pesquisa. As entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente.</p> <p>Apresenta um orçamento de RS 210,00, que será custeado pela pesquisadora responsável. Apresenta cronograma de execução de janeiro de 2010 a dezembro de 2010. Em submissão inicial a este comitê, o projeto restou pendente para que fosse reformulado o TCLE e apresentadas as autorizações das instituições envolvidas. Em resposta as referidas pendências, a pesquisadora procede as correções e adequações solicitadas.</p> <p>Parecer: Face ao exposto, somos de parecer pela aprovação do projeto na forma em que ora se apresenta.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 11/6/2010 .	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: Dezembro de 2010.	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 196ª reunião do COPEP em 11/6/2010.	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br

Anexo B: Autorização da Secretaria Municipal de Saúde



Ofício nº932/2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Centro de Formação e Capacitação
Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Maringá, 07 de maio de 2010.

Senhora Coordenadora

Informamos que foi autorizada a realização da pesquisa:
“Voltar para casa: a família e a pessoa com transtorno mental” a ser realizada no
CISAM desta Secretaria Municipal da Saúde.

Solicitamos entrar em contato com o referido setor com
antecedência a fim de agendar horário para a pesquisa.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente


Nelly Lopes de Moraes Gil
Coordenadora CECAPS

Ilma. Professora
Maria Lúcia Boarini
Coordenadora do projeto de pesquisa
Universidade Estadual de Maringá UEM

Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada *Voltar para casa: a família e a pessoa com transtorno mental*, que faz parte do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e é orientada pela Prof. Dra. Maria Lucia Boarini da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é estudar o fenômeno da não-aceitação da pessoa com transtorno mental pela família, após alta hospitalar.

Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: uma vez concordando em participar, faremos uma entrevista na qual seu papel será responder a questões que envolvem o histórico da doença e do atendimento dado ao seu familiar portador de transtorno mental, bem como a situação atual do mesmo, no que se refere à sua saúde mental.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa ou a seu familiar.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As entrevistas serão gravadas em MP3 e deletadas após transcrição. A transcrição das respostas será feita, porém os dados que possam identificá-lo serão omitidos (como seu nome ou algum outro dado que venha a ser mencionado espontaneamente – como local que mora, etc).

Os benefícios esperados são: 1) Contribuir para os estudos em saúde mental, principalmente no que se refere às longas internações nos hospitais psiquiátricos. 2) Colaborar para a melhora no atendimento ao portador de transtorno mental e sua família.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,..... (nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Profª Dra. Maria Lucia Boarini (nome do pesquisador responsável).

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,.....(nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Maria Lucia Boarini

Endereço: Avenida Colombo nº 3690, Bloco 118, sala: 02, Maringá, Paraná.

Telefone: 3011- 4291

E-mail: mlboarini@uol.com.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

APÊNDICES:

Apêndice A: Entrevista 01 (Mãe de A.)

Apêndice B: Entrevista 02 (Filha de C.)

Apêndice C: Entrevista 03a (Pai e Madrasta de E.)

Apêndice D: Entrevista 03b (Ex-esposa de E.)

Apêndice E: Entrevista 04 (Irmão e Cunhada de R.)

Apêndice F: Entrevista 05 (Assistente Social da 14ª Promotoria de Justiça da Comarca de
Maringá: Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador)

Apêndice G: Entrevista 06 (Psicóloga do Sanatório Maringá)

APÊNDICE A
ENTREVISTA 01

Usuário: A.

Entrevistada: A. – mãe

A pedido da mãe de A., a entrevista foi realizada na unidade básica de saúde próxima à sua casa, já que segundo ela, seu filho tem muito medo de ser internado novamente e por isso, costuma ficar nervoso quando recebe visitas de pessoas estranhas, pois pensa que estão querendo interná-lo novamente. Ao chegar na unidade básica de saúde, dona A. pareceu bastante desconfiada, teve dificuldade de entender os objetivos do trabalho, bem como sua participação; a entrevistadora enfatizou que sua participação era voluntária e que se ela não quisesse participar não haveria problema. Ela aceitou ser entrevistada, mas mesmo depois de mostrar o R.A. (Registro Acadêmico) e o termo de consentimento livre e esclarecido, ela continuou desconfiada e preferiu chamar a ACS (Agente Comunitário de Saúde) que faz a cobertura de PSF de sua casa, para certificar o que a entrevistadora estava dizendo; como a ACS não estava na unidade a recepcionista foi até lá, leu o termo novamente para ela, explicou que era uma pesquisa, que não precisava ter medo e diante da recepcionista a entrevistadora falou que a participação era voluntária e que não haveria problema nenhum se ela não quisesse responder às perguntas e, que se respondesse, seus dados, como nome e endereço, não seriam divulgados. Após a fala da recepcionista ela disse que participaria sim, mas que queria se certificar do que era, porque “hoje em dia...”. Mais tarde, durante a entrevista a ACS que ela procurava chegou e, já avisada pela recepcionista, reafirmou os objetivos da pesquisa e disse que ela poderia ficar tranquila. A assinatura do termo foi feita no final, após o término da entrevista.

Depois de todos os esclarecimentos, deu-se início à entrevista.

Eu gostaria de saber a história do A., sobre como começou a doença, sobre os tratamentos buscados, entre outras coisas; você me conta a história dele e se faltar alguma coisa eu vou perguntando, ok?

O problema começou quando ele tinha 10 anos, ele ficou internado em vários lugares, aí eu pensei: “Ah, meu Deus, o Senhor podia preparar um médico, assim, que ele ficasse bom e ficasse comigo, porque eu não agüento mais; gente, eu não agüento mais, eu estou sofrendo demais, eu vou para esse Sanatório e volto, eu vou para esse Sanatório e volto, eu vou para Bauru e volto, eu vou para Jandaia e volto...”. Porque aqui ele ficou quase cinco anos; “Eu não sou mais nova”, eu pensei, “Eu estou cansada”; e eu pedi mesmo, implorei por ele, chorando, porque eu estava quase entrando em depressão também, por ele; aí apareceu essa Dra. L., nova, e ela fez os exames tudo dele lá e falou: “Dona A., dá para a senhora comprar esses medicamentos para ele?”; eu falei: “Olha, se não der, eu cato latinha, de qualquer jeito, mas eu vou comprar esse medicamento para ele”. Agora eu consegui pegar esse medicamento, lá no... Pelo estado mesmo, onde eles mandam para Curitiba as folhas, e hoje eu fui lá buscar o medicamento dele. Mas ele está bom. Ele está bom... Não assim bom, mas ele está quietinho, ele come, ele dorme, ele toma banho, faz a barba; ele engordou, você olha nele, parece que ele está bem normal; e foi essa médica nova, porque os estudos, agora eles estão aprofundando, tem coisa nova; tem coisa nova nos estudos agora, os antigos já foram já. Agora estão descobrindo uma área que antigamente eles pegavam, agora estão descobrindo. E é um medicamento que ele toma e dorme a noite inteira, tão sossegadinho; levanta e já vai

tomar banho; e quietinho, levanta, lava o rosto, escova os dentes, troca, toma banho, troca, fica limpinho, não dá um pingão de trabalho, é uma companhia para mim.

E como começou o problema?

Então, ele tinha dez anos; nós morávamos em uma chácara, e nessa chácara... faz quarenta e cinco anos que nós moramos aqui em Maringá; e nesse chácara, nós plantávamos soja, era ali perto da avenida T., nós tínhamos chácara ali, antigamente; e nós tínhamos, que nem uma tulha, assim, que colocava todos os cereais nela, e de noite, não sei o que aconteceu, pegou fogo; o dono da chácara tinha uns negócios de arma, sabe? Mas a gente não entendia, a gente veio do sítio, era novo, não entendia esses negócios da cidade, cada bloquinho tinha um negócio de lajota assim; e sempre vinham aqueles homens, assim... Até esse homem, ele foi quase prefeito aqui de Maringá, e nessa situação, eu não sei, ele mexia com negócio de arma, eu só sei que incendiou aquele salão que estavam aquelas coisas; eu morava perto da escola, tinha os filhos todos pequenos; o A. era o mais velho, tinha dez anos, e assim que pegou fogo lá, ele já ficou, ficou que nem um choque, assim, ficou, aí ele não queria dormir mais em casa; quando ele escapava ele fugia para o meio do soja, com aqueles olhos vermelhos, aí, nós levamos ele e ele foi internado no Sanatório.

Com dez anos?

Com dez anos; levou e precisou amarrar ele, porque ele pulou, saiu do Sanatório, veio para cá, quase perto de casa, ele tinha uma força que não era dele; depois disso, nós sempre dando remédio para ele, dando remédio, internando, dando remédio, até o dia de hoje.

E naquela época seu marido era vivo?

Era vivo, ele me ajudava a cuidar do filho; até antes dele morrer, ele falou para os outros filhos casados, porque os outros já eram todos casados: “Eu sei que eu vou morrer, meus filhos”, porque ele morreu de câncer, ficou quatro anos sofrendo, “Eu sei que eu vou morrer, meus filhos, eu não vou escapar disso, porque na medicina não tem mais recursos, mas só que tem um porém, eu me preocupo muito com o A.”; e era para se preocupar mesmo, porque o caso dele era um caso muito... Porque ele às vezes saía, a gente não sabia por onde andava, entendeu? Ele andava, saía daqui, ia lá no Pirapó; daqui ele ia em meia hora, andando no meio da estrada, aquele poeirão; então, era um sofrimento, a gente só tinha sossego quando ele estava fechado.

Mas fechado em casa ou no hospital?

No hospital; quando ele estava internado, aí estava bem, lá ele estava nos cuidados dos médicos, dos enfermeiros e eles não iam deixar ele escapar né? Então, começou assim, a vida dele sempre foi assim, agora ele não me dá mais trabalho, só que eu não posso ir à igreja porque eu não posso deixar ele sozinho; ele é um moço bonito, muito bonito, não parece, ninguém fala...

E com dez anos foi a primeira vez que ele foi para o hospital?

Foi, ficou oito dias amarrado; daí ele já veio para casa, aí nós já fomos procurar apoio, todo lugar que falava que era bom, que o médico era bom, a gente ia, levava ele; aí o médico falou que o dele era distúrbio, choque, um choque assim, que nem uma eletricidade dá um choque assim; e no cérebro dele, diz que foi isso, um choque que deu, e quando ataca, aquilo não volta, apaga; apaga e ele não dorme, não dá o sono nele, não vem o sono.

E nessa época que você estava dizendo, o que ele fazia que vocês percebiam que ele não estava bem?

Ah, ele fugia de casa; não voltava; nós íamos atrás dele; ele pegava carona; Deus foi muito bom na minha vida, eu tenho muito testemunho para contar sobre esse meu filho, os lugares que ele andou e saiu vivo; quando ele tinha quatorze anos mesmo, ele saiu assim, trocou de roupa... E documento dele, ele perdia tudo, aí ele ficou um mês sem nós termos notícia dele; nós íamos na rádio, colocávamos no jornal, nós colocávamos aonde fosse nós colocávamos, para procurar ele, aí quando foi um belo dia, eu fui na igreja e lá falou que aquilo que eu estava mais desesperada, essa semana eu ia ter notícia; aí eu fiquei tão contente, tão alegre; aí voltou a memória dele e um senhor, em São Paulo, da igreja também, motorista de táxi, passava de táxi em um viaduto assim e via ele deitado, deitado num papelão, lá em São Paulo, em um viaduto; aí diz que ele chegou em casa e falou para mulher dele: “Tem um rapazinho, parece que.. algo tem naquele moço, algo tem... eu posso trazer ele aqui?”; a esposa dele falou: “Nós não podemos colocar gente aqui em casa que a gente não conhece”; mas ele falou: “Não, acho que algo tem naquele rapaz; eu vou tentar trazer ele aqui em casa, você trabalha, e ele vem aqui dentro de casa e nós deixamos ele aqui um dia”; eu acho que ele passou lá o primeiro dia e o A. lá sentadinho, passou o terceiro dia e o A. perto de um carrinho de cachorrão, passou outro dia e parou o táxi, aí ele falou: “Moço, como você chama?”, “Eu chamo A.”; “Onde que você mora?”, e ele respondeu: “Meu pai mora em Maringá”; “Mas o que você está fazendo aqui?”, e ele falou: “Ah, eu vim a procura de serviço, mas eu estou sem documento”; aí ele olhou assim, pagou o lanche para ele, ele comeu aquele lanche, comprou uma coquinha para ele, deu para ele tomar, foi a comida que ele comeu; aí quando foi de noite, falou para esposa dele, porque ela trabalhava também: “Olha eu vou trazer aquele rapaz aqui em casa”; aí o A. deu endereço e ele escreveu uma carta e meu marido foi lá buscá-lo; e ele tinha ido de carona; andava, cansava; aí trouxemos ele para casa, aí ele ficou tempos assim, nós dando remédio, injeção, acompanhando no médico; aí daí para frente a vida foi assim: levando ele, internando, trazendo, levando, trazendo, internando, trazendo...

Quantas internações ele teve nesse tempo todo?

Foram quatorze internamento, em vários lugares; aqui em Maringá, aqui não tem quantidade, agora fora de Maringá, foram quatro vezes, o resto foi tudo em Maringá. Agora eu creio que essa é a última, essa é a última; e eu falo que esse é o último internamento dele, ele não vai voltar mais se internar; agora mesmo eu estava saindo e ele perguntou: “Você vai resolver assunto meu ou assunto seu?”; eu falei: “É assunto seu e eu vou dizer que você já está bom, você já está praticamente curado, só não pode ficar sem o medicamento, mas não precisa de você ir não”, aí ele falou: “Ah, então está bom, vai com Deus viu”, aí eu falei: “Amém, fica você com Deus também”; aí ele falou: “Cuidado atravessar aí a rua, que está morrendo bastante gente”, desse jeito falou para mim, aí veio abriu o portão, eu falei para ele fechar, ele fechou.

Ele entende bem as coisas, tem noção de tudo?

Ele conversa e... o médico falou que o cérebro dele, é além do limite, você já ouviu falar uma coisa dessa? O pensamento dele é além do limite, vai longe, a inteligência dele é uma inteligência muito grande, que ele tem na mente, porque se você ver ele, ele não estudou né? Porque quando estava para passar de ano não ia mais à escola, mas se você disser para ele: “Me faz essa prova aqui para mim”, em uma firma, ele se arruma, porque os irmãos da igreja sempre dão camisas para ele, aquelas camisas novas, porque eles têm parentes na Itália e vem de lá, e ele gosta de andar só assim, ele se arruma, ele é alto, de olhos verdes, porque eu sou morena, mas meu marido era loiro, e ele puxou para ele; e ele é bonito, você olhando para ele não parece. Se você falar para ele: “A., eu quero que você faz essa prova para mim”, então ele

faz, ele faz certinho; e quem vê fala: “Esse rapaz não tem nada”, mas quando vai falar direto com ele, aí que vê.

E ele chegou a trabalhar?

Então, teve uma vez que ele passou uns seis meses bom, aí ele voltou para casa, nós buscamos ele em São Paulo, quando ele estava com dezoito anos, ele voltou na casa dessa família, da família que acolheu ele daquela vez que falei, vieram buscar ele, e ele fez um teste na... Melhor firma que tem, ele tinha dezoito para dezenove anos; eles gostavam dele, e ele voltou com essa família; e ele deu uma recuperada, aí ele pediu dinheiro e nós deixamos ele ir para São Paulo, nós ligamos lá, falamos com ele, aí foi indo; ele fez teste de... de... esses carros, a maior firma que tem em São Paulo e ele passou em primeiro lugar, e começou a trabalhar; mas daí o que ele fez? Com oito dias... porque nós avisamos o irmão lá de São Paulo que ele tinha problema, aí o irmão falou: “Não, mas agora ele está são”. Aí ele ligou e falou: “Ele está bem aqui, nós queremos ele bem aqui, queremos ele bem, igual a um filho, não precisa se preocupar não, deixa ele aqui que ele vai fazer coisa boa ainda para você”; aí nós deixamos; aí ele começou a trabalhar, oito dias só de carro... oito dias só... ele era o chefão das coisas, porque ele fez tudo certinho, o irmão foi até lá saber... e ele não largou o carro, no meio da rua? Numa esquina, antes de chegar no banco, e falou para outros amigos dele: “Olha, tem gente querendo pegar eu de qualquer jeito”, largou tudo e se mandou; aí tinha uma irmã minha que morava em Santo Amaro, ele apareceu lá, de a pé; e a minha irmã, sabia o endereço desse irmão, aí ligou para ele, e ele falou: “Meu Deus do céu, eu vou ligar para pai dele lá em Maringá”; daí ligou e nós fomos buscar ele; nós fomos buscar ele e de lá mesmo nós levamos ele para Bauru.

E o que ele falava quando você foi lá buscar?

Ele falava assim que tinha gente que queria pegar ele dentro daquele carro, que ia matar ele, que ele ia morrer, que não era para ele ficar lá dentro, todos aqueles meninos que estavam com ele, que tinham feito aquela prova, diz que ficaram admirados; aí depois ele veio, fez teste numa firma de materiais, passou em primeiro lugar; de quinhentas pessoas, ele passou em primeiro lugar, mas não pára.

Ficou pouco tempo?

Ficou dez dias.

Deu problema?

Deu o problema de novo, mesma coisa, alguém queria pegar ele, que ia matar, que era para ele tirar a roupa do guarda-roupa, tudo as roupas melhor que tinha, diz que era para ele por fogo, e a gente falava: “Não A. não vai por fogo”; ele ficava bravo, vinha em cima da gente; falava não e quando via, aquele fogareiro; aí nós ligávamos para polícia, porque nós não segurávamos ele, aí levava ele algemado até lá; ixi, olha, o que eu já passei com esse moço, hoje eu estou no paraíso, porque agora, ele está quieto, agora ele tem medo de ser internado; ele não quer ser internado, precisa de ver; mas só que o remédio eu maceto todinho e dou para ele, e ele pede para mim; ele está bem, só que ele não pode ver ninguém de guarda-pó branco e nem falar negócio de médico para ele.

Quando ele voltava do hospital, por exemplo, dessa última vez, ele voltava como?

Essa última vez que ele voltou, agora vai fazer um ano né, em novembro vai fazer um ano que ele está aí; ah, ele voltou magrinho, magrinho, agora ele está com 86 kilos, ele é alto, e ele veio bem magrinho, mas veio assim seco, nossa, pele e osso; agora, os dois primeiros meses, eu precisei internar ele para tomar soro lá no municipal, por duas vezes, mas os mesmos

medicamentos que a Dra. passou; aí uma Dra. tão boa atendendo pelo SUS (Sistema Único de Saúde), não é que tiraram ela do hospital e depois ela foi para municipal não mandaram ela embora? Mas essa Dra. veio do céu; tinha paciente que não comia mais, não comia com a mão, o medicamento que ela estava passando para família comprar, já estava comendo; não tinha quem não chorou quando ela saiu de lá, aí eu localizei ela, para ela arrumar os papéis para mim conseguir esses medicamentos, porque os médicos aqui não dão, aí eu localizei porque tem uma irmã que é da Receita Federal, que falou assim que ela ia mudar, porque tiraram ela; aí pegou o endereço, aí ela foi atrás, e ela encaminhou tudo para mim; então o tratamento está sendo com ela mesmo; ela foi para Arapongas ou Londrina; agora, eu tenho que falar, a moça do CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental), falou que acha que a Dra. não foi embora não, mas se ela não foi, ela não está nesses hospitais que eu conheço, porque onde ela está, é cheio; porque ela dá o remédio certo, ela vai tentando, até acertar; o do A. já acertou, assim; e ela viu aqueles remédios que eles davam lá e ela falou: “Vou trocar tudo esses remédios”; trocou tudo; então, e eu estou conseguindo que o médico daqui passe a mesma receita para ele, para eu pegar pelo posto; esse eu peguei pelo estado, esse eu já consegui, agora, os outros eu tenho que ver lá com ele; dia oito eu tenho que ir lá para ver; o postinho estava encaminhando para mim, mas agora eles querem que o médico veja; mas agora com esses remédios ele está bom.

Mas daí ele vai para consulta?

Não, ele já falou para mim que não vai, eu que vou, falo, levo a receita, levo os remédios, aí ele passa a receita; falo que ele está bonzinho, explico tudo que jeito que ele está...

E quando ele era internado, alguém conversava com vocês, explicava o problema? Como que era?

Levava ele lá e tinha uma reunião; tinha uma reunião lá com a assistente social, para nós sabermos lidar com os pacientes, perceber o jeito que ele estava, o jeito que não estava, o que ele fazia dentro de casa, o que comer, que jeito fazer; a gente explicava assim para elas.

Enquanto ele estava lá?

Enquanto ele estava lá, aí depois que saiu... Era assim, ele ficava uns sessenta dias bom.. Bom não, né... aí voltava de novo; e foi assim até agora;

Enquanto ele estava internado, podia fazer visitas? Você ia?

Eu, a última vez que ele ficou lá, ele quase me matou; ele não estava dormindo, ele tomava o remédio, os medicamentos mesmo para dormir, ele tomava e não dormia; foi numa sexta-feira, ele falou assim para mim: “Ah, faz comida para mim” e era só nós dois, eu peguei e fiz; mas tinha comida de cedo que eu tinha feito nova; tinha essa comida e ele não comeu, jogou tudo fora, disse que estava envenenada, que eu ia matar ele; “Mas A., a mãe não vai te matar”; “Não, a senhora vai me matar sim, estão falando que a senhora vai me matar”; aí quando foi no sábado, a minha vizinha ligou que foi no mercado, e ela caiu e quebrou a perna, se tinha algum remédio para tirar dor; aí eu levantei, fiz o café para ele, fervei o leite, deixei tudo no jeito e falei: “Eu vou lá na fulana, eu vou lá levar uns comprimidos para tirar dor”; aí ele chegou para mim e falou: “Eu quero leite, mas eu quero leite fervido”; e ele bebia até dois litros; aí eu peguei e coloquei numa caneca, aí ele pegou e jogou fora a caneca; depois ele veio, eu não vi, e falou: “Eu quero comida nova”; eu pensei: “Meu Deus dos céus, ele não comeu ontem, jogou...”; mas eu já tinha vindo no posto ligar para internar ele, porque eu falei: “O A. não está bom; ele não está bom. Ele está dando volta no quarteirão toda hora e eu tenho urgência de internar ele, comigo ele não pára, o que eu faço? Os filhos moram tudo longe”; aí a minha cunhada falou que ia arrumar para internar ele, que ia dar um jeito, e ela ligou para

eles virem levar ele; mas não deu outra, quando eu virei assim, ele jogou eu, aí eu falei: “Por quê?”; aí quando ele veio, já me deu um soco na cabeça, quebrou minha dentadura, quebrou meu óculos, caí, machucou assim minha perna; aí eu consegui me arrastar até um pé de mexerica pequenininha e tinha um monte de lajota assim, né, e quando eu acordei, eu acho que ele viu que eu estava toda ensangüentada, o fogão não estava aceso, estava apagado, eu acho que ele saiu correndo; aí quando eu vi que tinha sangue, eu falei: “Ai Senhor, deixa eu ver se eu consigo”; aí fui arrastando, fui arrastando, entrei debaixo do pé de mexeriquinha e me escondi, entre as lajotas e o pé de mexerica; e o portão estava fechado e ele estava com a chave; aí eu vi que ele abriu assim, que ele passou correndo, e abriu o portão, e desceu para baixo, desceu correndo; aí eu vim arrastando as pernas, daí eu liguei; a vizinha, é um pessoal muito bom com a gente, aí eu estendi a mão e pedi para ela ligar para polícia, aí já veio já; aí nesse tempo que ele ficou quatro anos e quatro meses; aí foi a última; ele foi lá no municipal, mas só para tomar soro; foi só esse último tratamento que essa Dra. L. estava fazendo.

Nesses quatro anos você costumava ir lá?

Eu ia... dois anos eu não fui; eu levava o leite, ele fumava, e o cigarro na portaria e voltava; aí essa N. do CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental), passou dois anos... aí falou na igreja que não era mais para eu encostar perto dele, aí eu pensei: “Não, eu sinto saudade dele, mas...”; toda semana eu ia lá levar as coisas e deixava na portaria, toda semana, toda semana; eu levava, mas não agüentava encontrar com ele, só sabia dele e ia embora.

Além do A. a senhora tem quantos filhos?

Tenho quatro filhos; duas mulheres e dois homens; ele é o mais velho; os outros são tudo casados.

E sempre era você e seu marido que cuidavam do A.?

Sempre, sempre, sempre; agora só eu. Eu e Deus.

Eu quando dava as crises, quando o problema aparecia, teve alguém que ajudou vocês, alguém que apoiou... teve ajuda de alguém?

Assim... sempre nós mesmo, foi sempre nós mesmo; agora, já teve vez de irmão da igreja ligar oferecendo alguma ajuda, mas sempre foi eu mesmo; essa N. depois de dois anos.. aí um dia eu estava chorando, aí eu vi esse N. e ela falou: “Por quê?”, aí eu falei: “Ah, meu filho está lá, e já fazem dois anos...” e eu já sabia, porque na igreja tinha falado que já estava na hora; aí ela ligou e falou: “Nós vamos lá e você vai vê-lo”; e eu fui e ela foi junto comigo; aí eu comecei ir, eu ia duas vezes por semana, toda semana eu ia.

E quando você ia, você conseguia conversar com ele?

Conversava, contava, sentava perto dele, levava leite para ele, que ele gostava de leite; eu ia duas vezes por semana, toda semana, toda semana; no final eu já estava era cansada; e agora ele está comigo, agora ele está bonzinho; tem um pé de rosa lá, de vez em quando ele vai lá, cata uma rosa daquela e dá para mim, fala: “A senhora é a melhor mãe do mundo”; eu só tenho que agradecer a Deus; só peço a Deus para me dar bastante saúde, para eu cuidar dele.

Quando foi para ele sair, alguém perguntou para ele se ele queria sair ou qual era a vontade dele?

Ah, ele não queria sair não, ele tinha medo de sair, ele queria ficar no hospital... Mas daí eram quatro anos e quatro meses, estava na hora né, dele sair, era o momento certo dele sair; aí quando ele saiu, parecia que ele estava em outro mundo; porque quando ele saiu de casa ainda não tinha o puxado, mas quando voltou tinha, porque eu fiz o quartinho para ele, o

banheirinho para ele, mas tudo juntado assim na casa, emendado assim, tem a área, o quartinho dele; agora ele deu de falar que quer dormir dentro de casa, aí eu falei: “Ah, A., é melhor mesmo, assim você cuida da mãe”; aí ele vai; eu escuto lá do meu quarto ele roncar. Não, agora ele está bom, agora eu estou feliz, mas tem um porém também, a palavra de Deus não volta sozinha, porque na igreja falou que ele ia voltar para mim e que era para tratar com muito amor e com muito carinho porque seria por pouco tempo; que seria pouco tempo que ele ia ficar comigo, então está nas mãos de Deus, o que Deus fizer... E o que acontecer eu vou ficar com uma lembrança boa dele...

E quando você precisava interná-lo ou de medicação, como era para conseguir?

No tempo do J. P. (refere-se a um dos prefeitos de Maringá), nem sei se você lembra, que era prefeito de Maringá há uns quarenta anos, era mais fácil; o finado meu marido pegava, porque naquela época já pegava medicamento para ele; aí, depois que ele morreu, ficou mais difícil para gente pegar o remédio, aí ficou mais difícil...

E quanto tempo faz que a senhora ficou viúva?

Dezessete anos. Agora está começando a ficar bom, a questão do remédio, está melhorando; agora, para internar, aqui em Maringá, era muito difícil; tinha que passar lá no municipal, depois... Porque quando não tinha o municipal, batia aqui (no posto) e já encaminhava para lá; se fosse horário que não tinha vaga, ele ficava ali medicado e a ambulância levava ele lá; eu ia junto, mas eu esperava clarear o dia para vim embora; aí ele ficava internado, passava dois dias, eu ia na reunião; agora está pior para internar, agora está difícil um internamento, agora eles estão exigindo prazo, vinte poucos dias só, sessenta dias... Eles querem que leva na chácara, mas na chácara eles não ficam...

Na chácara que você fala é o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), para lá do CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental)?

É, só que o meu mesmo não quer ir, ele não vai lá de jeito nenhum; eu já falei para ele, se você vai, eu vou junto, fico lá com você, ou eu pago a van para você ir, porque cobra sessenta reais, para levar e trazer todo dia, eu falei, se ele quiser ir... mas ele não vai... nem lá no Sanatório ele não ia... tinha as festinhas dele lá, ele não ia.

E ele tem algum benefício financeiro?

Tem aposentadoria, faz um ano e pouquinho; foi pedido antes dele sair do hospital, só que é tudo no meu nome, porque ele não sabe, porque quando falaram da aposentadoria, ele falou que ele ia trabalhar; aí eu falava para ele, que precisava para comprar o remédio, porque não é todo remédio que tem, tem uns que tem que comprar, eu compro dois na farmácia, que não tem aqui, mas é mais barato, é cinquenta reais por mês; e ele fumava, agora está com seis meses que não fuma mais também, parou de fumar, não fuma mais.

E por que ele ficou tanto tempo internado?

Por que ele ficou? ... Porque ele não estava bom mesmo, ele me atentava e era, o médico achou que era perigoso, assim, alguém matar ele ou dele também fazer coisa em casa, porque ainda corria perigo; aí quando eles viram que ele já estava assim, não são, mas, normal, aí eles acharam que não era mais para ficar lá; e eu estava orando a Deus e pedindo, e agora graças a Deus, deixei ele em casa, ninguém fala... E a aposentadoria ele não sabe, porque se falar... Causa problema né... Mas graças a Deus, ele toma quatro caixas de leite por mês, um litro por dia, e não come comida, arroz mesmo... Você vê, hoje eu fiz a comida, dei remédio para ele, esquentei a comida e falei: “Você quer comer?”, deixei tudo prontinho e ele falou: “Não quero, não estou com fome”, ele comeu pão, bebeu leite. Olha, eu falo para você, tem hora

que ele sai, vai lá para frente da casa, assim, e fala para mim: “Eu vou dar uma voltinha”, mas ele não vai, aí eu penso: “Ah, Senhor, acorrenta ele com a corrente divina dentro de casa, para ele não andar para rua mais”, aí, daí a pouco, eu falo assim, não vejo ele lá, não vejo o portão aberto, nada: “Ah meu Deus do céu, onde está meu pipoco? Ah meu Deus onde está meu pipoco?”, aí ele chega lá na janela e dá risada: “Ah mãe, estou aqui”; eu dou carinho para ele, dou carinho.

E o que você levou em consideração para aceitar ele de volta em casa?

Eu o aceitei de braços abertos; o meu coração se alegrou quando ele veio, só que no começo eu precisei ficar vigiando, vigiando porque da outra vez ele me pegou de surpresa, e jamais, graças a Deus, nunca mais aconteceu nada.

Você acha que essa foi a melhor opção – trazer ele para casa – ou teria alguma outra?

Eu acho, sabe por quê? Porque aqui ele come o que ele tem vontade, ele está com a roupa cheirosinha, lavadinha, toma banho, corta barba dele; no primeiro dia ele estava assim que nem uma barata tonta, ele estava sem chão, então eu chamava o barbeiro para fazer a barba dele, cortava as unhas dele; agora não, minha filha corta as unhas dele, ele faz a barba dele; o barbeiro só vai cortar o cabelo; de vez em quando a irmã dá um perfuminho para ele, aí tem dia que ele toma banho cedo e passa aquele cheiroooo... nossa, mas ele gosta, fica aquele cheiro dentro de casa, eu não gosto muito de perfume, sabe, mas eu deixo, sabe, não falo nada, porque para mim estou na maior das alegrias; eu estou contente com ele dentro de casa, para mim, ele está em casa para nunca mais voltar para lá; e ele também não quer voltar, ele já falou: “Mãe, fala para eles que eu estou bom, que nunca mais eu vou judiar de ninguém, mãe”, ele fala desse jeito.

Ele consegue se localizar nos lugares, ele sabe o ano que nós estamos?

O ano ele sabe, o problema é o dia; ontem mesmo ele perguntou que dia que era ontem, eu falei que era domingo, dia quatro de julho, e amanhã dia cinco de julho; aí ele dá um volta, volta e pergunta de novo; deita, levanta e quer saber que dia que é mesmo que eu tinha falado.

Ele sai para algum lugar?

Ele ia à igreja, antigamente, mas não vai mais, só fica em casa; ele tem o quartinho dele bem arrumadinho; o quartinho dele é bem ajeitadinho, eu comprei um radinho para ele, uma TV só para ele assistir, só que ele não quer barulho; não quer barulho de jeito nenhum, então eu falo para ele: “A., depois que você veio de lá, você ...” porque eu tenho dois netos, da minha filha caçula, que tem os netos mais novinhos, “O R. e o G. não saía daqui de casa, ficava aqui conosco, e agora eles não vêm quase”, aí ele falou: “Não, é melhor assim...”, porque as crianças ficam toda hora: “O tio A., o tio A.”, fazendo barulho na cabeça dele; aí ele fala: “Melhor nós dois”;

E a senhora está com que idade?

Eu vou fazer sessenta e sete anos. Mas já fui muito doente, só que agora Deus está dando força para mim; só o fato de eu não estar indo mais para aquele lugar lá... Eu já estava esgotada.

Sobre o A., tem mais alguma coisa que a senhora queira falar, que de repente eu não perguntei?

Olha, eu queria assim, por exemplo, se for assim para ele voltar um dia a ir para o Sanatório, é muito difícil, não quero que ele volta nunca mais, esse é o desejo do meu coração, mas eu não

sei né... Eu sei que é difícil também até para conseguir internamento, mas eu espero que ele não volte mais.

Então eu agradeço a sua participação, lembrando que seus dados não serão divulgados e que você não será identificada.

Ao assinar o termo dona A. reclamou do tremor de suas mãos, disse estar se tratando porque segundo o médico pode piorar; ela não soube dizer se era mal de Parkinson.

APÊNDICE B

ENTREVISTA 02

Usuária: C.

Entrevistada: D. - Filha

Após explicar os objetivos do trabalho, ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, deu-se início à entrevista.

Eu gostaria de saber a história da sua mãe, sobre o histórico da doença, do atendimento dado a ela, entre outras coisas; você me conta a história e se faltar alguma coisa eu vou perguntando, ok?

Ok, então, sobre a minha mãe, sobre a época da doença, eu não sei muita coisa, porque era criança na época e não tive tanto contato com a família dela. O que eu sei: ela se casou, veio morar ali em Itambé, meu pai tinha farmácia, era vereador, ele tinha boa condição financeira na época; aí minha mãe me teve, eu sou a primeira filha dela, dois anos depois teve a minha irmã, e quando ela estava grávida do meu pai, quer dizer, do meu irmão, o meu pai se envolveu com uma funcionária da farmácia. Até então, minha mãe era uma pessoa assim, até avançada para a época dela. Ela fez aquele curso, antigamente se falava normal, ela fez datilografia, ela sabe ler, ver as horas, é uma pessoa até bem instruída para época dela. Aí nisso, meu pai deixou a minha mãe grávida do meu irmão, alugou uma casa, ou melhor, se for ver, um barracão, pegou as coisas dela, enfiou ela em um barracão, com duas crianças pequenas e grávida do meu irmão, e sem apoio nenhum, nem por parte do meu pai, nem por parte da família. Aí foi onde começaram os transtornos, entendeu? E a minha avó lá de Curitiba quando viu que não tinha jeito, quando ela viu que ela (mãe) não tinha condições de ficar aqui sozinha, e que meu pai não ia dar assistência nenhuma, levou ela para Curitiba. Acho que alugaram uma casa, uma casinha, numa favela lá de Curitiba, eu me lembro que a gente mudou beirando uns brejos, uns rios, e a minha mãe cada vez mais desequilibrada, chegou um ponto assim que ela saía para rua, tirava a roupa no meio da rua, os meninos batiam de pau em cima dela, e largava as crianças em casa; largava a gente em casa e saía; saía sem rumo, na época, ela não tinha trabalho, na época não era assim, as mulheres não trabalhavam, ela não tinha trabalho quando meu pai se separou dela. Aí foi onde que eu convivi com ela até uns seis, sete anos; então, não tenho muita recordação da minha mãe nessa época, a recordação que eu tenho é bem pouca e é bem confusa, mas as informações que eu tenho são essas, de que ela foi abandonada pelo meu pai com três filhos e ela era uma pessoa normal, até hoje ela sabe ler, ela escreve alguma coisa, era uma pessoa instruída, tudo, não era uma pessoa que os outros vêem que... É diferente de alguns pacientes que eu vejo lá do CAPS, sabe, é diferente. No caso da minha mãe eu acho que ela teve uma crise nervosa, uma depressão muito forte, de repente até tinha uma tendência à esquizofrenia, foi onde apareceu depois de tudo isso. Aí depois que viu que não ia ter jeito mesmo, uma tia minha, irmã da minha mãe, escreveu uma carta para o meu pai, falando que minha mãe havia falecido, que era para ele buscar a gente, senão ela ia nos colocar em um orfanato. Aí foi onde meu pai foi nos buscar, a gente veio morar em Alto Piquiri, daí com ele, e eu perdi o contato totalmente com a minha mãe. Minha madrastra falava que ela tinha falecido, começou a deturpar toda a história, que ela tinha abandonado os filhos, que ela não prestava, que tinha falecido, daí eu perdi mesmo o contato e não tinha vontade, sabe, de ter contato com a família da minha mãe, porque a visão que eu tinha era bem ruim. Aí nisso, numa das clínicas que minha mãe ficou internada, dez anos depois que a gente se separou, ela acabou se envolvendo

com um rapaz que fazia tratamento para bebida alcoólica, e acabou engravidando de uma menina, a A.; e a A. também foi criada assim, praticamente sem pai, porque o pai era alcoólatra, tentaram até viver um período, minha mãe até tentou viver com esse senhor, por um período, que ele deixou o hospital, mas não deu certo, porque ela continuava tomando remédio controlado, continuava desequilibrada, aí quem assumiu a A. foi minha avó, a mesma avó que entrou em contato com meu pai; depois disso, a A., depois de adulta já, quase vinte anos depois, quis saber dos irmãos, aí veio atrás da gente, procurou a gente, foi manter contato, porque é uma pessoa muito bacana, muito boa, foi onde através da A., eu tive interesse em conhecer, em rever minha mãe. E isso faz seis anos, só. Em 2003, 2002, que eu fui ver minha mãe na clínica lá em B.H.. Esse período todo, mesmo minha mãe saindo um período para ter a A., ela nunca ficou totalmente longe da clínica. Aí em 1979, ela entrou mesmo para a clínica lá em B.H. e ficou até agora, há um ano e meio, ou dois anos atrás, quando houve essa desospitalização, quando fecharam mesmo o hospital. O meu contato com minha mãe sempre foi muito pouco, contato maior estou tendo agora que ela veio morar comigo, há um ano e meio, mais ou menos, e é isso.

Como foi a decisão de trazê-la para morar com você?

A decisão partiu dela, eu falar que eu vou tirar minha mãe, eu vou conviver com ela, não foi bem assim; a decisão foi dela, ela disse: “D. você me leva para morar com você?”; aí como é que você fala: “Não, mãe, eu não vou levar”; eu não tive coragem de fazer isso, entendeu? Eu falei: “Não, mãe, eu levo”. Sem saber reação de marido, de filho, falei: “Não, mãe, eu levo”. E foi assim que aconteceu, você entendeu? Foi por uma decisão dela, porque daí quando começou a desospitalizar, a levaram para conhecer as casinhas, ela não gostou, ela não queria, porque na cabeça dela, essa casinha, só para você ter uma noção do grau de visão da minha mãe, ela fala que essas casinhas se constituem em uma forma de fechar as clínicas mesmo, que com o tempo aquele pessoal que ficava ali ia sair para a rua, ia catar latinha, ia se dispersar; era isso que ela imaginava, é isso que ela imagina, que ia ficar totalmente desamparado, aí a minha irmã A. falou: “A responsabilidade é muito grande, eu acho melhor você ir lá conhecer as casinhas primeiro, para você ver”; aí eu fui conhecer umas casinhas de B.H., eu vi lá que tinha quase vinte pessoas com uma enfermeira só para tomar conta, e a enfermeira falou para mim, assim, que às vezes ela saía e ia resolver um assunto particular, e que eles mesmos davam conta de fazer a comida deles, e era tudo misturado homem com mulher; quer dizer, se algum deles tem um acesso, minha mãe já de idade, bem de idade, se alguém resolve dar um soco nela, ela desmonta, não agüenta; porque lá é assim, pelo que eu vi, não teve muito critério, simplesmente fulano vai para essa casa, fulano vai para essa. Aí foi desse jeito, a decisão mesmo partiu da minha mãe. Porque se ela tivesse falado: “Não D. eu vou para casinha, eu vou ficar melhor lá”, eu também não teria feito uma força maior para ela vir morar comigo.

E esse processo de trazer para cá, você teve ajuda dos serviços de saúde? Como você foi amparada nesse processo?

A assistente social lá de B.H. entrou em contato com a assistente social daqui de Maringá, eles entraram em contato comigo, marcaram uma data para eu conhecer o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), conhecer o CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental), e a minha mãe já veio para cá, assim, com o caminho certo de tudo que a gente tinha que fazer. A C. lá do CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental), já tinha agendado uma consulta com o Dr. R., então, foi bem... Eu tive assistência sim, não posso falar que não tive não, porque eu tive.

E ela frequenta o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)? Todos os dias?

Freqüenta. Não. Ela começou freqüentando três vezes por semana, mas daí ela sofreu uma queda, logo depois teve uma pneumonia, ficou quase uma semana internada, e isso abalou demais ela, ela não queria mais ir para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de jeito nenhum. Sabe, depois de muita insistência...

Ela caiu lá?

Caiu lá. Só depois de muita insistência com ela, ela concordou em ir na quarta-feira e na quinta-feira, então, está indo duas vezes por semana. Única coisa que ficou assim meio vago, é que daí eu tive que rever a função do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) porque quando ela foi encaminhada, foi o psiquiatra, o Dr. R. que encaminhou, aí quando eu fui conversar com ele para ver se dava para diminuir, porque ela tinha ficado um pouco traumatizada, aí ele falou: “Isso aí não é comigo”; aí ficou uma coisa assim, sabe, eu mesmo tomei a decisão dela freqüentar duas vezes por semana e não houve interferência de ninguém, “Ah, não, não pode” ou “Ah, pode”. Conversei com o psicólogo do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e ele falou assim: “Olha, você não pode forçar, se ela não quiser vim...”; mas, eu pensei: “Como? Ela vai ficar sem assistência nenhuma?”; porque querendo ou não, pelo menos psicólogo, já tem lá para conversar, para dar um amparo; então, ficou desse jeito, quando teve que diminuir um dia na semana, ficou uma coisa assim, meio... meio... ficou mais a meu encargo.

E quando ela não vai para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ela fica com alguém, ela fica sozinha?

Quando ela veio lá de B.H., ela já recebia um auxílio do governo, com esse auxílio eu estou pagando uma mulher para ficar em casa com ela.

Esse auxílio é do Programa de Volta para Casa?

Não, ela recebe um benefício do governo mesmo, de assistência, um salário mínimo, aí essa pessoa fica lá em casa, por esse salário mínimo, para cuidar dela, ela tem o cuidador dela.

E ela tem o Programa de Volta para Casa – PVC ?

Tem.

Mas o PVC, foi determinante para você trazê-la?

Foi, porque, eu não tenho carro, eu não tenho uma situação financeira boa. Meu marido trabalha fazendo “bicos”; então eu não tenho carro, eu não tenho como, a minha mãe não pega circular; então, com esse dinheiro do PVC eu pago o carro do PREVER, que a leva e a busca nos dias que ela vai, com esse dinheiro eu compro os medicamentos que eu não consigo achar nos postinhos, com consulta, com alguma outra coisa; com esse dinheiro, que eu estou mantendo a minha mãe.

Com relação à família, mais alguém se dispôs a ficar com a sua mãe?

Não, a minha irmã, quer dizer, tem a A., todo domingo ela liga, vem duas vezes por ano visitar minha mãe, mas o meu irmão e a minha irmã não têm contato com a minha mãe, tanto quanto eu.

Como você classifica a vinda dela para cá?

Não foi nada traumático, não. Houve um medo do meu marido, da minha sogra, eu tive que tirar meu filho do quarto dele, passar para o quarto da minha filha; mexeu um pouco com a família, mas não foi nada traumático não.

Você sabe me dizer, na época em que ela adoeceu, quando ela teve aquela crise inicial que você falou, quais foram os recursos que ela teve? Foi logo a internação?

Na verdade, o que a minha irmã A. fala para mim, ela ficava de clínica em clínica, por um período quando a A. era menor, e pelo que eu entendo, a situação na família dela era aquela situação de muita briga, de muita discussão, acabou que em 1979, a minha mãe, por conta própria dela, pegou as coisas dela e ela mesmo se internou; ela mesma foi para clínica e não saiu mais de lá, desde 79. E ela era brava, ela era violenta, ela batia na irmã, ela ficava muito nervosa, saía estapeando, batendo, é isso que eu sei, pelo que eu entendo a situação era nervoso.

Hoje ela mora com você, seu marido e dois filhos? De que idade?

Sim; a minha filha tem 16 e meu filho 10. E eu pago uma pessoa para ficar com ela porque minha filha estuda.

Esse de volta para casa, ele é pago só durante dois anos? Como funciona?

Na Lei, diz que é pago por um ano, podendo ser renovado por mais um; mas até eu estive num congresso sobre o assunto e tinha o pessoal do Ministério da Saúde e eles falaram que por mais que está na portaria, todos os que começaram foram mantidos até hoje, salvo reinternações e mortes. Eles disseram que enquanto tiver registrado e o usuário freqüentando o serviço, o repasse estava continuando. Desde 2003 aqueles que começaram não foram interrompidos. A não ser que surja uma nova proposta do governo. Na conferência de saúde mental, foi pedido a continuidade do programa. Até porque muitos não conseguem uma adaptação devido aos traços deixados pelos anos de internação.

Minha mãe não conseguiu essa readaptação. E está com 66 anos.

Você acha que teria uma opção melhor do que sua mãe ficar na sua casa, com você?

Não, eu acho que não. Pelo perfil da minha mãe, é muito importante para ela estar com a família. Para mim talvez seria indiferente porque eu não convivi com a minha mãe, não vou falar para você que existe aquele traço afetivo, que eu vou sentir falta, mas por ela, para ela é muito importante, importante demais. Tão importante que acaba sendo para mim também. Mas para ela o melhor lugar é a família.

E quais os fatores que você levou em consideração para aceitá-la ou não?

Eu acho que o fator humano mesmo, de saber que sua mãe quer ficar morando com você, porque ela sabe que lá vai ser o fim da vida dela e você falar: “Não, mãe, não vou trazer”, ainda mais uma pessoa lúcida como minha mãe, não tem como você simplesmente falar: “Não, mãe, não vou trazer, a senhora fique por aí e que dê conta da sua vida”. Eu acho que é uma pessoa que já sofreu demais, para gente fazer isso, né?

E por que Minas Gerais?

Então, porque quando minha tia escreveu aquela carta para meu pai, foi exatamente por isso, porque eles estavam de mudança de Curitiba para Minas Gerais, porque os irmãos da minha mãe venderam tudo que tinham, casa, data, e tiveram a idéia de montar uma transportadora em Minas Gerais, então foi por isso; daí não tinha como levar, não tinham como cuidar da gente, entrou em contato com o meu pai, com essa artimanha de que minha mãe havia morrido, porque talvez senão, ele não teria ido buscar, e foi por isso, a gente veio para Alto Piquiri, e o resto foi para Minas e ficaram lá até hoje, tanto que minha mãe estava em Minas, eu fui buscá-la lá; a A. agora mudou para o Rio, está morando no Rio; se separou do marido,

está buscando um novo emprego no Rio de Janeiro, mas o resto da família, meus tios, continuam todos lá.

E nesse tempo todo de internação da sua mãe, você sabe se alguém da família manteve contato com ela?

Nesse tempo todo, bem pouco; quem cuidou mesmo da minha mãe, que ia lá todos os meses dar assistência foi minha irmã A.; a família mesmo, bem pouco participou.

E enquanto A. era pequena?

Quando A. era pequena, a minha avó, mãe da minha mãe, que já tinha sofrido um AVC, que criou a A., que desde pequenininha levava a A. lá e dizia: “Olha, você vai cuidar da sua mãe, você vai acompanhar a sua mãe”. Eu acho que foi uma das coisas que influenciou a A. a entrar em contato com a gente.

E essa avó?

Essa avó já faleceu, já tem um tempo e eu não tive contato com ela. E a minha mãe acabou vindo para cá, ao invés de morar com a A., talvez porque a minha vida pessoal, apesar da financeira não ser assim muito favorável, a minha vida pessoal é uma vida mais estável, sou casada há vinte anos, tenho a minha casinha; a A. estava recém-separada, aquela coisa toda, então, não dava; sem falar que Maringá eu acho que tem uma assistência melhor do que no Rio, então, por tudo isso, a minha mãe acabou vindo morar comigo.

E a sua perspectiva, é de mantê-la junto de você?

Com certeza; não tenho a intenção de colocar ela para fora, de jeito nenhum.

Avaliando toda essa história, você acha que poderia ter tido um caminho diferente?

Sim, em minha opinião particular, se meu pai tivesse sido um pouco mais humano, tivesse mantido uma assistência financeira, dado mais atenção para ela, eu acho que mesmo que ela tivesse alguns traços de esquizofrenia ela poderia ir levando a vida dela normal, eu acho que o que ela sofreu e na época que ela sofreu, foi muito forte para ela, teria que ser muito forte para agüentar tudo isso; e eu acho que a responsabilidade, em 100% é do meu pai.

E como ficou o contato com ele?

O contato com ele, depois que eu fiz vinte anos e comecei trabalhar eu saí de casa, praticamente não tive contato com ele, ele faleceu agora em 2007, por sinal minha mãe não sabe disso, porque apesar de tudo isso ela gosta demais dele, vive falando nele; a gente optou por não falar, porque é uma informação que não tem relevância mais na vida dela, mas como ela gosta muito dele, vive falando dele, que é um homem maravilhoso, que é isso, aquilo... a gente quis manter assim; aí quando ela começa a falar a gente dá uma desconversada e fica por isso mesmo. E meu pai, depois que eu fiz vinte anos, eu me distanciei totalmente dele, porque a minha vida também com a madrastra, com meu pai, também não foi muito fácil, então eu preferi largar tudo para lá

Tem alguma coisa que você gostaria de falar que eu não perguntei?

Não, não tem nada não.

Então, obrigada pela sua participação e pelas informações.

Enquanto saíamos do local onde se deu a entrevista, a filha de C. mais uma vez expressou sua preocupação em relação ao fim do PVC, já que segundo ela, é um recurso necessário para

custear as despesas de sua mãe; ela falou que pretende entrar em contato com a pessoa responsável pelo PVC, para confirmar a sua continuidade; disse ainda: “Se cortar não sei o que vou fazer... bom, na verdade a gente acaba sempre dando um jeito porque não vai deixar a pessoa desamparada, mas que ia fazer falta ia”.

APÊNDICE C

ENTREVISTA 03a

Usuário: E.

Entrevistada: M. – Pai, I. – madrastra.

Após explicar os objetivos do trabalho, ler e explicar o que estava contido no termo de consentimento livre e esclarecido a entrevista foi iniciada. A assinatura do termo foi após o término da entrevista.

Eu gostaria de saber a história do E., sobre como começou a doença, sobre os tratamentos buscados, entre outras coisas; você me conta a história e se faltar alguma coisa eu vou perguntando, ok?

O problema começou, segundo o médico, aos doze anos, foi depressão acumulada, só que veio apresentar aos trinta anos, aí ele ficou no Sanatório 60 dias, depois veio, ficou bom, ficou um tempo, foi até em Curitiba, pegou um serviço em Curitiba e foi trabalhar lá; só que não chegou lá, se perdeu no meio do caminho e voltou para cá (Pai).

Deu tipo um surto nele, um surto sabe? Então ele não conseguiu ficar lá em Curitiba. Porque lá ele tinha arrumado um trabalho bom, que ganhava bem. De repente deu aquele branco nele e ele não conseguiu (Madrasta).

Mas enquanto estava aqui, ele estava bem?

Não, não é que ele estava bem, ele apresentava o sintoma, só que a gente pensava que era rebeldia de adolescente, que ele não queria trabalhar, que ele não queria muita responsabilidade (Madrasta).

Realmente nós não estávamos entendendo o que estava acontecendo (Pai).

É, tudo que se passou com ele, a gente tinha como rebeldia, a gente não sabia que era uma doença, entendeu? Porque como adolescente é rebelde, vai passar, a gente pensava, está rebelde, vai fazer o quê? Uma hora vai melhorar. Nós não sabíamos que era doença. Quando chegou a apresentar a doença mesmo, já estava em um quadro bem avançado, você vê, não tem reversão. Se a gente soubesse no começo, né? Ele não era casado ainda quando saiu de casa para andar por aí, sem dar notícia de para onde ia, e saiu, acho que foi até para o Mato Grosso... Ele pegou o carrinho de sorvete do homem; ele em vez de ter a responsabilidade de pegar, vender tudo ou devolver, ele chupava; então tinha essas coisas assim, mas a gente achava que era próprio da idade; viu a liberdade com um monte de sorvete, deve ter pensado: “deixa eu aproveitar”. E teve uma vez também que ele foi até para Marialva, de a pé, de a pé, e o homem da sorveteria ligou aqui, bravo, e queria que a gente desse conta de onde ele estava, mas a gente não sabia; o homem queria saber, não por causa dele, mas por causa do carrinho, carrinho caro, cheio de sorvete ainda... O homem dizia: “Ué, a senhora não é mãe dele? A senhora tem que saber onde que ele está”; eu falei: “Mas eu não sei, ele não apareceu aqui, e outra, porque você deu o carrinho de sorvete para ele? Nem ligou aqui, nem perguntou uma opinião da gente, aí de repente, passou, quantos dias? Foi dois ou três? (Madrasta).

Foram uns dois lá (Pai).

É, daí o homem lá de Marialva, lá do parreiral de uva, ligou aqui e disse: “A senhora que é mãe do E.?”; eu falei: “Por que, o que aconteceu com ele?”; aí ele falou: “Ah, ele está aqui, embaixo do parreiral de uva”; daí eu pensei: ué, aqui não tem parreiral de uva e o homem falou: “Ele está aqui em Marialva”; aí eu falei: “Mas meu Deus, o que ele está fazendo aí?”; “Ele está com um carrinho de sorvete aqui debaixo do parreiral; como ele estava com muita fome a gente deu comida para ele, deu o que comer e ele está aqui, vocês vêm buscar ele”. Você vê, lá em Marialva; você acha que uma pessoa que tem noção, vai vender sorvete em Marialva, com tanto lugar, numa cidade grande que nem essa daqui? Aí ele (aponta para o marido) foi lá buscar ele (Madrasta).

E ele comentava depois sobre o que foi fazer lá? Como que era?

Não, não explicava nada (Pai).

Não, ele saiu, andou, andou e decerto meio perdido, a cabeça meio boba e ele saiu andando, não tinha noção, de certo dá um branco lá e ele andando sem rumo, porque eu não sei ir para Marialva, eu não sei, ainda mais de a pé; eu sei que lá é bem longe para ir. E quando estava mais perto de internar, ele começou a falar que eu colocava veneno na comida, que tinha policial, que nós tínhamos chamado a polícia para pegar ele, que queria matá-lo, coisas assim... Um dia também, a gente estava morando na outra casa de madeira, e ele entrava aqui (casa do fundo, onde moram atualmente), ainda estava construindo, e saía, dizia que tinha gente querendo pegar ele e a gente falava: “Não tem ninguém aí na frente” (Madrasta).

Mas ele dizia: “Tem sim, tem sim, olha lá, a polícia está aí para me pegar, está até com um saco na mão, para me matar e colocar dentro” (Pai).

Umás coisas assim que você fica sem saber o que está acontecendo, porque você não conhece a história, não sabe do que se trata, ué, eu nunca tinha ouvido falar nessas coisas (Madrasta).

Isso aí já foi depois da primeira vez que ele tinha ido pro Sanatório, porque quando ele foi da primeira vez no Sanatório, ele estava junto com a mulher, daí a mulher não quis mais ele, mandou ele para cá (Pai).

Ela não quis nem saber dele depois que ele foi para o hospital, ela não quis mais nada, não sei o que ele aprontou com ela lá, que ela não quis nem saber; até hoje não quer nem saber dele; ele tem uma filha; esses tempos atrás eu tava conversando com ela e ela falou: “O E. falou para assistente social que tem uma filha e uma mulher, filha ele tem, mas mulher ele não tem não”, ela deixa bem claro isso, que filha ele tem, mas mulher ele não tem não; porque filha não tem como negar, né? Não tem jeito; e ela nem traz a criança para gente ver, nem nada, acho que já para não ter nem vínculo nem nada (Madrasta).

Então quer dizer que dos 12 até os 30 anos, ele tinha certa rebeldia...

Tinha, mas a gente não sabia de nada. Uma vez ele pegou, de um lado, eu tinha um guarda-roupa que eu tinha ganhado, uma gracinha, bonitinho, com espelhinho na frente, meu primeiro guarda-roupa, porque eu não tinha guarda-roupa naquele tempo, ele cortou o guarda-roupa, fez um buraco assim atrás do guarda-roupa, vê se tem a noção certa, fez um buraco assim atrás do guarda-roupa, fez buraco na parede; se prendia dentro do quarto e ficava lá, e ficava, e ficava, e ia ficando dentro daquele quarto lá; dormia, tirava a camisa, ficava de bermuda; na hora da comida: “E., a comida está pronta”; ele vinha, comia, já voltava para dentro do quarto, não tinha interesse em estudar, nada (Madrasta).

Então com trinta anos foi o primeiro surto?

Foi (Pai).

Quando foi para Curitiba já tinha ido uma vez não tinha? (Madrasta).

Não, tinha ido, mas só tinha ficado dois meses só (Pai).

Já tinha ido uma vez já, aí voltou bom e de repente assim...vai saber... mas, sabe o que ele fazia com o remédio? A gente dava para ele tomar né? E ele ia colocando em um saquinho, uma vez achei lá na rua, um monte de cartela, porque ele estava sem tomar, porque estava bom né? Mas eu dava para ele tomar, todo dia, e eu via ele lá catando o remédio, colocava na boca e tomava, mas eu achei um monte de cartela lá na rua; aí eu levei lá no serviço de saúde, se ainda prestava, aí eles falaram lá: “Presta sim, é remédio bom” e o remédio ficou lá com eles; ele não estava tomando, estava jogando o remédio fora; estava jogando o remédio tudo fora; não tomava não (Madrasta).

E nessa primeira vez que ele ficou doente, vocês falaram que não sabiam da doença, não entendiam, e como é que ele foi parar no hospital psiquiátrico? Como vocês descobriram esse recurso? Como perceberam que precisava disso?

Não, dava para notar, porque ele começou ser agressivo; porque lá na casa dele, ele agredia a mulher, ele estava junto com a mulher, agredia ela, a enteada, aí foi quando ela mandou ele para cá, aí ele ficava rodando aqui o quarteirão, com uma mala de ferramentas, rodeando... aí o meu cunhado, que morava ali embaixo, falou com ele, para ele vim para casa e tal; e ele já tinha me agredido, outras vezes, aí ele ficou; mas a gente percebeu que ele não estava bom mais; aí foi quando foi colocado no Sanatório; aí ficou esses sessenta dias. Depois, ele veio para cá, ficou mais um tempinho, precisou internar de novo, aí com trinta dias, mandou embora, mas eu falei para mulher: “Ele não está bom não”; “Está sim, vai, leva”; Mas ele não estava bom; “Não está bom não” – eu dizia; “está sim”; fiquei teimando; “Nós não podemos segurar mais do que quinze dias aqui”; mas eu falei “Como é que é o ...”, ele tava bem ruim; mas, “Como é que o malandro segura aí anos e anos na cadeia e o doente não pode?”, não sei se eu fui grosso com a mulher ou ... Mas que eu falei, eu falei, aí mandou ele para o municipal; aí chegando no municipal, deram uma injeção nele, e ele apagou, aí eu trouxe ele aqui em casa, ele acordou no outro dia cedo, ele já saiu daqui... porque eu coloquei ele naquele quarto dali, nós ainda morávamos ali na casa de madeira, na frente; ele saiu daqui, e o médico tinha falado para nós que não era para dar café para ele, era para dar só chá, aí eu já tinha feito o chá, estava tudo em cima da mesa, aí estava cheio de louça em cima da mesa, eu tirei tudo a louça, coloquei na pia, aí ele falou: “Morar na casa de pai dá isso aí, vou tomar um banho”; aí foi tomar banho, a porta do banheiro aberta, ela aqui já tinha ido pro serviço, só estava eu, aí foi quando ele me agrediu, me deu um murro depois subiu na escada, depois nós descemos da escada; eu não queria bater, eu queria só me defender; aí quando nós chegamos no canto do portão, a vizinha lá, estava varrendo o terreiro, aí eu só fiz assim para ela né? (faz sinal de telefone com a mão), dei sinal para ela, aí ela chamou a polícia, aí ele foi levado... (Pai).

Eu esqueci de falar que uma vez ele fez toda as necessidades nas roupas, tudo aqui no chão, conforme ele ia andando ia caindo, olha que dificuldade; ... e para limpar depois... (Madrasta).

A camisa novinha que minha irmã tinha dado para ele...Então, e quando ele tava lá no municipal, o médico falou para mim que ele podia vir embora, que ele não podia ficar lá, que ele tava contendendo com o povo do Sanatório, porque o Sanatório não queria ficar com ele;

aí eu acabei de chegar aqui, me ligaram para eu ir lá buscá-lo, para levá-lo para o Sanatório, aí eu cheguei lá o cara da ambulância falou: “Agora você vai com ele lá, leva ele”, eu falei: “Não”; e o rapaz disse: “Não, pode ir, ele está dormindo”; eu falei: “Mas ele acorda, não vou não”; aí eu sentei no banco da frente com o motorista e ele lá trás. Quando faltava a base de uns oito ou cinco metros para chegar no hospital, ele reconheceu onde que ele estava, ele me deu um soco tão grande na nunca, não tem aquele buraquinho na ambulância? Por ali ele colocou a mão e “pum”; o motorista se assustou, quase que nós entramos numa árvore; aí quando estava chegando naquela rampa do Sanatório, ele pegou na minha camisa, eita rapaz, um pedaço da camisa ficou, rasgou. Aí, até aí, nem o médico, nem a que cuidava de lá, não acreditava que ele tava agressivo, aí o médico chamou eu e ele para conversar lá no consultório dele, aí conversamos lá e tal, tal, aí o médico deu uma folha para eu assinar; quando eu comecei a assinar a folha, ele “vapt” no meu braço – deu um soco no meu braço; aí o médico falou: “Não, pode deixar que ele já está internado”, aí internou ele e ficou lá, mas me deu um soco... (Pai).

Mas antes de tudo isso aí, nós tínhamos uma vizinha que era enfermeira aqui, que teve que conversar com eles lá: “Mas não, o moço não está bom”, ela dizia; e para levar ele, ela teve que ir lá conversar, porque eles não queriam levá-lo de jeito nenhum, aí depois disso nós ficamos com tanto medo que achamos por bem não trazer ele mais para casa não, porque tem um monte de criança aqui, porque, trazer um rapaz desse para casa, vai que dá um negócio meio esquisito nele; quando eu ficava sozinha com ele, eu fechava a porta, porque ele ficava, passando para lá, passando para cá, agitado, aí eu ficava com medo de colocar ele para comer com as crianças, a minha filha ficou com trauma dele, quando fala que ele vai vim aqui, ela diz: “Ah, então eu vou sair”; ela ficou assustada, e ela já está moça, já entende, né? Quando fala que ele vai vim para cá... nossa, o dia que ele veio aqui com a assistente social, então, ela não queria ficar de jeito nenhum, eu tive que obrigar ela a ficar, eu disse: “É seu irmão, não pode desprezar”, e ela insistiu: “Mas eu não quero ficar, não quero”; eu tive que obrigá-la a ficar, porque senão, não ficava; porque, na cabeça dessas pessoas, você vai saber o que está se passando? Na mesma hora que estão bom, já... Deus me livre (Madrasta).

Então teve uma vez que ele foi para o hospital e ficou sessenta dias, depois ele foi e ficou nessa de mandar para casa e depois ficou por lá.

É depois ficou (Pai).

E nesses momentos que vocês precisaram de ajuda, quem que ajudou vocês?

Ninguém ajudou (Madrasta).

Só Deus mesmo, ninguém mais (Pai).

E elas queriam que a gente trouxesse ele para cá de novo, de todo jeito, umas par de vezes ligou aí, que ele estava de alta, não, eu não vou assumir ele de jeito nenhum, igual eu falei para ele (aponta para o marido), hora que ele vim aí, eu não fico aqui não, porque não sabe o que esse rapaz tem na cabeça, não, não tem jeito não; e depois, se ele vim para casa, tem que ficar uma pessoa responsável para ficar cuidando dele, e elas queriam convencer nós de que não precisava, mas eu falei: “Não, precisa de uma pessoa para cuidar dele direto”; porque se não tiver uma enfermeira a gente vai ter que ficar olhando ele direto; daí tem que parar de trabalhar para ficar cuidando daquele baita homem, perigoso até matar a gente, Deus me livre, e as crianças também; eu fiquei tão chateada quando falou que ele tinha que sair e pronto, sabe, eu sempre fiquei pensando, quando ele vinha aí, porque parece que tinha uma coisa nele (Madrasta).

E ele queria vim para cá?

Não, ele não queria vim não; eu precisei ir lá falar com o médico, porque aqui ele não queria vim e eu falei: “Não tem jeito não, nós temos crianças lá, a mulher tem medo dele”, a filha também já tava mocinha (Pai).

Teve uma vez que ele ficou sem roupa aí, e a menina aqui; daquele tempo para cá eu coloquei ela na creche, não quis mais deixar aqui, ela era pequenininha, na época tinha dez anos, eu tinha que trabalhar, ia deixar ela com quem? Os outros ficavam na creche, daí eu fui lá, não tinha vaga de jeito nenhum, aí eu expliquei a situação certinho, daí elas deram um jeito, arrumaram uma vaga extra lá, não tinha né, mas ela arrumou porque diz que era um caso de risco, de perigo, né? Daí dois ficavam na creche, ela (aponta para a neta que está próxima) também, já ia direto na escola e de tarde eu passava lá e buscava. Porque nós precisamos trabalhar, como é que ele vai ficar com nós? Deus me livre, como que eu vou deixar uma pessoa que não é certa da cabeça, com uma menina de dez anos, que que pode acontecer? E nós sempre precisamos trabalhar, eu e ele, não tem como a gente não trabalhar; aí graças a Deus, arrumou essa vaga lá. Porque lá ele está muito melhor do que na nossa casa, porque lá tem horário para comer para tomar banho, o remédio certinho, na hora certinha, qualquer coisa que eles vêem que não está fazendo efeito, eles trocam o remédio, e aqui, você vai fazer o quê? Uma pessoa adulta você não tem como segurar, lá qualquer coisa que eles vêem, eles já dão um calmante, trocam o remédio, no outro dia já começa a fazer o efeito, e aqui nós fazemos o quê? Quando a gente precisa de assistência, chama, chama; chama um, chama outro, e não tem na hora que precisa, tem que esperar a boa vontade, então... né. Eu não tenho coragem.

E vocês sabem se ele está no hospital psiquiátrico ou se está na Residência Terapêutica, naquelas casinhas...

Está nas casinhas; saiu do hospital ano passado e ficou lá; foi atrás da aposentadoria dele, mas até agora não chegou. Porque ele não tem comunicação com a mulher, daí me chamaram para ir atrás da aposentadoria, para assinar uns papéis.

Para ficar responsável para receber?

Não, quem é responsável por ele, são eles lá. Porque perguntou se ele toma banho sozinho, se ele come sozinho, quer dizer que se toma banho sozinho, se come sozinho, não precisa receber nada (Madrasta).

Mas o dinheiro era para nós receber e passar para ele, só que daí, era para eu ir com ele, mas daí eu nem precisei entrar, porque ele falou o nome da mãe dele, o endereço, tudo (Pai).

Mas ele consegue trabalhar?

Não consegue; era um bom profissional, trabalhava muito bem, mas agora... (Pai).

Trabalhar o quê? Quem vai dar emprego para ele? Ninguém quer, porque na hora que está de um jeito está do outro, não tem responsabilidade dele mesmo, não pode cuidar dele mesmo, porque do jeito que ele está (Madrasta).

Porque no caso dele, ele lembra do passado, do presente não lembra de nada. Uma coisa que eu acho, que na minha cabeça não gravou e ele sabe, é o número do CPF dele (Pai).

Eu não consigo falar o meu, ele sabe. Quando ele veio aqui, ele falou que fazia quarenta e cinco dias que estava lá, e já fazia cinco anos né? (Madrasta).
Que nada, fazia sete já (Pai).

Você acha? “Quarenta e cinco dias, faz quarenta e cinco dias que eu to no Sanatório”. Quer dizer, você percebe pela conversa dele que alguma coisa, você já vê: do passado ele lembra certinho, mas começa depois que ele foi internado, para você ver, aí ele se perde; tem muita coisa que ele não lembra mais, a maioria de antes ele lembra tudo; e depois que ele começa falar uma coisa ele repete, repete, repete. Ele não tem aquela noção de que tem que parar, que tem que dar espaço pro outro conversar, ele toca para frente; a mulher ficava falando: “E. deixa teu pai falar. E. deixa tua mãe falar”, tem que sempre ter alguém controlando ele, né? Porque se deixar... Aí esse dia ele falava: “Vamos embora meninas?”, “Vamos embora meninas?”... Mas engordou, engordou, engordou; e ele era magro, magro, magro (Madrasta)

Está mais corpulento do que eu (Pai).

Porque aqui ele tava magro, não comia, nem café da manhã queria tomar mais (Madrasta).

Ele achava que estava envenenado não foi o que você me falou?

É, ele não tinha mais aquele apetite, mas agora com o tratamento, mas ele engordou, engordou; quando ele chegou aqui não conheci ele, sabe... eu não tenho vontade de ir lá ver ele, ah... eu sei lá, essas coisas assim, eu não tenho vontade (Madrasta).

Porque na realidade, até eu tenho medo de ir lá vê-lo (Pai).

Mas vocês têm medo por causa da agressividade dele, ou por causa do ambiente, da doença?

Não é por causa da agressividade dele não, de ir lá, eu não tenho medo da agressividade dele lá, lá ele está controlado; ai, mas me dá uma coisa tão ruim, sabe? (Madrasta).

E eu já tenho medo de ele me agredir lá (Pai).

Eu não tenho medo dele agredir porque lá tem um monte de gente, qualquer coisa eles vão acudir, eu tenho medo é de ficar sozinha com ele, mas lá não; só que eu não tenho vontade de ir lá, não tenho vontade de ir ver ele, de jeito nenhum, não tenho; ai, mas me dá uma coisa tão ruim (Madrasta).

Eu, quando ele tava no Sanatório, eu até ia lá, só que eu voltava mais ruim do que ele (Pai).

Um dia eu falei para ele (refere-se ao pai de E.): “Você não vai visitar seu filho? Tem que ir”; aí teve um dia que ele começou chorar e dizer: “Ai eu não gosto de ir lá, é difícil”; aí eu não insisti mais, porque ele que sabe né (Madrasta).

Eu quando tinha que ir lá no domingo, na quarta ou quinta-feira já começava orar, para pedir força para Deus para ir lá, parece que tinha uma coisa assim que amarrava (Pai).

Ah, eu não sinto vontade de jeito nenhum, se for pecado Deus me perdoa, mas eu não tenho vontade, Deus me livre; se quiser levar uma comida, se precisar de alguma coisa, posso até fazer, mas ir lá não (Madrasta).

E quando você ia lá no hospital, você sentia mal em vê-lo ou em estar lá?

Juntava tudo... juntava tudo... chegava lá, não tinha como conversar com ele, ele que conversava, só ele que falava; e quando eu falava alguma coisa que ele não achava bom, ele já fechava a cara, aí quando acabava, porque eu sempre levava o lanchinho para ele, acabava de tomar o lanche ele já dizia: “É, agora eu vou lá assistir o jogo” ou “vou lá fazer isso, vou lá fazer aquilo”, “assistir a novela” (Pai).

Ficava junto com o pai só enquanto tinha comida. É duro você ver uma pessoa num estado desse, que você não vê... não vê... Meu irmão ficou lá umas duas vezes também, mas o meu irmão era por assim... tipo uma fraqueza que dá, dele ficar muito tempo assim sozinho e sem comida, porque ele começou a fazer uso de drogas e de álcool, aí ele foi lá para o estado de São Paulo e já faz mais de dois anos que não aparece por aqui; minha irmã fez uma casinha para ele lá, ele trabalha; o negócio dele acho que está em Barbosa, porque não pode ir para lá, mas como ele está em São Paulo, está lá na casinha dele, planta mandioca, abóbora, quiabo, milho; graças a Deus faz mais de dois anos que está para lá e está bem; mas, o E., eu não... não vejo essa recuperação nele, não vejo assim; porque meu irmão tem vontade de ganhar, comprar roupa, comprar calçado, toma banho, faz tudo certinho; agora o E. não, está sempre na mesma coisa, não tem... é sempre aquilo, aquilo, então, não tem nada, nada; embora que meu irmão também não tem planos, mas pelo menos tem plano de plantar, colher, comprar roupa, comprar calçado, pelo menos isso ele faz, ele planta, colhe, vende, ganha dinheiro, põe no banco ou dá para minha irmã guardar, ou para o vizinho guardar, quando ele precisa ele vai lá e fala: “Dá que eu vou gastar”, agora aquele ali (referindo-se a E.).... (Madrasta).

Agora o plano do E., quando ele se aposentar, porque ele já sabe quanto que ganha: quinhentos e dez; ele mesmo já logo falou para o cara que tava entrevistando ele, que tem três salários atrasados, ele falou, que vai pegar esse dinheiro, vai fazer tratamento dos dentes em Curitiba. Em Curitiba (Pai).

Veja bem, em Curitiba; agora como é que coloca na cabeça de ir para lá e não pensa que tem que pagar um hotel, alimentação, essas coisas não pensa, acha que isso aí é assim; sendo que aqui tem tanto dentista bom, tem a universidade aqui; não precisa pagar a despesa, nem tem gasto para ir (Madrasta).

Como a mulher sempre fala, quando ele fala assim, a assistente social já dá um basta nele: “Não precisa ir para lá E.” (Pai).

Eu acho que ele não tem muita noção de controlar os pensamentos, de saber o que é certo, o que é errado, acho que é isso aí (Madrasta).

Quando ele foi para Curitiba trabalhar, ele já estava com a mulher?

É ele tinha arrumado um serviço bom para ele, pensei até dele (aponta para o marido) pegar um serviço desse lá, porque ganhava beeemmm, eu até falei, mas Deus dá asa à cobra né? (risos). Ele doente arrumou aquele serviço bom, eu falei assim, ah, não é inveja, entende? Aí chutou, na mesma hora que arrumou serviço bom, chutou (Madrasta).

E ele ficou quanto tempo lá?

Uns três dias, não foi? (Madrasta).

Ele não chegou nem na firma (Pai).

Ele não chegou nem trabalhar, trabalhou não, a turma ligou aqui atrás dele; e ele com tudo pago, tudo pago, lugar de morar, comer, tudo, naquela época era um dinheiro... (Madrasta).

Quem ficou no prejuízo fui eu, porque ele levou colher minha, régua, coisas de carpinteiro, esquadro, serrote, tudo, ele levou tudo; se fosse ver quanto ele levou de ferramentas, foi mais de duzentos contos (Pai).

É levou as ferramentas tudo, e perdeu; porque tinha que ter isso lá na firma, tinha que ter; mas ele soube procurar a assistente social para mandar ele de volta, isso aí ele soube; não... mas ele tinha ido para Bauru, não foi?. Não foi aquela vez que ele foi para Bauru, que mandaram ele de volta? (Madrasta).

Não. Essa foi outra vez, porque quando ele foi para Curitiba, que ele tinha o serviço, ele já estava meio assim com a S. (refere-se à ex-mulher de E.); só que ainda estava morando com ela aí, quando ele voltou, daí que ela não quis mais ele (Pai).

Eu sei, mas quando ele foi lá para esse lugar, que ele não chegou, ele foi para outro canto, não foi lá não, não chegou no destino; de lá que mandaram ele para Londrina (Madrasta).

Ele fala que foi, mas não foi (Pai).

Diz que foi para Bauru, Bauru mandou para Londrina, de Londrina mandou a assistência social mandar embora para Maringá, veja só que desvio. Aí o homem da firma ligou e falou, se ele aparecer aqui nós não vamos querer mais não, porque era para ele vim aqui assim, assim, tal hora, para começar tal dia, assim, então ele não veio; então já tinha perdido (Madrasta).

E saiu daqui bom?

É...Aparentemente... Aparentemente estava bom (Pai).

Nós pensávamos que ele estava bonzinho. Olhando assim ele estava bonzinho né? Ainda mais que: “Oba, agora vou arrumar serviço” tudo certinho. Sai do ambiente conhecido, vai para o desconhecido, dá aquele estranhamento na pessoa (Madrasta).

A única coisa que dava para perceber um pouco, que ele estava nervoso, e depois ele já estava fazendo planos de tudo quanto ele ia ganhar lá, ia comprar carro, casa...(Pai).

Fazer aniversário para menina, a filha dele; o dinheiro nem tinha começado ganhar, e já estava fazendo planos bem alto; porque planos a gente faz, eu mesmo quero trocar minha geladeira, mas ele não, fazia tantos planos que parece que o dinheiro já estava na mão já; do jeito que ele fazia: “Eu vou ganhar, vou fazer isso, vou fazer aquilo”; aí, pelo amor de Deus (Madrasta).

E ele tem irmãos?

Ele tem de homem o Ez., depois tem a R., e a minha filha, essa da qual falei (Madrasta).

E a mãe dele faleceu? Que idade ele tinha?

Faleceu quando ele tinha quatorze para quinze anos (Pai).

Então, na época que começou o primeiro surto ele já estava com a mulher, mas ela o mandou para vocês?

Ele já estava com ela há dez anos, na época (Pai).

Já tinha até filho; mas ela não quis saber não, quando ele começou a apresentar problema; e ele tinha um ciúme doente por aquela mulher, ele ia buscar ela no serviço e ficava esperando para vir embora, e ela acabava perdendo o serviço, porque, patrão não gosta que chega lá, fica plantado em frente a casa, esperando o horário; se chega cinco minutos, um pouco antes do horário, tudo bem, mas chega lá, uma, duas horas antes e fica lá esperando, você acha que gosta? De jeito nenhum. E ela acabava perdendo o serviço, aí ele xingava ela, porque ela não parava em serviço, era uma confusão (Madrasta).

Depois que começaram esses problemas do E., quais foram as dificuldades que vocês encontraram para lidar com isso?

Foi o problema da agressão mesmo, o nosso medo era trazer ele para cá ele agredir nós, ou uma criança mesmo (Pai).

E em relação ao tratamento, quais foram as dificuldades? Foi fácil conseguir tratamento?

Não foi tão fácil. Como eu estava falando para você, eu tive que lutar para eles aceitar ele lá para tratamento (Pai).

Teve também a vizinha que morava aqui nos fundos, que foi conversar com eles, porque não queriam aceitá-lo lá, porque tinham dado alta e não queriam receber ele de volta. E ela veio aqui conversar, porque ela viu como que estava o problema; eu nem chamei ela, ela que se ofereceu, ela como trabalhava na área, entendia do assunto; eles estavam aí esperando para levá-lo, ela veio e conversou, explicou certinho; e eles indagaram, perguntaram para outra e todas diziam: “Não, ele está ruim, não pode ficar aqui desse jeito não, é até um risco para família, para os vizinhos”; e lá ela falou bastante com eles (Madrasta).

E quando ele ia, ou quando queriam que ele voltasse, o médico, ou alguém do hospital, falava com vocês, explicava o que tinha que fazer?

Não. Só dava alta (Pai).

Mesmo quando entrava no hospital?

Não, nada. Não, quando dava alta, elas só ligavam aqui, a secretária e falava: “Já está de alta, pode vim buscar” (Madrasta).

Então vocês nem falavam com o médico?

Não, falava nada; pelo menos nunca chamou eu para falar nada (Madrasta).

Me chamou só uma vez, para falar que ele estava com cinco dias que estava de alta, daí ela chamou eu para conversar com o médico, eu peguei e contei o caso para o médico, eu falei: “Não tem jeito”, e o médico (imita uma entonação áspera): “Então deixa ele aí”, “deixa ele aí”; e não chamou mais. Essa foi a única vez; a primeira e a última (Pai).

Teve uma vez que a moça que ligou que ele tava de alta, e eu falei: “Ah, eu não vou buscar não, vou buscar e fazer o que com ele aqui? Eu não posso cuidar dele; meu marido não pode cuidar, eu não posso cuidar, vou buscar uma pessoa e largar ele aí de qualquer jeito? Não tem jeito não” (Madrasta).

Quando vocês queriam que ele fosse internado, o que vocês faziam?

Para levar ele? Polícia, ligava para polícia, não tem jeito (Pai).

E como vocês aprenderam que era assim que fazia? Alguém instruiu vocês, falou que era assim que tinha que fazer?

Não, a solução fomos nós mesmos (Pai).

Não tinha outro jeito. A gente que estava com o problema aqui.. olha, ali na casa da vizinha ali embaixo, ele chegava, entrava, na casa da vizinha, ela comendo, ele ia chegando e entrando, a vizinha, coitada, não falou nada até hoje; ele chegava, já entrava assim, já ia sentando na mesa para comer, sabe? Não tinha controle com a comida não. Quando ele queria comer, não tinha controle de dizer: “Agora já basta, só esse aqui já está bom”. Mas não, quando ele... igual, teve uma vez que tinha um pedaço de carne na geladeira, de uns dois quilos, ele pegou aquilo lá, colocou em uma panela grande de ferro, jogou a carne dentro; e eu estava no serviço; ele jogou aquilo inteirinho dentro da panela, e fez que tinha cozido, sapecou aquilo, pegou aquilo lá, aí eu cheguei em casa, ele estava comendo de um jeito; me deu vontade de chorar, parecia um leão, alguma coisa assim, ai sabe, aquele pedaço... no outro dia, vomitou tudo, porque comeu aquilo semi-cru, tudo de qualquer jeito; naquele dia me deu um desgosto tão grande, tão grande; ai gente; ainda pegou a panela que fazia dias que eu não usava; sabe aquela panela que você não usa? Nunca usa? Estava lá guardada a panela de ferro, eu nunca usava, ele catou, colocou a carne, do jeito que tava, você acha que ia fazer bem? Quando eu cheguei, perguntei: “E., você lavou a panela?”, “Não”; “e que que você colocou aí dentro?”, “Nada, só coloquei para cozinhar”; mas dava desgosto de ver, o jeito que comia, lambuzava tudo os dedos, o sangue escorrendo da carne; aquele dia eu falei: “Ai Jesus”; brigar não pode, eu falei: “E., não pode comer desse jeito, isso faz mal, a carne ta crua, a panela ta suja, tem doença”; mas vai explicar isso? Não tem noção, se faz isso é porque não tem noção; aí depois tive que jogar a carne fora, porque aquela panela tava lá guardada, era da finada mãe dele (refere-se a mãe do marido), era sujeira de muito tempo, estava lá na despensa de qualquer jeito, aí, tive que jogar fora. Comida eu colocava na geladeira, assim, ele pegava a vasilha e comia; às vezes sentia vontade, em vez dele pegar o prato e por um pouco, ele comia direto na panela; teve um dia que fazia mais ou menos uma hora que ele tinha comido, ele pegou a vasilha todinha de comida, eu tinha feito almoço e janta, era muita comida, ele catou aquilo lá sozinho e foi comendo, ele não ia comer tudo porque não agüentava, eu não podia chamar atenção, deixei ele comer até o tanto que agüentou e o que não agüentou ficou lá, depois joguei fora; era arroz temperado, eu tinha feito um monte porque ia na igreja, para não precisar fazer janta; sabe, não parecia aquela pessoa civilizada que ia lá catava um prato, não tinha essa noção de pessoa equilibrada mesmo. Na verdade nem mesmo as pessoas que moram ali, os índios não faz uma coisa dessas, reparte e vai comendo pedacinho por pedacinho, né? Não cata assim o bicho inteiro para comer, assim cru e tudo de uma vez (Madrasta).

E ele era um bom cozinheiro também, cozinhava muito bem, antes de adoecer (Pai).

Deixa eu ver se falta alguma coisa...

Na verdade, você que está formando agora precisa ter esse conhecimento de até que ponto chega a doença, porque nós não tínhamos, a gente não tinha noção, a gente ficava assim tão perdido, não sabia o que fazer. No final dos tempos eu tinha que dormir com a porta aberta para cuidar das crianças, tinha medo que ele fosse lá, maltratasse uma criança, porque a gente né, não sabe o que passa na cabeça de uma pessoa assim (Madrasta).

O pessoal da saúde aqui do bairro, na época, ajudou vocês?

Não ajudou não (Pai).

A gente era tão desinformada dessas coisas, acho que na época nem tinha postinho. Agora tem postinho. Agora até passam alguma informação, mas naquela época a gente era muito desinformada; hoje ainda a gente vai, explica alguma coisa, antes não. Essas informações começaram a passar em rádio, televisão, mas na época pegou nós desprevenido, nós não tínhamos conhecimento de nada não.

Mas mesmo agora, no posto, ou o agente de saúde que passa aqui, traz alguma informação a esse respeito? Ou, você já viu algum panfleto, alguma informação?

Não, só se for lá no posto. Mas eu vou lá atrás de doença? Eles que tem que passar a informação para gente (Madrasta).

Como foi decidido pela internação dele e que ele iria ficar no hospital?

Foi depois da agressão no consultório; porque se ele não tivesse agredido lá no consultório e na ambulância, eles não tinha internado; porque eles não acreditavam; porque quando a gente conta eles pensam que é mentira o que aconteceu. Porque quando chamaram a polícia e a polícia vinha, ele ficava aí, como se nada tivesse acontecido, ele ficava bonzinho, então eles achavam que era manha dele, alguma coisa, aí chegava em casa ele já queria partir para pancada; aí a polícia chegava e falava: “Mas isso aqui não é caso nosso, é da ambulância”; e nós dizíamos: “Mas a ambulância não vem, como eu vou fazer? Tenho que chamar vocês” (Pai).

Quanto tempo ele ficou internado no Sanatório?

Agora faz um ano, um ano e pouco que ele saiu; mas ele ficou quase seis anos lá (Pai).

E quando você ia visitá-lo, você percebia melhora nele?

Não, sempre igual (Pai).

Você comentou que quando ele estava no Sanatório ia visitá-lo, quantas vezes você ia?

Um, duas, três vezes por mês, aí depois eu fui diminuindo, fui diminuindo, eu vou falar a verdade, fui diminuindo e agora já está com mais ou menos um ano que eu não vou lá (Pai)

Depois que ele mudou para essa casa ele não foi mais (Madrasta).

E quando você ia, ele lembrava se você tinha ido, ou não tinha, se fazia tempo...

Não, não lembrava nada; a única coisa que ele lembrava era da mulher dele e da minha filha lá de Bauru, “tal dia” ele falava o dia, o cunhado viria e ia buscar ele lá; mas não tinha falado, não tinha falado nada, ele que inventava, era fantasia; é o que passava na mente dele; aí acabava de falar dele e falava: “Você viu pai? Minha mulher é bonita né?”, aí falava o nome dela e dizia: “Ela é bonita né?”; aí ele tem uma filha, sabia o nome, ele a chama de Em.; aí era por aí, falava dela, daqui a pouco voltava no assunto da mulher de novo. E até acabar o lanchinho, acabava o lanchinho ele já ia, mandava eu embora e ia lá fazer outras coisas (Pai).

Quando era para ele vir para cá, que o pessoal ligava dizendo que ele estava de alta, era perguntado para ele se ele queria vir?

Eu não sei, nós nunca ficamos sabendo. Ele mesmo nunca falou nada. Só uma vez que eu fui lá que ele perguntou se eu tinha ido de carro; daí eu falei que não, que tinha ido de magrela; aí ele falou, aquele dia ele falou: “É, eu vou com você na magrela”; “eu vou com você na magrela”; “eu vou com você na magrela” (Pai).

Vocês têm perspectiva de deixar ele lá, de trazer para cá, ou fazer alguma outra coisa?

Nós até temos, mas a condição nós não temos, não tem, nós não temos condições enquanto ele puder ficar lá...(Pai).

Vocês acham que mudou alguma coisa depois que ele saiu do hospital e foi para casa, para a Residência?

Mudou a segurança dele, porque ali é pequeno, é pouca gente, muito melhor do que lá, era muita gente; então, eu acho que ali tá melhor do que estava lá. Eu falo em relação à moradia, à acomodação dele (Pai).

Eu tenho vontade ir lá, ver ele; de ir lá, levar alguma coisa para ele, ou uma roupa, ou levar alguma coisa que ele gosta sabe? Mas na mesma hora, falta coragem; assim, eu gostaria de ir lá, ver onde ele está... É, mas não tenho coragem. Tipo assim, comprar alguma coisinha para ele, uma muda de roupa, alguma coisinha que ele estiver precisando; porque é um ser humano, não tem culpa, eu tenho dó, porque aquilo que ele tem é uma coisa difícil, para mim não tem cura, sabe, me dá uma tristeza, porque se você sabe que fica lá dois, três anos, com um outro tipo de doença que você pode cuidar, dar um banho, tratar; agora, ele, não tem esperança, só vai ficar nisso, a gente não tem esperança nele; você vê, eu mesmo não tenho, eu não tenho não (Madrasta).

Foi a esperança que o médico deu: morar lá e passear aqui; foi o que o médico falou para mim; essa é a vida dele; falou para ele inclusive: “você vai morar aqui e passear lá” (Pai).

Que nem se fosse outra doença a gente dava banho, comida, levava na escola, no banheiro, agora, é diferente, não é que eu sou desumana, porque nossa, eu sofri muito com a minha patroa, porque eu fazia tudo por ela, dava banho, ela fazia as necessidades na roupa, na cama; eu deixava ela trocadinha, limpinha, trocava, penteava o cabelo, passava pó, porque ela gostava, caso chegasse alguma visita. Às vezes você sacrifica o seu corpo e está fazendo pelo outro; agora ele, toma banho sozinho, come sozinho, né.... E a família vai cansando, porque às vezes só tem uma mãe velhinha que fica para cá e para lá com o filho, até que vai indo a vida acaba; tinha uma moça que o irmão dela ficava lá e um dia encontrei ela na rua e perguntei do irmão dela e ela falou que ele morreu atropelado; disse que ele vivia ruim, ruim, ruim, aí saiu na rua e morreu; você vê, não tem esperança, nem para ele, nem para família. O duro também que se oferecer risco para alguma pessoa ou se foge, a gente que tem que pagar, se aconteceu qualquer coisa, se agredir, já falaram: vocês que são responsáveis. Diante de uma situação dessas você vai fazer o quê? Qualquer coisa que ele fizer, ele não tem noção do que faz (Madrasta).

É que nem o termo que a gente assina lá no Sanatório, todo prejuízo que ele fizer lá dentro, a gente que tem que pagar; meu medo maior dele lá era por causa disso; móvel, o que quebrar lá, a gente que tem que pagar (Pai).

Tanto é que se ficar muito agressivo aí, eles mandam lá para o manicônio (referindo-se ao manicômio); é, manicônio, manicônio, é onde? Em Jandaia; em Jandaia... se a pessoa fica agressiva, sem controle, eles mandam para lá: manicônio, manicônio (enfaticamente). Só que lá também tem pessoas boas também, só que tem um lugar reservado lá para eles; eu para mim que é igual um cadeia né? Só sei que pessoa agressiva que eles não podem controlar, eles mandam para lá... é... manicônio.. já tem até nome esquisito: manicônio (enfaticamente); não faço idéia que jeito que é isso. Igual aqui tem lá, mas lá é repartido, tem uma parte que é muito doente e tem uma parte pros outros tipos; é o tal do Jandaião; dizem que o muro é bem alto; deve ser terrível lá, pelo termo que o povo fala (Madrasta).

Da minha parte era isso que eu tinha para perguntar. Vocês gostariam de dizer algo mais.

Eu, da minha parte, queria dizer que a gente não está com ele aqui não é por ruindade não, é porque a gente não tem condições de tê-lo aqui, de dar assistência para ele aqui, igual a mulher queria nos convencer a todo custo a ficar com ele aqui, como é que a gente vai ficar com uma pessoa se a gente não tem condição de ficar com a pessoa; eu tenho medo de ficar com ele, agora, ele (marido) vai para o serviço e daí? A mulher falou: “Ele vai ter aposentadoria”; mas eu falei: “A aposentadoria é dele, não nossa”; ele vai ter aposentadoria, dá para viver, mas o problema não é o dinheiro (Madrasta).

Então, tem um programa do governo que chama “de volta para casa” que está pagando 320 reais por mês para as famílias receber seu doente em casa. O que vocês acham disso?

Não, ofereceram duzentão naquela época para ficar com ele, eu falei: não, nem por um salário inteiro eu não fico; o problema não é o dinheiro. Não tem como. Agora, quando é pessoa rica, dá para ficar com a pessoa, mas nós vamos fazer o quê? Trabalha hoje para comer amanhã. Lidar com essa doença é muito difícil, porque as outras doenças você deixa o doente na cama e vai trabalhar, dá comida, dá banho, deixa ele alimentado e vai trabalhar, depois você volta, entendeu? Ele fica lá, agora esse outro caso, quando você voltar, você sabe onde vai encontrar ele? Sabe o que ele vai aprontar? Ixi, Deus me livre. Você não sabe... eu hein.... Eu, por doença me sacrifico tudo, mas esse tipo de doença... não consigo me ver me sacrificando.

E o E. é o único caso desse tipo na família?

É (Pai).

Da família aqui de dentro de casa é, mas da família da mãe dele, tem mais uns dois casos (Madrasta).

Não, não tem não (Pai).

Tem o L. e a C., que até hoje não desenvolveu, já tem mais de quarenta anos (Madrasta).

Aquele lá é família da família (Pai).

Ele é da família da finada, é sangue (Madrasta).

Mas o problema dele não é o mesmo, ele é paralítico, não se desenvolveu. Ele é filho da irmã da finada com outro homem (Pai).

É um pouco diferente, mas o outro é doente da cabeça; É, mas é sangue; esses problemas são... são... como fala? De geração. É, de geração, bom eu acho (Madrasta).

Agora só me resta agradecer a participação de vocês.

Para vocês é bom, porque vocês não sabem como a doença é, onde pode chegar (Madrasta).

E para gente é bom porque a gente desabafa com outra pessoa que não é da família, né? (Pai).

Porque a gente não fica conversando sobre esse assunto com outras pessoas, uma que a gente não tem tempo mesmo, é só do trabalho para casa e da casa pro trabalho, então, é uma oportunidade da gente colocar para fora isso que ta guardado lá dentro, porque eu não vou lá na minha vizinha contar isso, ela não tem tempo e eu também não tenho; então foi até bom

conversar. E quando a gente vai falar pros profissionais eles não acreditam, eles dizem: “não, ele ta bom; ta tomando remédio ta bom”, é assim que eles falam (Madrasta).

Depois que entrevista foi encerrada a madrasta de E. ficou cerca de 40 minutos conversando com a entrevistadora e contando sobre suas dificuldades em outras áreas de sua vida, principalmente no que se refere aos cuidados dos quatro netos que moram com ela e que são filhos de sua filha; esta, segundo a madrasta de E., não dá nenhuma assistência aos filhos, sequer vai vê-los.

APÊNDICE D

ENTREVISTA 03b

Usuário: E.

Entrevistada: Ex-esposa

Então, eu soube que você foi casada com o E. e eu gostaria de saber a história dele., sobre como começou a doença, sobre os tratamentos buscados, entre outras coisas; você me conta a história e se faltar alguma coisa eu vou perguntando, ok?

Ok, deixa eu lembrar como que foi; foi em 2000 parece, é, foi em 2000 mesmo que ele ficou ruim. Ele estava morando junto comigo, fazia uns cinco, seis anos que eu morava com ele.

E em todo esse tempo ele estava bem?

Ele não era muito normal não; ele gostava muito de ficar sozinho no quarto desenhando, não gostava de fazer amizades e.... muito inteligente, ele era. No emprego dele, ele era bem inteligente, só que em todo lugar ele era nervoso, caladão, sabe? E qualquer coisa assim, ele perdia o equilíbrio, ele mesmo dava murro nas coisas.

E dentro de casa ele era assim também?

É, ele era muito enérgico, muito rigoroso em tudo que ele ia fazer, tudo que falasse tinha que ser aquilo, ninguém mudava as idéias dele; não era uma pessoa assim extrovertida, que tinha os momentos de lazer, uma pessoa muito fechada. Ele era muito... é, possessivo, eles são né? Muito possessivo, tudo que era dele, era dele, ninguém podia falar o contrário.

E no relacionamento ele era assim?

Muito, demais, ciúmes excessivo; as pessoas percebiam, tanto é que ele era muito ciumento, que eu tenho uma filha, que não é filha dele, aquela ali da foto, já é casada, tem filhos; ela era pequenininha, quando nós fomos morar juntos, e ele tinha ciúmes dela comigo; das pessoas conversarem comigo; aí as pessoas questionavam porque ele era assim e eu achava que era porque ele gostava de mim, mas também, tudo que era para mim era especial, se ele ia comprar uma roupa para mim, era da melhor, não importava o preço.

Então, e nós fomos morar juntos, nós nos conhecemos e pouco tempo depois fomos morar juntos, a minha filha, a V., que é a mais velha e que não é filha dele, tinha uns oito anos, e se nós duas estivéssemos conversando, ele imaginava que nós estávamos falando sobre ele, falando sobre o pai dela, eles sempre acham que a gente tá falando alguma coisa. E ela foi crescendo, crescendo e essa idéia de posse dele foi aumentando, porque ele achava que ele era o pai dela; ele era muito possessivo com ela, ele dizia: “ela tem que me obedecer, eu sou o pai dela, eu quem dou comida para ela”, essas coisas; e as brigas aumentaram.

(O cachorro entra no ambiente e S. comenta):

Fora Bob, eu solto ele para passear e ele fica entrando aqui dentro. Porque durante a semana, ele fica preso, porque a minha menina, que é filha do E. fica em casa sozinha, ela chama M., tem doze anos, é aquela da foto ali. Minha mãe mora aqui do lado.

Então, o que eu estava falando mesmo?

Que ele era possessivo...

Então, aí ela foi crescendo e as brigas continuaram, aí depois que nós estávamos juntos ele queria ter um filho. Eu não queria muito, porque eu já tinha a minha, já tinha as minhas dificuldades, e ele dizia que se eu não tivesse um filho dele, era porque eu não gostava dele; ele sempre achava um monte de coisas: que eu não gostava dele, que eu ia largá-lo; e eu dizia que não era isso; mas daí eu comecei a entender, que ele era solteiro, não tinha nenhum filho; foi a época mais feliz da vida dele: quando eu engravidei, depois de quatro anos tentando, aí eu engravidei e foi a época mais feliz da vida dele.

E ele é sempre assim, preso ao passado, lembrando as mágoas do pai dele, que o pai não cuidou dele direito, que não deixava ele fazer isso, não deixava ele fazer aquilo; daí eu engravidei e ele começou a viver a gravidez, ficou feliz, engordou e falava para todo mundo que era a época mais feliz da vida dele. Aí começou a pesar as dificuldades porque devido ao ciúme dele, eu não parava em emprego, porque ele queria ficar me buscando, me trazendo, ligando, mas isso para mim era meio normal, porque eu tava envolvida com ele, eu acho né; e eu não ficava em emprego, porque eu dizia que ele pegava muito no meu pé, e as brigas continuavam com a minha filha e comigo. E eu agüentando e pensando que ia melhorar um dia e ela crescendo. Aí a M. nasceu, ela está ali no quarto, aí ele começou, dizendo que a filha dele ia ser isso, ia ser aquilo, que a minha filha não vai ir na creche, sabe, ele era assim, cheio de orgulho da filha, minha filha não vai ter necessidade, e a outra ia se ressentindo e aquilo ia me magoando, aí eu comecei por assim na cabeça, comecei a pensar... quando chegou o nascimento da M., nós começamos a passar dificuldade, porque só ele trabalhando, e aí a doença começou a aparecer nele; ele ficava nervoso demais, porque não conseguia pagar as coisas, e como eu falei, tudo dele era do bom e do melhor, você está vendo esse azulejo, essas coisas? Foi tudo ele que colocou, ele tudo que fez; essa casa aqui, quando eu ia fazer, porque eu fui casada duas vezes, eu só coloquei as lajotas, dali para lá, e ele lutando, trabalhando, trabalhava muito, era uma pessoa perfeita... mas não conseguia, sabe, começou a ficar nervoso com o patrão... a vida né, as coisas começaram a pesar, e a cabeça dele não agüentou; daí a gente brigava, ele falava essas coisas, eu achava que era porque ele era ruim... nossa, e uma discórdia, você está vendo aquele vidro ali? Faz muito tempo que nos separamos, mas aquele vidro ali foi ele quem quebrou, dando murro, porque ele ficava agressivo; eu achava que era nervoso, porque ele era normal, tava aí desenhando, porque ele ganhava até prêmio de desenho e ele nunca estudou, uma pessoa super caprichosa... e daqui a pouco ficava nervoso por nada. Minha família mora aqui do lado e ele brigava com a minha mãe, ele brigava com ela, tudo por ciúmes, por bobagens, e eles não entendiam, até hoje uns dizem que não é loucura... e eu também ficava pensando como ele poderia ficar nervoso daquele jeito e em seguida ficar bom. Aí nós começamos a brigar bastante e a minha filha mais velha ficando moça, não podia sair; ela não era rebelde, trabalhadeira, aprendeu fazer unha... e ela saía para aprender fazer unha, ele dizia que ela estava indo passear, que ela gostava daquele serviço, mas tinha que arrumar algo que ganhasse mais, porque eu acho que tudo pesava para ele, eu acho, era tudo muito pesado para ele... e eu achando que ele estava sufocando demais a gente, sufocando ela. Sei que quando foi nos dezoito anos dela, a briga dentro de casa estava demais, porque ele implicava com tudo, aí eu achei que não dava mais, porque já era hora de deixá-la namorar, aí eu falei que não dava mais; e ele me xingava demais, e tentava me agredir fisicamente e moralmente então, não dá para falar. E eu tive que fazer a mala dele, porque eu não agüentava mais, porque se eu saía para trabalhar, ele falava que eu não estava trabalhando, quando eu chegava, as coisas estavam todas estragadas e, sem falar, que ele andava atrás de mim por aí; se eu falasse que trabalhava em tal lugar, o último emprego meu, naquela época, foi na S., mas eu dizia que trabalhava de doméstica na Zona 05; e eu via ele passando lá na frente, andava a pé, para todo lado, atrás, procurando, batia palmas, as últimas coisas, as crises mesmo, acho até que isso foi depois do internamento; antes do internamento

foi assim: nós estávamos nessa desarmonia em casa, aí eu dei um basta, porque ele me xingava, xingava minha filha; e ficava falando, julgando ela e comparando as duas, como se a dele fosse melhor, e isso ia me revoltando. Daí eu falei para ele que não dava mais, que era para ele voltar para a casa do pai dele, que eu ficava com as meninas, mas ele não aceitava de jeito nenhum, ele queria me bater, dizia que não, que ele não ia embora, que essa casa era dele, que ele tinha construído, aquela mesma coisa, que ele era dono de tudo, porque ele era possessivo demais, e ele começou a xingar minha família, querer a me xingar e eles não iam deixar... aí ele pegou, com muita briga, com muita confusão mesmo, ele foi embora, praticamente à força. Foi para a casa do pai dele; chegou lá, ele piorou, porque ele ficava vindo de lá até aqui a pé, ele trabalhava de sorveteiro, para trazer dinheiro, para comprar as coisas para a filha, ela era pequenininha, tinha quatro anos. Depois, acho que ele começou a andar muito na rua, e ele não aceitava que ele não conseguia mais fazer serviço de pedreiro, ele não sabia fazer mais; antes dele ter a crise, ele trabalhou em uma fábrica de móveis, colocando azulejo também, só que daí, lá o homem não pagava direito, o homem pagava metade... e ele não queria, e ele só faltava se pegar com homem; e ele chegava aqui nervoso, xingando, falando, e eu tinha que agüentar; aí foi embora para a casa do pai dele, mas ele sempre dizia, que ia embora, mas que ia tratar da filha, e eu dizia que não tinha problema. Daí ele foi para lá, mas ele não combina com a madrasta dele, ele não se dá bem com ela de jeito nenhum; porque ela também é possessiva, porque eles têm umas terras lá e ele tinha na cabeça que uma parte era dele e, de fato, ele tem a parte dele; mas ela queria que ele assinasse, uma coisa assim, e ele pegou raiva dela, e ela era brava com ele. A madrasta tem uma filha que dá muito trabalho para ela, menina não, é uma mulher já, filha só dela; essa filha já deve ter uns quatro filhos, quatro filhos que, não falando, julgando, mas cada um de um pai;

Então ela não é filha do pai do E.?

Não, é filha só da madrasta, mas quem tem os quatro filhos, um de cada pai, não é a madrasta, e sim a filha dela; quando eu conversei há pouco tempo com a mãe dela, ela estava se prostituindo, fazendo uso de drogas, já tem filho com problema de drogas e ele não aceitava, porque ele é, ele era, muito correto. As coisas dele eram muito certas, tinham que ser; e ele foi para lá morar, e eles não deram certo; a madrasta preferia a filha dela dentro de casa a ele. Aí eles começaram a brigar, eu acho que a doença ultrapassou, causou traumas, porque o psiquiatra falou para mim, a pessoa tem essa doença, devido a tantos traumas, tanta coisa, ela aparece; aí ele ficou bem ruim lá, começou a brigar e a madrasta chamou o Sanatório, e o pessoal levou ele e aí que ele pegou raiva dela mesmo; aí foi onde ele foi internado, me ligaram falando e eu disse que não sabia que ele estava doente, mas que ninguém agüentava ele aqui, daí ele ficou internado e eu comecei a pensar se eu voltasse com ele se ele ia ficar bom; porque me diziam que ele só falava em mim, na família dele, que era a mulher e a filha; até hoje ele fala na mulher dele, na filha dele e na casa dele. E eu me perguntava se era culpada disso; aí me falaram para ir visitá-lo, pois quem sabe ele melhorava, daí eu fui, comecei a visitá-lo; na época eu trabalhava de diarista, comprava as coisas, levava para ele; ele ficou internado quarenta dias, eu visitei ele esse tempo todo, dei atenção, mas lá, igual dizem, lá eles são santinhos, tomam remédio certinho, mas ele me dominava, e essas pessoas tem que você dominá-la, se ela te dominar, você fica igual criança; aí ele recebeu alta e começamos a viver juntos novamente, tentando ser normal, porque ele não gostava da V., eu tinha até medo dele fazer alguma coisa; aí ele voltou, eu colocava ela para dormir com minha mãe, a outra dormia lá também, porque eu tinha medo dele, o médico avisou que a mente dele, na mesma hora que estava boa, ele pode pensar em uma coisa e fazer, depois ele volta ao normal, e era bem assim mesmo. Aí trouxemos ele para cá, mas daí ele começou a estragar as coisas, eu tinha as coisas e ele estragava, e ele não tinha nenhum benefício, nem era aposentado, eu tinha que trabalhar, aí levava a M. na creche, a V. ia fazer unhas, ele ficava o

dia inteiro em casa, como não trabalhava, ele gostava de cozinhar; só que tudo que ele ia fazer, por exemplo, colocava o arroz no fogo, o arroz não cozinhava, ficava duro, ele deixava lá; toicinho, ele fritava, mas não ficava bem frito, ele deixava um pedaço frito, outro sem fritar, tudo mal feito, aí eu falei: “ele não está normal”; comecei a ficar preocupada, as brigas só continuavam e todo mundo dizia que eu era louca de ficar com ele, porque ele tinha muito ciúmes de mim, ele olhava para mim assim, como que avisando, que eu não podia olhar para outro, daí eu comecei a pensar bem, e ele sempre falava; e essas pessoas assim, você dorme, mas não relaxa, você não dorme, é vinte e quatro horas; não, mas então, quando ele veio para casa, eu ia no CISAM com ele, eu acompanhava ele no psiquiatra, onde precisava eu ia.

Quer dizer que ele veio para casa, mas não voltou trabalhar, levar a vida como levava antes?
Não, ele até tentou, mas não deu; porque eles já vêm de lá dopadinhos, porque esses remédios são muito terríveis, é difícil a pessoa voltar, quando ela começa a voltar, se tiver bem controle e eles quiserem, porque daí eles ficam bons e não querem mais tomar o remédio, dizem que estão bons, que não precisam mais, quem disse que eu conseguia dominá-lo? Ele não queria tomar o remédio e não deixava nem eu vê-lo tomando o remédio; foi indo assim e um ano eu fiquei com ele. Aí eu estava arrumando um serviço na C. porque eu queria um serviço registrado, pensando em tanta coisa, tanta coisa, saí para procurar emprego, perdi uma bolsa de semi-jóias, fui aprovada para trabalhar na C., pensando que ia ficar um mês sem receber, essas coisas, preocupada com tudo, tive um infarto aos quarenta anos, fiquei entre a vida e a morte, fiquei cinco dias na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e o médico disse que tudo foi devido ao stress, e eu tenho problema mesmo de stress e de pressão alta; porque quem tem pressão alta, não consegue viver 100% sem passar nervoso, ainda mais sem dormir; aí eu tive esse infarto, ele muito obsessivo por mim, e eu tenho vergonha de falar, mas ele era obsessivo por sexo, não era aquela coisa assim amor, ele não controlava os sentimentos dele, e nem sentia prazer, e isso, nossa, era muito ruim, porque eu tinha medo dele, dele ficar bravo, me matar, porque ele dizia que ia me matar; e eu às vezes estava cansada... e ele deitava e dormia, e quando eu estava dormindo, de madrugada acordava e ele estava me olhando e o psiquiatra falou que tinha que tomar muito cuidado, porque se ele tinha isso na cabeça, uma hora poderia fazer; aí pensando nisso, eu tive esse infarto, pensando que tinha que mandá-lo embora, pois não ia agüentá-lo, pensando na minha filha, que tinha que ficar posando na casa da minha mãe, era tudo assim misturado; e quando eu infartei ele achava que eu ia morrer, de cinco em cinco minutos ele falava que eu ia morrer, que eu tinha infartado, que eu não ia viver, e as pessoas ficavam com raiva, pensando que ele estava tirando sarro, mas já era da doença também; aí, quando eu vim para casa, que eu estava aqui me recuperando, que estava com quase dois meses depois, e nessa época, eu fiquei dormindo com minha mãe, ele dormia aqui sozinho e isso para ele era a morte, nessa época cortaram nossa luz, cortaram nossa água, morando aqui, fiquei cinco meses sem luz, e a minha cunhada morava ali no fundo e ela não recebia ele, e tudo isso era ruim para ele, porque ele não podia trabalhar mais, ele era um homem que mantinha a casa.

E ele não tinha nenhum benefício do governo?

Não, trabalhava por conta, porque daí ele ganhava bem; foi indo assim e só piorou, aí minha mãe falou que eu não podia ficar com ele, que eu estava fraca; e quando eu estava me recuperando ele começou com aquelas discussões dele e tudo, e eu comecei a pensar que não ia agüentá-lo, e assim, não é que eu não o amava mais, eu sabia que não era certo o que ele sentia, foi quando fiquei com muita dúvida e falei que não ia agüentar, mas se eu não cedesse ele ia querer me matar, vai ser uma hora terrível, eu comecei a pensar na minha filha mais velha, nas duas e nele; aí mandei ele para lá, disse que não dava mais, pedi para ele ir embora, ele ficava bravo, dava murro nas coisas, machucava a mão e ele foi embora, de novo, forçado.

Eu disse para ele voltar para o pai dele que eu ia viver com minhas filhas; ele não queria de jeito nenhum, dizia que eu tinha outro marido, aí foi para lá, como ele já era revoltado com eles, também não era bem-vindo; a madrasta tinha uma casa no fundo e colocava ele para ficar lá, assim que nem animal, ele não teve apoio de ninguém e eu não podia apoiá-lo porque eu não tinha forças, eu não tinha saúde para agüentá-lo; aí ele foi para lá, começou a trabalhar no parque de exposições, porque ela queria que ele trabalhasse, porque achava que assim ele ficava melhor; ele gostava de ver televisão, o psiquiatra falou mesmo que televisão não é bom para essas pessoas, quando ele ficava aqui, ele ficava o dia inteiro assistindo televisão, quem diz que alguém conseguia desligar? Ele não deixava... e lá, a madrasta não queria deixar ele ver televisão, além do que eles tinham os horários para assistir e ele queria assistir a hora que ele quisesse; daí colocaram ele nessa casa abandonada lá no fundo, dava comida para ele lá, deixava ele meio isolado, que era a pior coisa que podia fazer; daí ele só piorou, porque começou a procurar emprego, era época do parque de exposições, e arrumou emprego lá, mas lá ele já não tomava o remédio direito e lá tinha cerveja e a madrasta dizia que ele estava chegando bêbado; ele começou a achar ruim, porque eles não aceitam; ele não estava posando em casa, porque acho que ficava caído por aí, começou a brigar demais lá e ela chamou o Sanatório novamente; aí internou, ficou lá uma época, mas daí eu não participei, participei bem pouco, porque ninguém tira da cabeça dele que eu vou voltar com ele, e não existe isso mais, é muito difícil, então ele dizia que não ia embora para o pai dele não, que queria vir para cá; eu explicava para ele que ele não tinha mais casa aqui, que não ia morar mais aqui, mas ele dizia que podia passar dez anos, que eu sempre seria a mulher dele, e assim foi; ele ficou internado um bom tempo, deram alta de novo, quando chegou em casa ele começou a agredir, e a madrasta mandou ele de volta para o Sanatório, porque tinha criança lá, ele nem ficou; ele nem podia voltar, porque parece que só depois de quinze dias para reinternar; aí ela argumentou que tinha criança e que não seria responsável pelo que ele poderia fazer, aí não sei o que ela fez que eles levaram ele como agressor e agressor eles não liberam, ele foi ficando lá, cada vez ficando, ficando e agora ele está em uma Residência. Mas diz que até hoje ele fala da filha dele e da mulher dele. Parou naquele tempo lá, então ele não vai para frente.

Você não tem mais contato com ele?

Não, eu parei por causa daquilo que te falei, eu começo a ter contato, me atrapalha, não é bom para mim, nem para ele; eu sou muito sentimentalista, eu fico me achando culpada, mas eu não posso cuidar dele, e tenho medo de alimentar as idéias dele, porque a idéia dele eu não tenho como tirar.

E a filha dele, tem algum contato com ele?

Não tem porque ela não quer; não sei se porque ela me ouve dizer que não quero vê-lo, mas eu não quero ver para não sofrer também; ela diz que não quer ver, então, eu não forço, mas eu sempre digo que hora que ela quiser eu a levo, mas ela diz que não, que não tem coragem. E até hoje nem com a família dele eu tenho muito contato, porque a princípio eles achavam que eu é que tinha que estar cuidando dele, mas a realidade não é assim, tão fácil, porque agora eu saio para trabalhar, minha filha fica em casa e se ele tiver aqui, ela não pode ficar aqui sozinha com ele, se bem que é filha dele, é outro caso agora, mas tem a família aqui, que a gente depende da casa, que é no quintal da minha mãe; mas eu desejo tudo de bom para ele, mas não dá para ter contato, porque daí a gente se apega muito e sofre muito, muito, muito; e depois de eu ter feito umas consultas com psicólogo eu melhorei bem, mas eu não tinha vontade de nada, parece que o mundo tinha acabado, porque a gente sofre muito.

E eu já vi casos também; tem uma senhora que mora aqui em cima, porque o caso do E. é psicose, depois virou aquela outra, como que é...??

Esquizofrenia?

É, esquizofrenia, foi dado como esquizofrenia; aqui em cima tem uma mulher, que era enfermeira, teve um caso com o médico e teve uma filha, na gravidez ela teve depressão pós-parto, e nunca mais ela ficou boa; só que você vê ela, ela é daquelas pessoas doentes que dá raiva, de tão inteligente que são; ela olha assim para mim, porque eu tive um namorado que faleceu, e me pergunta: “ah S. seu namorado faleceu e não te deixou nem uma pensão?”; ela é super inteligente, ela gosta de dinheiro, é esperta; ela era enfermeira, teve esses problemas e eu acho que ficou internada, mas com outros médicos, eu sei que hoje, ela está até bem, mas tem época que ela fica terrível; ela mora ali no fundo da casa da mãe dela, mas ela não admite que ela é louca não. Tem uma outra ali, que a mãe dela tem um bazar aqui perto, que ela faleceu lá no Sanatório, ela era nova, não sei quantos anos ela chegou a ter, mas era nova, deixou uma menininha coisa mais linda; ela também teve problema de esquizofrenia pós-parto. Mas você vê a diferença, a N., essa que eu estou falando, ela foi tratada, não sei se ela foi no Sanatório, mas ela foi tratada melhor que essa outra, que eles pegavam e levavam para o Sanatório e deixavam lá, depois traziam, ela ficava tomando os remédios dela, era uma moça tão bonita, ela ficou assim enorme, grandona, engordou; a mãe dela, tendo loja e tudo, não podia trabalhar, e ela acabou, eu fiquei sabendo, que a irmã dela é psicóloga, você vê que ironia... e eu fiquei sabendo que ela faleceu, foi remédio errado; e ela deixou uma menininha coisa mais linda com a mãe dela; e essa outra, ela faz academia, anda na rua, diz que está fazendo regime, ela paquera, se cuida, precisa de ver; eu falo: “não, ela não tem nada de louca”; mas ela toma medicação, você viu, são dois casos diferentes.

Ainda teve outra aqui, eu acho que foi só depressão, ela teve um filho, o marido começou a traí-la e ela descobriu, entrou em depressão, mas não pós-parto, começou a andar pela rua, andou até fumando maconha com os rapazes; depois de um tempo ela engravidou, teve o filho dela, e o marido internou-a e tirou-a da casa dela, onde até hoje ele mora, e ela ficou andando pela rua, e hoje em dia, o menino é um drogado, que já até foi preso na fronteira.

E ela ficou na Sanatório?

Não, ela agora vive sozinha, acho que ela está recebendo algum salário do governo; mas ela andou muito tempo trabalhando na casa dos outros, as pessoas davam o que queriam para ela e ela fazia o serviço; nunca foi agressiva, mas hoje em dia eu acho que ela tem um pouco de consciência, porque ela não quer esse filho, ele está morando com a avó, e ela vive sozinha, mas não chegou ser agressiva. Três casos que eu falei para você, só daqui.

Eu fiquei preocupada de você chegar e eu não saber falar nada, porque eu não sei contar, e ainda sem chorar, porque às vezes eu choro.

Você comentou que o acompanhou nos primeiros quarenta dias de internação, nessa época, teve algum apoio, alguém explicou o que ele tinha?

Não, não teve apoio, como assim?

Alguém te explicou como lidar com ele?

Não, além de conversar com o médico não tive apoio de ninguém; eu participava, ia levá-lo, ia junto com ele para pegar a medicação;

Mas ele ia consultar e você acompanhava?

Sim, eu era apenas acompanhante, eu só ia junto mesmo, porque vai que ele falava que ia e depois não ia?

Mas em algum momento alguém explicou o que ele tinha, qual era o problema?

Não, não chegou a ter isso, porque antes dele ter os problemas, de tanto eu brigar e falar para ele procurar uma psicóloga, ele foi, mas na primeira consulta ele piorou, isso que foi engraçado, porque daí ele marcou no postinho e saiu a consulta, daí na primeira consulta ele piorou, ficou mais atrapalhado.

Eu imagino a sobrecarga que foi todo esse processo...

Foi terrível.

Então, eu gostaria de saber qual a ajuda que você teve para lidar com a situação, se teve alguma assistência?

Não, não teve, porque a gente leva a pessoa, eles atende, muito pouco fala com a gente, porque a gente está só acompanhando.

Quando você percebeu que ele não estava bem e resolveu procurar atendimento, como esse do psicólogo, como foi para encontrar?

Não foi fácil, porque é público, né? E as coisas públicas, tipo psicólogo, essas coisas, parece ser luxo, porque há pouco tempo, eu tive uma paralisia facial, de outro trauma que eu tive, diz que foi acúmulo de stress, fui no médico e ele disse para agendar uma consulta, e eu perguntei se enquanto isso eu ficava sem fazer nada e ele confirmou; depois o neurologista disse que eu tinha que tomar remédio imediatamente; e psicólogo é assim, quando a pessoa tem um problema desse, até a gente perceber... e depois ainda vai marcar consulta para quando sair, e nesse meio tempo, pode acontecer o pior, e demorou; e quando ele piorou mesmo, aí que foi... porque ele foi, mas depois continuou as dificuldades dentro de casa, a discórdia, aí ele foi internado, aí sim, de lá eles começaram a marcar consultas para ele ir, aí de lá sim pode ser, mas até que você não vai internado, você não consegue nada, sabia? Até que você não vai internado, você não consegue nada; igual eu, quando tive o infarto, eu consegui uma consulta para o HU e lá tem tudo, agora se você não vai lá você só tem o cardiologista e o resto você acaba tendo que ir particular.

Quer dizer que enquanto não interna parece que não é tratado como doente?

Sim, porque se tivesse tratado antes, talvez seria igual uma dessas pessoas que eu te falei, que vive a vida; que a família dá apoio, porque quando a pessoa não tem apoio, fica difícil; porque esses tratamentos públicos, não é que eu estou falando mal, porque teve momentos muito bons para mim, inclusive eu tomo remédio de pressão e é tudo público; mas tem coisa que a gente nem fica sabendo que a gente tem, porque tem doença que a gente pode ter e não está nem sabendo, porque a gente chega lá no médico e ele pergunta o que a gente precisa; pergunta quais medicamentos que a gente toma e se é só isso que a gente precisa, aí você já está ansiosa e nem lembra o que tinha que falar para o médico, vai lembrar só depois.

Algumas pessoas que moram junto com o E. têm um benefício do governo de 320 reais para a família tirar a pessoa do hospital e acolher em casa. Você acha que isso funciona? Faz diferença para você ter ou não um benefício?

Já vieram falar comigo para oferecer, mas para mim não vai adiantar, porque eu não vou viver com 320 reais, porque eu não vivo com 610, quer dizer, vivo, que é o meu salário, porque eu não pago aluguel, mas eu acho assim, que quando tem uma pessoa para cuidar exclusivamente, até que dá; dá não, ajuda.

Você diz contratar um cuidador?

Não, contratar não, eu digo se ele tivesse a mãe dele, ou eu se eu tivesse um outro dinheiro que eu recebesse, mas eu vivo do meu salário, não tenho outro recurso, se eu não tiver trabalhando, não tem dinheiro; então teria que ter uma outra pessoa para cuidar dessa pessoa; porque dizem que estão educando eles, educando assim, estão ensinando eles a viver; a psicóloga que veio aqui disse que estão ensinando a sociedade para eles de novo, mas é complicado né? Porque se eles não tomarem o remédio, eles não ficam bem, e eles são muito teimosos; até eu que tomo remédio para pressão, tem dia que dá vontade não tomar, mas como eu tenho muito medo, porque eu tenho minha filha, eu logo penso que eu tenho que tomar; então, eu sei as horas certinhas, sei que não posso ficar bebendo cerveja, às vezes em churrasco com a família, qualquer festinha, me divirto a mesma coisa, não preciso beber; então eu tenho consciência disso, mas tem hora que dá uma raiva, tudo que a gente faz direto assim, tem hora que dá vontade não fazer; o pessoal diz para tomar um pouquinho, que não vai fazer nada, eu sempre digo que estou bem assim, que estou me divertindo; então tem essa parte da gente querer também.

Então em relação ao benefício, você quer dizer que se tivesse uma pessoa que já ficasse em casa e que pudesse cuidar...

Assim, poderia ser a mãe, ou eu mesmo, se eu tivesse um dinheiro extra, dava para cuidar; mas para mim, só com 320 reais não dá, não adianta. Já vieram falar comigo, se eu não queria, se eu não podia trazê-lo de volta, sem chance; porque aí ele quer uma coisa de família, é muito bom, até eu gostaria, mas não dá, não tem jeito; se eu tivesse minha casa, morasse sozinha, só eu e a filha e ele, quem sabe não daria? Mas as pessoas não tem cabeça para lidar com ele, ainda não entenderam a doença.

O que você achou do fato dele ter saído do hospital e ido para uma Residência?

Eu não vi mais ele; faz muito tempo que eu não via ele nem mais no hospital; mas lá devia ser, vou falar a verdade, um inferno, porque uma vez, a primeira vez que eu fui lá, quase que eu fiquei lá, porque é horrível, é horrível, ali eles misturam tudo as pessoas; as pessoas são tratadas como animais, então, eu acho que só piora; e eu pensava que tem tantas instituições que ajudam o hospital do câncer, etc, e a doença mental ninguém ajuda; todo mundo acha que tem que jogar lá no canto e deixar; e atrapalha todo mundo né; porque eu pensava que se tivesse um jeito das pessoas ajudarem, para melhorar aquele hospital, porque ali virou um tipo de joga as pessoas ali e acabou; um hospital não tem condições, o governo acho que não manda dinheiro, não sei... e está cada vez pior; então, eu acho que do hospital para a casa eu acho que ele deve se sentir melhor, porque ele gosta de se sentir útil, ele gosta de trabalhar.

O que você pensa do futuro do E., tem alguma expectativa de mudança? Ele vai sair de lá?

Sinceridade? Eu abandonei o caso, porque a gente começa a pensar, e vai pirar também, porque eu, no meu caso, eu não posso fazer nada por ele, infelizmente; a família, ele só tem o pai dele, que não resolve nada, devia se movimentar, mas ele é uma pessoa parada no tempo, e a madrasta dele não vai fazer nada por ele; e ela tem um monte de problemas, e é uma pessoa bem avoada, ela cuida dos netos. Eu não sei, porque a casa dele é lá, eu prefiro pensar que no caso dele não tem mais futuro entre eu e ele; e como pessoa como vou ajudá-lo? Porque eu não posso me aproximar. Porque se eu me aproximar ele já tem outros pensamentos, então, eu tenho que ficar de longe vendo, eu não sei... o futuro dele, eu não sei; ainda tenho que agradecer por ele estar tendo esse apoio.

Da saúde você diz?

Isso, da saúde, porque ele é um dos escolhidos, né? Porque tem muita gente que vive ali dentro, está bem; deve ser horrível, estar bem, não bem, mas dominado pelos medicamentos, igual minha pressão, tenho que controlar, e você vê tudo normal e está ali no meio... então, são coisas que não dá para pensar... é melhor não pensar. Tem que falar assim, o fim da linha chegou aqui e eu não posso fazer mais nada, apesar que sempre tem alguém procurando.

Te procurando?

É, o pessoal da saúde, mas não tem jeito.

Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer?

Não, já falei tanto. E eu depois que passei por todas essas dificuldades fiquei sensível; eu falo para minhas companheiras de trabalho, para não me contar problema porque antes de saber o que é porque eu já choro. Eu sou muito emotiva para essas coisas; porque eu vi também, não sei se você viu, que a maioria das famílias que cuidam dessas pessoas, são dois anos e ela não suporta mais, ou dá uma doença forte, aqui, uma senhora faleceu, o filho está há quatro anos sendo internado de vez em quando, e é fortão, um homem; e ela faleceu, uma senhorinha que cuidava dele; a mãe da moça ali, era uma mulher tão bonita, ela se acabou, porque desgasta.

S., muito obrigada pela sua contribuição.

APÊNDICE E
ENTREVISTA 04

Usuário: R.

Entrevistada: L. C. – Irmão, M. de F. – cunhada.

Após explicar os objetivos do trabalho, ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, a entrevista teve início.

Eu gostaria de saber a história do R., sobre como começou a doença, sobre os tratamentos buscados, entre outras coisas; você me conta a história e se faltar alguma coisa eu vou perguntando, ok?

Certo. Olha, o problema do R., foi assim, nós se separamos, né? Nós sempre vivemos juntos, sempre eu mais ele, aí ele foi pro Mato Grosso, lá para Rondônia e eu fiquei para cá. Quando nós viemos a se encontrar outra vez, já tinha se passado mais de nove anos, aí ele já chegou aqui bem sossegado, voltamos a trabalhar juntos aí na fazenda, mas ele bom, né? Dali um pouco, ele arruinou, daí eu levei ele lá naquele hospital de Jardim alegre, perto de Londrina, né? Internei ele lá duas vezes e ele fugia de lá e vinha para cá, aí, tomando remédio, foi bom, dali a pouco, ele falou: “Olha L., eu acho que eu vou embora”, aí eu falei: “Mas rapaz, você não tem condições de ir embora assim não”, e ele: “Não, eu vou sair”. Pegou, juntou as coisas dele e partiu para o mundo. Aí, foi nesse sumiço dele, que o acharam lá em Maringá, a dona C. o internou lá e foi cuidando dele, cuidando dele, até que passou a me procurar; eu não paro em casa, vou sempre para Minas, Rio Grande, aí nas fazendas onde eu passei, sempre fica minhas fichas de trabalho, e ela foi caçando, caçando, até que me encontrou aqui, e disse: “Olha L., nós estamos com seu irmão lá, ele já está bom, em vista do que ele estava; ele ficou mais de cinco anos internado, louco, louco da cabeça mesmo, agora ele já está melhor, você vai lá fazer uma visita para ele”, aí eu fui lá, agora, esses dias; e ele já chegou com esse problema aqui, saiu bom e chegou desse jeito; agora, ele tinha, ele me contou, que tava noivo lá em Rondônia, de uma moça, já tinha comparado casa, mobília, tudo, e depois não deu certo, se separou, já não casou; eu acho que desse tempo para cá, ele pôs aquilo na cabeça. Eu acho que só pode ser isso daí, porque deu aquilo na cabeça, trauma, e ele foi pegando trauma; porque ele falou para mim: “a casa já tava toda mobiliada, tava noivo e daí, de repente, acabou tudo”; acho que ele pegou aquilo na cabeça (Irmão).

Deve ser porque, quando eu vi ele, está com 16 anos. Porque eu não o conhecia (Cunhada).

Mas antes disso, você nunca tinha reparado nada nele?

Não, sempre foi normal, desde criança; nós sempre juntos, trabalhando juntos (Irmão).

Nessa época que ele foi embora, ele morava com você?

É; nós vivíamos sempre juntos; trabalhando (Irmão).

Juntos com o pai e a mãe também?

Não. A mãe, nesse tempo, já fazia mais de 18 anos que nós não encontramos a mãe mais; aí nós, a mãe nos abandonou, e nós saímos, assim, para o mundo, trabalhando, né? Um dia aqui, outro dia ali, até que trabalhamos aqui numa fazenda, ficamos, mas tudo bem, normal, sempre se alimentou bem, sempre só trabalhando, sadio, forte, dessa vez que ele foi para lá, para

Rondônia, ele falou: “Ah, rapaz, eu fico aqui, eu vou para lá, lá eu arrumo uma terrinha lá para mim, fica mais fácil de eu melhorar de situação”; a idéia dele era melhorar, aí depois de nove anos ele voltou, voltou para casa, e nesse meio de tempo, aconteceu o noivado, casamento, que não deu certo. Aí ele voltou para cá bem, nós trabalhando, dali a pouco ele arruinou, levei ele lá, internei; internei duas vezes, ele vinha em casa de novo; aí dessa vez ele sumiu mesmo, aí a dona C. que encontrou ele lá, jogado na rua, doido (Irmão).

Quando ele arruinava, ele ficava como?

Ah, ... ele ficava bem agitado, hein. Violento, já colocou faca no meu umbigo aqui, duas vezes (Irmão).

Violento. Ele quase me matou com essa daqui (aponta para a filha de 16 anos), eu tava de dieta dela; foi assim: ele chegou, eu tinha acabado de chegar do hospital com ela, porque eu morava perto da minha mãe, né? Aí eu ia indo para casa da minha mãe com ela, e ele pegou um pau, e passou raspando assim, ele veio doido, louco, aí foi nesse momento que a gente pegou e internou ele (Cunhada).

Foi a primeira vez daí?

Foi a primeira vez de quando ele estava com a gente; a gente internou ele.

Então, depois desses nove anos, ele voltou e veio morar com vocês?

Veio (Irmão e Cunhada).

E daí não dava para perceber nada?

Não, normal (Irmão).

Normal. Não dava para perceber (Cunhada).

Trabalhando aí, de repente ele já foi; aí eu fui dar uns conselhos para ele, um dia ele veio assim na rua, gostava duma bola, jogava uma bola que era uma beleza, aí num jogo de bola ele brigou mais um rapaz, aí eu digo: “Olha R., você é meio estranho aqui, poucas pessoas aí, te conhece, e eu já sou bem vivido aqui, graças a Deus, todo mundo aí, gosta de mim, não faz isso mais não, não briga não”, mas ele já puxou da faca, colocou no meu umbigo, aí eu encostei na parede e fiquei, não tinha saída; aí da outra vez, eu dei mais uns conselhos para ele, ele me encostou a faca no pescoço, na parede, aí eu pensei: “Rapaz, não está bom o negócio”; e fui internar ele, sempre dando conselho para ele, devagarzinho, com jeito, mas não teve jeito, aí ele falou: “Você quer saber de uma coisa? Eu vou é sumir”; eu falei: “Rapaz, você não tem condição de sair assim pro mundo, você ficou nove anos fora e a gente veio se encontrar agora, fica aí”; mas ele: “Não, vou sumir”. Aí, juntou as coisas dele, aí foi dessa vez que a dona C. achou ele em Maringá (Irmão).

E vocês são os dois únicos irmãos?

Eu tenho mais uma irmã por nome de R., e tem mais outro com nome de L.(Irmão).

Mas quem convivia junto mesmo era você e o R.?

Era, só eu e ele, só nós dois (Irmão).

Esses outros eu nem conheci; não sabemos onde está (Cunhada).

Os outros, diz que a minha irmã, está em Minas Gerais, até que a dona C., localizou lá, ela que me deu essa informação, ela disse: “Olha L., a sua mãe, mais a sua irmã, estão lá em Minas, mas sua mãe já morreu”; e esse irmão meu, diz que está aqui para banda de Roncador; já casou, já tem mulher (Irmão).

Mas a gente não sabe... Quem era chegado mesmo era o L. e o R. (Cunhada).

Aí depois de um tempo, diz a dona C.: “olha L. ele ficou mais de cinco anos, no hospital mesmo”, internado mesmo, no manicômio mesmo, louco, louco, louquinho da cabeça, variadão (Irmão).

Mas a gente acha que tudo começou com esse noivado, mas não temos muitos detalhes (Cunhada).

É a gente acha; ele falava e chorava; mas só para mim ele contou isso e falou para não contar para ninguém, que estava noivo, que comprou a casa lá; comprou a mobília, para casar, de repente, foi abandonado, deu uma briga lá, desandou tudo, desse tempo para cá, eu só sei que ele foi colocando isso na cabeça, e ele falava e chorava, e falava: “Olha L., só para você que eu vou contar, não conta nem para M.F., para ninguém (Irmão).

E você o internou em J.A. e ele ficou quanto tempo lá?

Ah, lá eu levei ele em um dia, numa sexta-feira parece, quando foi na segunda-feira, ele já fugiu de lá e veio para cá; peguei, levei outra vez (Irmão).

Aí ele ficou 25 dias; aí depois ele (referindo-se ao marido) foi para Minas, e eu fiquei, né? Aí ele (R.) foi embora, lá para o lado de Goioerê, aí quando passou uns quatro meses, que meu marido estava para Minas, chegou um homem com o R., um crente, falou para mim ficar com ele e dar um jeito, mas como que eu ia ficar porque ele (R.) tinha raiva de mim, não gostava de mim, o negócio dele mesmo, ele queria me matar, como que eu vou ficar aqui, a gente morava no sítio nesse tempo, com ele aqui? Eu falei: “Você leva ele e vê se dá um jeito”; aí ele foi, depois o homem voltou com ele, aí o R. falou que tinha uma mulher em Goioerê, só que ele disse que essa mulher tinha uma menininha, mas sabe... eu assim, nunca vi, aí foi quando o homem voltou com ele de novo, só que ele não estava nada bem, quando o homem trouxe ele, ele estava meio... sabe, agitado, aí foi quando voltaram com ele para lá e a gente não soube mais notícias; a gente soube agora, há pouco tempo, que ele estava em Maringá (Cunhada).

O homem disse que era crente e “Porque eu cuido dele”, veio e pegou o único tostão que eu tinha ganhado na roça, aí a M.F. deu para ele; na época eram 250 reais, porque o homem disse: “Deixa que eu cuido dele”, mas era um homem ‘enrolão’, perdi o dinheiro. E daí, nós fomos saber notícia dele lá de Maringá. Mas tudo se indica que foi por causa desse casamento, começou daí, grande parte foi esse casamento (Irmão).

E quando vocês receberam a notícia dele, você falou que foi lá L.?

Foi. Eu fui lá; a dona C. veio aqui em casa. Foi me caçando, me caçando, graças a Deus que a gente é limpo, graças a Deus; porque ela disse: “Toda fazenda de Minas que o senhor passou, eu tenho a ficha do senhor e nós fomos pegando informação” e coisa e tal... Eu não paro em casa; aqui é fraco de serviço, eu em um ano estou em Santa Catarina, no outro estou em Minas, é assim; não tem serviço aqui, né? Tem que sair para se sustentar; aí a dona C. um dia apareceu aqui, “É aqui que mora o L.?”; aí ela veio, veio ela e mais o japonês da cerealista, o

P., porque ela parou lá para perguntar de mim e ele disse: “Ah, esse aí eu já conheço ele”; e ela perguntou: “O senhor é parente do R.?”, falei: “Sou”; “Então, nós estamos com ele, estamos com ele lá em Maringá, está aqui os documentos dele, a foto dele, nós estamos tratando dele, ele já esteve pior, e nós viemos, porque ele falava que tinha um irmão por nome de L.C., e nós viemos te procurando até que encontramos”; aí ela falou: “Olha, eu tenho certeza que o senhor não tem condições de ficar com ele”; eu disse: “Não tenho; a M.F. trabalha, e eu não paro em casa”; eu tenho só essa menina e mais outro que está com 8 anos, para deixar ele junto, com essas crianças em casa não tem jeito; não tem como; fica difícil, na mesma hora que ele está bom... (Irmão).

Aí ela disse: “Olha seu L., então, nós vamos fazer o seguinte: ele já está na nossa mão, já está nos nossos direitos, então, eu quero que você vai em Maringá, junto comigo, vamos passar, carimbar um folha, você vai comigo, nós andamos lá em Maringá, vamos fazer uma documentação no Fórum mesmo, o juiz vai ter que assinar, carimbar, e nós vamos passar a tomar conta dele melhor ainda, e agora o juiz registrando a folha, quer dizer, ele fica por nossa conta mesmo, aí para sempre ele vai ficar junto conosco mesmo, nós vamos dar continuidade ao tratamento dele, tudo, os medicamentos, porque o senhor não tem condições de ficar com ele” (Irmão).

Quando ela procurou vocês, a intenção era que vocês ficassem?

Foi; ela falou assim: “Se nós pudéssemos”, né? É se nós pudéssemos; mas nós não temos condições; ela falou: “Eu estou vendo que vocês não têm condições; mas ele já está lá junto conosco, vamos fazer as coisas bem feitas”; aí eu fui lá, mais ela, aí fomos lá no Fórum, no cartório, registrou tudo, carimbou, fomos no Fórum, o juiz assinou, aí ela falou: “Agora está certo” (Irmão).

A minha menina estuda de madrugada, ela que faz tudo, eu saio daqui três da manhã, três da manhã; ele (referindo-se ao marido) sai mais tarde um pouco; aí o menino sai, que daí o menino estuda aqui, a menina não, estuda em A. P.; só que daí, depois, o menino chega da escola, o menino fica aqui em casa sozinho até ela chegar; eu saio três da manhã e só chego aqui às seis e meia da tarde; e ele chega mais cedo um pouco, só que daí não tem condições de cuidar dele porque, como que ele vai ficar com essas crianças aqui? Com meu menino? Vai que de repente dá uma coisa nele, só ele e o menino em casa? Até a menina chegar, que nem a menina chega uma hora, e o menino chega meio dia, para nós não tem como (Cunhada).

E outra, da outra vez que ele estava aqui em casa, que ele estava aqui comigo ali em baixo, ali na fazenda ali, aí ele tomava o remédio, e quando, daqui a pouco, ele vinha aqui para rua, né? Gostava de uma bola, dizia: “Vou jogar bola”; e eu falava: “Vai”; e ele vinha para cá e juntava com uma turminha aí, pinga, bebia, aí ele já chegava em casa mais aloprado ainda, mais agitado (Irmão).

Mais agitado; teve uma vez que nós comparamos um remédio para ele, quando ele veio de lá, ele pegou o vidro de remédio, bebeu tudo de uma vez, veio aqui, chegou em casa, pegou o remédio, bebeu tudo de uma vez (Cunhada).

A tempo de se intoxicar; e forte ele é, porque ele é robusto mesmo; uma vez eu tive que rolar, assim, na poeira com ele, porque ele pegou a foice para matar o tio dela aqui, mas ele já vinha descendo a foice assim; eu vinha chegando da roça, e ele falou: “Você pode me bater, você pode até me matar, porque você é meu irmão” e chorava, chorava, dava dó; aí eu dava conselho para ele devagarzinho, ia apaziguando ele (Irmão).

Esses ataques que ele tinha, de tentar bater, matar, ele não avisava antes? Era de uma vez? Não falava que estava com raiva?

Não. Não. Era de repente; era de repente, ele vinha com tudo.

Segundo as informações que eu consegui junto aos serviços de Maringá, eu sei que o governo tem um programa que oferece um dinheiro para as famílias receberem de volta a pessoa que estava no hospital, e o R. recebe esse dinheiro, para vocês, faz alguma diferença o fato dele receber ou não?

Ah, para ele eu acho bom, que ele receba; tem que comprar a roupinha dele, calçado, medicamentos, então, para mim... eu acho bom (Cunhada).

Mas se fosse para o governo falar assim para vocês: olha eu pago esse valor aqui para você cuidar do R.?

(Risos). Para nós não tem condições; Porque, praticamente, eu vou ter que ficar responsável só por ele, medicamento, como outras coisas, levar em algum lugar para fazer uns exames, porque isso tem que fazer mesmo, medicamentos, essas coisas, aí eu vou ter que ficar só para cuidar dele (Irmão).

Não, para mim não tem condições, para mim é difícil, para mim podia pagar até dois mil, mas eu morro de medo, trauma, eu morro de medo (Cunhada).

Na época que ele estava aqui ele trabalhava?

Trabalhava uns dias, mas sempre trabalhava (Irmão).

Uns dias?

É; uns dias, não era firme não; era de vez em quando; quando ele estava bom ele ia. Quando ele não ia, podia saber que algo estava acontecendo com ele; porque, quando ele não estava bom mesmo, ele já não ia. Porque eu tenho medo dele, porque ele não é de chegar nas pessoas e dizer: “Eu vou te pegar”, ele já chega pegando, já (Cunhada).

Pergunto para a sobrinha: você o conheceu?

Não, ela era bebezinho. Ela tava com um mês (Cunhada).

L. fala para mulher e para filha: você conhece o B.? ele ta com o corpo do B., mas ta um barroco de um homem (Irmão).

Quer dizer que o problema começou há 16 anos atrás?

Que tava junto conosco foi. Mas acho que ele já tinha esse tipo de problema, mas há uns 16 anos atrás é que nós fomos perceber (Cunhada).

E quando vocês perceberam, a primeira vez, quando perceberam que alguma coisa não estava certa, qual foi a primeira coisa que vocês procuraram?

Ah, internar ele né?. Nós fomos internar. E aqui não tinha, daí eu me informei aí com uns caras aí da cidade e eles me falaram: “Olha, seu L., o problema dele, tem hospital bom aí, para você deixar ele lá em Jardim Alegre, é perto de Londrina, aí eu arrumei um carro aqui, de um fazendeiro, levei ele lá, internei ele, ele voltou, peguei outra vez, levei ele lá, ficou uns vinte e poucos dias, voltou; lá foi falado, vamos cuidar dele, vamos fazer uns eletro da cabeça dele, ver qual o problema e entrar com tratamento, mas ele não parava; ele fugia (Irmão).

Quando vocês procuraram recursos para tratá-lo, vocês encontraram?

Encontramos (Irmão e cunhada, convictos).

Foi difícil, na época?

Não; até que foi fácil; foi fácil, de um dia para outro a gente já...; só foi levar lá, encaminhou a folha, já o internamos (Irmão e cunhada).

E a única coisa que tinha para tratar era a internação?

Era. Não tinha outra opção não, menina. Não, porque até hoje eu fico pensando, porque ele não era de avisar, ele era de... e ele é um homão (Cunhada).

E ele mesmo, porque eu fui lá, ele tem o quartinho dele, ele sai para rua, vai orar, vai trabalhar, só que daí ele não se enturma né, assim com gente de bebedeira, e estando aqui, sempre tem um mau caminho, aí pára de tomar remédio vai; porque aqui é feio, menina, um patrimônio pequeno; lá ele vai só na igreja, reza (Irmão).

E pelo que eu soube, lá ele toma medicação injetável e tem acompanhamento de profissionais; aqui teria algum postinho, algum lugar que oferece esses serviços?

Só se for lá por A. P. (referindo-se à cidade mais próxima), mas.... (Irmão).

É tudo longe?

É tudo longe; e até pegar um homem daquele e colocar em uma ambulância aqui para chegar lá, ele já quebrou meio mundo; ah sei lá, até hoje eu fico traumatizada, coisa que a gente nunca tinha passado, aí sei lá, fiquei assustada (Cunhada).

Nem todos ficam agressivos né...

Nem todos, tem uns que têm um problema que eles ficam meio abobados, meio quietos em um canto, tem outros que já partem para agressão, tem outros que só fazem para dormir mesmo, cada um de um jeito né, não são todos iguais. Tem uns que ficam dando risada... (Irmão).

Nesse tempo que ele ficou longe, ele nunca te deu notícia nenhuma?

Não, nunca mais; nenhuma; a única notícia, quando apareceu, foi a dona C., que só disse: “Nós estávamos te procurando, te achamos, e estamos com seu irmão lá, o R.?”; eu falei: “É”; aí me mostrou a foto dele, a identidade, os documentos, olhei e falei: “É ele” (Irmão).

E agora, vocês têm notícias dele sempre? Como que é o contato?

Temos. Sempre a dona C. liga; que nem agora mesmo, se eu fosse para Minas, eu ia passar lá; eu ia passar lá para ver ele; aí eu já passava lá, dava uma visitada nele, mas eu não fui assim para Minas, mas uma hora dessas eu vou dar uma passeada lá, dá uma visitada nele (Irmão).

Pelo que eu fiquei sabendo, agora ele mora sozinho, mas uma época ele morou na Residência Terapêutica, numa casa onde várias pessoas que saíram do hospital moravam, vocês sabem se agora ele está sozinho?

Está sozinho. Em um quartinho sozinho (Irmão).

Mas ele mesmo, liga para vocês? Ou vocês, falam direto com ele?

Não. A gente só liga lá na clínica mesmo, para saber dele, mas telefone, contato dele, a gente não tem (Cunhada).

E vocês sabem me dizer se ele prefere ficar lá, ou ele queria ir para outro lugar?

A dona C. até que, esses tempos atrás, quando ela veio aqui em casa, ela veio duas vezes aqui já, de lá para cá; aí ela disse: “Olha, mesmo assim, eu conversei com o R., e mesmo assim, se o senhor tivesse condição de ficar com ele aqui, ele falou que ele não vinha de jeito nenhum, ele falou que prefere ficar lá sozinho, queimando a latinha dele, cozinhando para ele”; até que ele estava junto nessa outra casa, junto com outro pessoal, ele se separou só por causa disso, porque ele prefere ficar sozinho, prefere ficar no canto dele sozinho; daí ela falou: “Mesmo que o senhor quisesse, que nós trouxéssemos ele para cá, ele não viria”; e lá ele se dá muito bem, ele quer ficar lá sozinho no cantinho dele.

Ele já veio alguma vez para cá, depois dessa internação em Maringá?

Não, depois dessa vez que ele foi internado, ele nunca veio.

Vocês têm perspectiva de trazer ele para cá um dia ou vocês acham que é melhor ele ficar lá?

Olha, eu tenho as minhas idéias assim, que uma hora, a gente tem que ir lá, a gente mesmo, dar uma visitada nele, nós todos; porque, trazer ele para cá, eu acho que não seria bom. Agora a gente indo lá, dando uma visitada nele, ficando ao menos um dia inteiro lá com ele, um meio dia, ou um dia inteiro (Irmão).

Ele não chegou a pedir para vocês irem lá?

Não (Irmão).

Na época que você internou ele em Jardim Alegre, os médicos, a equipe, conversavam com você?

Conversamos só uma vez, aí depois ele já fugiu né, quando estava entrando em tratamento sério mesmo, aí o médico me falou, é assim, assim, assim, e ele ficou lá, “a gente cuida dele”, mas ele já fugiu, aí já desapareceu (Irmão).

Ele fugiu de lá e voltou, aí ele falou: “Amanhã eu vou embora senão eles vêm atrás de mim”, foi quando ele pegou, ficou com medo e fugiu; aí foi quando ele desapareceu (Cunhada).

Mas é longe do hospital aqui não é?

Ele é muito inteligente. Como que pode uma coisa dessas? Chegou aqui só de carona, e chegou de madrugada, eu não acreditei que ele veio, e ele falou: “Eu estou tomando banho e agora já estou arrumando minhas coisas, e vou embora para Goioerê”; ele falou: “Eu vou embora para Goioerê, porque eu tenho uma mulher lá, e um menino”, só que ele falava que esse menino não era filho dele (Cunhada).

E vocês nunca ficaram sabendo se era verdade?

Não, eu acho que era invenção dele. É ele ainda estava impressionado com aquele outro casamento (Irmão).

Era invenção dele, acho que ele estava impressionado ainda com aquele noivado, porque só pode que ele ficou com a idéia fraca desse tempo para cá; daí o crente falou para mim que ele estava dando muito trabalho lá, aí depois só vim saber quando estava internado em Maringá. Daí desapareceu mesmo, e a dona C. o encontrou lá na rua lá, o internou, foi tratando dele (Cunhada).

Quando ele foi embora para Rondônia, vocês já eram casados?

Quando eu vim ver ele, eu já era casada, porque foi quando ele voltou de Rondônia. Mas ele não gostava de mim, o motivo eu não sei (Cunhada).

Quer dizer que quando ele foi era só ele e o irmão e quando voltou, encontrou o irmão casado e com família?

Eu acho que o trauma dele maior foi isso daí, porque quando ele foi para lá, nós éramos solteiros, eu e ele, aí ele falou: “Eu vou sumir lá para o sertão, porque lá é mais fácil de arrumar um casamento, de arrumar uma terrinha para mim e melhorar de situação, depois nós nos encontramos”; aí ficou esses nove anos sem ver, e nesse meio de tempo ele arrumou esse noivado, aí não deu certo lá, ele já veio de lá para cá, foi quando me encontrou, aí já encontrou eu casado, com a família, aí ele foi colocando aquilo na cabeça: “Deu certo para meu irmão e não deu para mim... deu certo para meu irmão e por que não deu para mim?” (Irmão).

Porque desde quando eu o conheci, que ele voltou, ele já olhava em mim e já não gostava de mim, mas sem eu fazer nada, eu fazia o possível, para ajudar e ele não gostava... ele só ia na minha casa quando o L. estava, quando o L. não estava ele não ia; e eu não sei o que ele tinha que ele olhava para mim e saía resmungando; e eu sei lá o que ele tinha, que ele me xingava e eu tinha medo dele; sabe eu ficava assim, Jesus (Cunhada).

Esse casamento dele foi o fracasso da vida dele, eu penso que foi tudo por causa disso. A gente pensa que deve ser isso, né? (Irmão).

E desde quando que viviam somente os dois irmãos?

Desde idade de... bom, quando a mãe nos abandonou, eu tinha quatorze anos e ele treze, aí nós saímos para o mundo, atrás de serviço, em uma fazenda eram seis meses, nove em outra, um ano em outra, teve uma fazenda que nós ficamos quatro anos, nós dois juntos, nessa fazenda, aí nós fomos se formando, se formando, tiramos os documentos, o fazendeiro até que foi lá, assinou, ele falou: “Esses rapazes aí são de menor, mas estão trabalhando na minha fazenda, nós somos responsáveis por eles, eles são trabalhadores”; o tempo foi passando e nós se formando, aí tiramos os documentos; aí desse tempo eu não vi mais a minha mãe, nem a minha irmã e nem esse outro irmão meu (Irmão).

Quando você fala abandonou, você quer dizer o quê?

Ela foi embora e nós ficamos aqui na região, aqui no Paraná, trabalhando, seis meses em um canto, seis no outro, quatro no outro, aí dessa vez, que ele já se formou mesmo, já era adulto, de maior, ele falou: “Ah, quer saber, aqui a gente ganha pouco, o serviço está ficando difícil, eu vou lá para Rondônia”; foi onde ele foi e eu fiquei, eu falei: “Ah, eu tenho medo”, porque lá era só sertão naquele tempo, gente matador e coisa e tal, falei: “Ah, não vou para lá não”. Ele falava: “Vamos rapaz”, e eu falei: “Vou não”. Aí ele foi, meteu a cara e foi, aí deu certo que lá ele arrumou essas terrinhas lá, trabalhou, ficou noivo, comprou mobília, comprou sofá tudo, depois não deu certo (Irmão).

Mas daí você permaneceu sempre por aqui?

Sempre por aqui, eu falei: “Não, ele vem para cá”. Daí deu certo, depois de nove anos ele apareceu, mas já foi diferente, apareceu com esses problemas tudo. Saiu bom e chegou ruim. Eu acho que é idéia fraca. Foi esse trauma, desse casamento, desse noivado dele lá. Diz ele que foi o próprio tio dele, o tio da menina, que atrapalhou; ele que falou, que confiava muito no tio dela, aí depois ele ficou sabendo que a menina, a noiva dele, estava tendo um caso com

o próprio tio. A dor dele mais foi isso; entre família mesmo. Aí que ele ficou mais decepcionado ainda, entre família acontecer uma coisa dessas (Irmão).

E todas as vezes que ele foi levado para se tratar foi obrigado?

Obrigado, sempre foi obrigado, na força; a gente vai iludindo ele: “Vamos lá R., dá uma passeada”, ia conversando, de repente já estava lá, lá já tem camisa de força e tudo (Irmão).

Vocês sabem por que ele ficou tanto tempo internado lá?

Não. Olha, a dona C. disse que ele tava bem ruim mesmo; ela falou: “Olha, foi praticamente quase seis anos, nós andando junto, ela parou o carro e falou: “Olha, ele ficou internado nesse hospital e nós tratando dele, ele convivendo junto conosco, nós internamos ele aí, mas nós estávamos sempre aí olhando ele, cuidando dele, ele melhorou um pouco, depois de cinco anos que ele foi dar uma melhorada”; diz ela que ele ficou cinco anos doido mesmo, que não conhecia ninguém, aí ele foi melhorando, melhorando, aí foi onde ela fez umas perguntas para ele: “Você tem parentes?” e ele respondeu: “Tenho, um rapaz por nome de L.C. que é meu irmão”; aí já foi conversando, e dá-lhe remédio, porque lá toma remédio mesmo, toma remédio direto, em vista do que... ela falou: “Em vista de quando nós conhecemos ele na rua aí, ele está bem melhor..” (Irmão).

Quando você o viu, agora, você achou muito diferente de antes?

Ele está bem gordo, tem diferença grande sim. Ele sempre foi forte, né? Mais assim do que eu, mais cheio, mas dessa vez agora ele está gordo mesmo, está um barroco de um homem (Irmão).

Mas a conversa dele, o jeito...

Tudo diferente, só que ele me conheceu, de longe, quando eu entrei no portão, que eu bati palmas, que ele olhou assim, ele falou: “É meu irmão que já vem ali”; ele me conheceu; me abraçou, aí tinha um senhor assim, acho que é um ex-sargento, acho que aposentado, que morava no quartinho dele ali, aí ele já me abraçou e disse: “Olha, esse aqui é meu irmão” (Irmão).

Você foi na Residência Terapêutica?

É eu acho que fui na Residência; esse cara é um magrinho, branquinho; aí ele falou: “Olha, esse aqui é um ex-sargento”, ou um ex-cabo, aposentado, “Meu colega, mora aqui junto comigo, o quarto dele é ali, o quartinho meu é aqui, entra para cá, tem meu fogãozinho, minha geladeira; aí é o quartinho do meu colega, tem as coisinhas dele” (Irmão).

E a conversa dele foi coerente? Sabia conversar como antes?

Sabia, só que igual era antes não conversava não, parece que meio vagaroso, assim, meio quase sem assunto, né? Só que ele falou, a dona C., não, a dona C. não, foi a dona Cm. que agora está tomando conta dele lá; e foi a dona C. que falou: “Olha R., o L. tem uma filha, moça já, e tem um menininho, ele falou que vai trazer para te conhecer”; aí ele falou: “Traz mesmo, o dia que vim aqui, traz que quero ver eles”; mas nós já estava assim com pressa né. E eram seis horas, quando nós estávamos vindo de lá para cá; aí ela falou: “Vamos passar lá L., aí você fica, pelo menos uns vinte minutos, com ele lá, dá atenção para ele lá, vinte minutos só e depois nós já vamos” (Irmão).

Mas ele te recebeu bem então?

Recebeu bem (Irmão).

Você tem o mesmo receio que sua esposa tem com ele?

Não, eu graças a Deus, não. Não dá para deixar assim sozinho, mas se for o caso de ir visitar dá (Irmão).

Não, se for para ver ele lá, eu vou, só que eu penso... Eu tenho um pouco, sei lá, de cisma, porque eu não sei o motivo, desde a hora que eu o conheci que ele não foi comigo, ele me olhava, assim, e saía resmungando. Eu não sei se no pensamento dele, ele falava assim: “Bom, o único irmão que eu tenho que, agora já arrumou mulher, tomou o meu lugar, agora estou sozinho”, para mim, eu penso, que é isso. Ele devia falar: “Aquele lá tomou o meu lugar”. (Cunhada).

A gente, praticamente, desde que era só nós, era nós dois para todo lugar que a gente ia, trabalhava junto, saía junto, era unido, né? Aí aconteceu aqueles problemas lá com ele, ele falou: “puxa vida – acho que ele pensava – não deu certo para mim, mas deu certo pro meu irmão, como é que pode?”, e foi juntando aquilo tudo. Amontoando, acumulando aquelas coisas, foi acumulando. Aí já começou vir os problemas, e quem sabe também, aqui entre nós, quem sabe, nessas alturas, se ele não fez alguma coisa errada lá, assim, também, que ninguém sabe, aí ele ficou com mais esse problema, algum sentimento; ele falou que ele não fez nada, mas... então, se eu soubesse o lugar que ele estava lá, eu ia até dar uma procurada, mas a gente não sabe; ele diz que é Rondônia, em uma fazenda, mas... ele fala que não fez nada, mas quem sabe se ele fez...ninguém sabe, aqui entre nós, né? Mas tudo a ver com esse casamento, com esse noivado (Irmão).

Vocês chegaram a saber algo concreto desse noivado?

Quem sabe se existiu... Às vezes ele já foi... igual ele falou: “Eu vou para lá, vou ganhar mais e a terra lá é mais fácil”, com essa intenção vai ver que ele já foi com esse pensamento, de chegar lá e se casar, arrumar uma mulher e se casar, e vai que não deu certo, aí ele ficou... às vezes não arrumou ninguém também. Não tem como saber se começou antes dele ir para lá, às vezes na ida dele daqui para lá, ninguém sabe desse noivado, como diz o outro: só Deus mesmo que está sabendo da verdade, né? (Irmão).

Mas o importante é que hoje vocês sabem onde ele está...

É, ele está bem lá, não está jogado, medicamento direto, sai para rua, vai rezar, volta, trabalha dois dias na semana lá (Irmão).

O que eu queria mesmo é achar o resto dos irmãos dele, para ver se tem algum problema, se tem alguma coisa também, que a gente não sabe, né? Tinha vontade, né? (Cunhada).

Só para gente terminar, na opinião de vocês, teria alguma coisa, que teria mudado, que teria impedido que o R. chegasse a ficar doente? Teria como evitar esse transtorno?

Ah, eu acho assim, que se ele não tivesse saído de perto do irmão, desse lugar, eu acho que ele talvez, não teria problema. E talvez também se não tivesse largado a família, eu acho que talvez também não teria problema... (Cunhada).

É talvez não teria acontecido, mas... é como diz o outro, a palavra certa, talvez não teria acontecido, e talvez, tinha acontecido junto com a gente, porque todos nós temos um beco meio apertado para passar na vida, sempre tem uns caminhos difíceis para gente atravessar; tem uns que atravessa e vai bem, tem outros que pára, né? É, vai que, a gente também, tem que entender isso daí, que nós somos irmãos, mas cada um tem uma mentalidade, nunca somos fortes iguais, às vezes esse problema de nós termos ficado no mundo sozinho, ele já foi

pegando assim... enquanto estava comigo ele estava agüentando, mas quando se separou mesmo, aí ele falou: “Agora eu estou sozinho”; e eu superei, porque a gente, não sei se a gente é mais forte... mas tem uns que já vão pensando, pensa demais, vai acumulando tudo; e talvez já vem desse caminho, desse trecho aí, dessa jornada, que nós ficamos sozinhos, nós já éramos sozinhos, mas enquanto ele estava junto comigo, eu animava ele, nós ficávamos juntos (Irmão).

Eu acho que se tivesse a mãe, os outros irmãos, sempre por perto, porque talvez, porque que nem, eu tenho meus filhos, se ele sai pro mundo, ou qualquer coisa, eu acho que, talvez, assim, chega um momento, que às vezes se perde tudo, começa a pensar, se eu tivesse na casa da minha mãe, dos meus irmãos, da minha família, ou estaria melhor, ou não estaria, né? Acho que tudo vai ajuntando aquilo, né? Sei lá, na minha opinião, acho que é isso (Cunhada).

Da minha parte era isso, só tenho que agradecer muito a participação de vocês, por terem me recebido..

Imagina. Nós que agradecemos de você ter vindo de lá até aqui, para conhecer a gente, eu fico é muito alegre (Irmão).

A participação de vocês é muito importante, porque como estudante nós temos interesse em conhecer essas histórias...

É porque cada problema tem o seu começo, tem que ir procurando, mesmo que a gente não sabe da verdade, mas vai conversando né, vai descobrindo as coisas. E eu tenho que agradecer a dona C., vocês lá de Maringá, que acolheram ele, como eu já falei para ela várias vezes, e ela falou: “Nós estamos fazendo o nosso papel, o nosso trabalho”. Ixi, ela foi comigo no Fórum três vezes, ela falou: “Não, tem que dar certo esse papel aí, o rapaz não pode perder tempo, mora longe” (Irmão).

Essa ida ao cartório é porque você é o curador dele? Porque você é responsável por ele?

É, e agora passou para eles lá, aí já passou para dona C., que eles são os responsáveis por ele lá, agora, eu sou o irmão né? Mas causo mesmo assim, o responsável dele mesmo, são eles lá; a gente é responsável, mas quem cuida dele mesmo são eles (Irmão).

Mas esses benefícios que ele recebe, não é você que é responsável?

Não, são eles lá que recebem, tem uma parte do remédio, uma parte lá das roupas, enfim, despesas, descontam as despesas, essas coisas, a dona C. recebe e passa o dinheiro para eles; aí então, eles repartem lá; porque ela disse: “Olha L., ele tem um dinheirinho, está no banco, esse aí é dele, nós não mexemos, nós não colocamos a mão, pega assim, passa pela minha mão, mas ele assina, vai lá no banco e deposita, ele não está sendo lesado de nada lá, o que nós podemos fazer é ajudar, nós já temos o nosso salário, nós não precisamos, nós estamos ajudando para ele”. Agora, mulher que tem paciência ali é a dona C., mais aquela outra lá, eles tudo ali (Irmão).

D parte de vocês, mais alguma coisa para dizer?

Não. Não. Quando você quiser voltar, as portas estão abertas; é só marcar um dia, ligar... (Irmão e cunhada).

Eu acho que aqui completou tudo, mas se faltar alguma coisa eu entro em contato, só tenho mesmo que agradecer.

Se faltar alguma coisa pode voltar sim (Irmão e cunhada).

APÊNDICE F

ENTREVISTA 05

Entrevistada: C.

Função: Assistente Social da Promotoria

Eu gostaria de saber qual a participação da Promotoria na questão dos moradores dos hospitais psiquiátricos.

A preocupação com os moradores começou em 2006 e a Comissão de Desinstitucionalização é de 2008. O procedimento foi instaurado em 2006 e a Comissão foi criada em 2008, está aqui o documento que cria.

O que foi esse procedimento?

O procedimento funciona assim: ao Ministério Público, através da Constituição de 1988, foi lhe atribuído, além das atividades que já desenvolvia, proteger os direitos que a comunidade tem previstos na legislação; então, para isso, nós desenvolvemos algumas ações que são extrajudiciais, o que é isso? Nós instauramos um procedimento que foi o 85/2006, para poder alimentar o sistema, e se for resolvido pelo gestor que executa a política de uma maneira amigável, tudo bem, senão, nós vamos para uma ação judicial; então esse é o nosso papel. Então em 2006 esse procedimento foi instaurado, e começou assim: eu recebi uma denúncia da comunidade, sobre um rapaz, que molestava sexualmente uma criança, e a comunidade colocou fogo na casa dele; ele foi para o Sanatório e permaneceu lá por muito tempo; então começou através dessa história. E eu fui conversar com o médico assistente dele, que me disse: “você larga a mão de ser *Alice no país das maravilhas* porque esse rapaz não tem mais jeito, ele vai ter que ficar o resto da vida dele no Sanatório, e ele não tem mais cura, não se iluda”; e isso mexeu muito comigo, porque na época ele tinha a minha idade; e eu pensei como é que uma pessoa pode falar assim de outra? Quem ele pensa que é? E comecei a insistir, insistir, até que o médico deu alta e o paciente começou a fazer um trabalho ambulatorial. Hoje ele vive fora do Sanatório, trabalha, vive como qualquer pessoa, retomou a vida dele, frequenta o CAPS, continua fazendo o tratamento ambulatorial, está tocando a vida dele com os dissabores e as felicidades que qualquer um de nós estamos sujeitos.

Depois disso, acho que foi no fim de 2005, eu comecei a ficar preocupada com a visão desse médico e comecei a verificar os pacientes que estavam lá, até instaurar o procedimento em finais de 2006. Então nós identificamos 68 pacientes em situação de isolamento; depois, eu fui contando os casos e verifiquei que era muito maior, eram 84 pacientes. A primeira coisa que eu fiz, sempre com a assinatura da promotora, foi pedir que o médico me informasse, de todos esses, quais teriam e quais não teriam condições de alta. Dos 68, aqui tem o relatório de cada um deles, todos sem condições de alta, avaliados pelo médico assistente de cada um. Eu falei para a promotora: “de duas, uma; ou aquele Sanatório não está fazendo nada para ninguém, ou estão todos acomodados com a situação”; porque se trata de uma instituição privada, que recebe 99% dos leitos do Sistema Único de Saúde; é uma instituição privada, sustentada pelo dinheiro público.

A partir daí, começamos a visitar esses pacientes, a ir lá no Sanatório, ver caso por caso; comecei pelos idosos, porque como para os idosos nós temos as instituições asilares, eles teriam para onde ir; aqueles que não têm vínculo familiar; e tinha muitos nessa situação e eles

foram mandando esses pacientes embora. Na época, a C. me ajudou muito, porque o meu objetivo em começar a desospitalizar esses pacientes era mostrar para o gestor, que existia essa possibilidade de retirar esses pacientes do Sanatório. Então, eu comecei a registrar tudo que vinha sendo feito.

Me lembro muito de um caso, que a paciente estava internada há quatro anos, era órfã, tinha dois irmãos, também portadores de transtorno mental, mas tinha um irmão que era casado, e ela recebia um dinheiro; eu fui visitá-la, era uma gracinha, unha e cabelo pintados, um doce de pessoa, doente mental, mas tranqüila; e eu fui conversar com o médico assistente dela, expliquei que não era médica, mas que a paciente parecia tão bem, e perguntei porque não daria para mandá-la embora. A médica disse que não poderia porque se ela saísse iria usar maconha e transar; então esse era o critério para a médica manter a paciente internada. Aí eu expliquei que era assistente social e que ela estava entrando no meu campo de atuação, porque eram questões sociais: relações sexuais e uso de drogas, é uma outra instância que não da psiquiatria, e eu queria saber da psiquiatria; aí comecei a brigar, fiz contato com o município de origem da paciente, aí conseguiram alugar uma casa com o dinheiro dela, ela está bem, freqüenta o CAPS o dia todo, nunca mais veio para o Sanatório.

Então, nós fomos fazendo esse trabalho de um por um; teve um que eu localizei em Campo Grande; ele dizia que a irmã dele morava em uma farmácia na avenida, e eu tive a ousadia, de ver com a minha tia, que mora na avenida principal, qual o nome da avenida principal da cidade e liguei para todas as farmácias, até encontrar. Teve um outro, acho que era de Minas Gerais...

A Promotora só não gostava, porque a nossa função é fiscalizar e eu estava executando o trabalho, mas na verdade o que eu queria era mostrar para eles, que existiam inúmeras possibilidades de tirar essas pessoas do Sanatório. E hoje, nós criamos uma situação, porque tem pacientes que eu tirei, que voltaram e agora vão e voltam, e não aparecem na relação de moradores, mas são moradores porque ficam fora apenas um ou dois dias, já conseguimos provar isso também. E nós chegamos em um patamar, que nós estamos entrando com uma ação para a criação de Residências Terapêuticas, porque nós queremos que tirem essas pessoas que perderam o vínculo familiar, que estão morando no Sanatório, e também esses que a família não tem condições, porque muitos são familiares idosos, doentes, que não têm condições de prestar cuidados, são pessoas que precisam de cuidados, então, eu coloquei essas pessoas na lista da Residência Terapêutica e a promotora comprou essa briga, então, na verdade, esse trabalho de sair do hospital começou pelo Ministério Público.

Então, teve muitas pessoas, de longe inclusive; tinha um que era da Bahia, a família não queria; nós começamos um trabalho de levá-lo para o CAPS e ele fugiu e nós nunca mais tivemos contato; teve outro que nós também começamos a levá-lo para o CAPS, ele fugiu, sofreu um ataque cardíaco e ele morreu. Outros foram para a Residência Terapêutica. O J. saiu, voltou, saiu, voltou, hoje o nome dele foi colocado para a Residência terapêutica. Outros foram para o asilo e a família nunca foi localizada, o que não justifica a permanência deles dentro do Sanatório.

Do número total de moradores, você diria que a maioria tem, ou não, referência familiar?

A maioria tem. A maioria tem família. Os que não tem permanecem até hoje no Sanatório, porque perderam completamente o vínculo familiar, não tem mais, e são para esses que nós estamos entrando com uma ação. E todos esses eu ajudei, abri individualmente um procedimento para cada um daqueles da Residência Terapêutica, para verificar se o quadro está estabilizado, porque, na verdade, no meio do procedimento, nós recebemos um

documento de Curitiba, indicando que Maringá era a cidade com maior número de pacientes em situação de asilamento, me parece que lá apontava 84 pacientes, e o menor número de Residência terapêutica, e a Secretaria de Estado que estava falando isso. Então, nós estamos com tudo pronto para entrar com essa ação, que no meu entendimento demorou, porque nós estamos em 2010 e tudo começou em 2006, depois teve a criação da Comissão, etc; eu até gostaria de saber quem foram desinstitucionalizados depois da criação da Comissão, porque me parece que eu não vi ninguém mais sair do hospital, porque nós já havíamos feito isso antes, o que era possível, eu localizei a família, em Minas Gerais, Campo Grande, São Paulo, Rio Grande do Sul, e está tudo aqui documentado, o que eu pedia para a Secretaria de Saúde, era para providenciar o transporte.

Dentre os 18 que estão no Sanatório como moradores, existe algum novo morador?

Eu tenho a relação deles aqui, até eu encontrei a Coordenadora Estadual de Saúde Mental e ela comentou que bom que Maringá tinha apenas 16 moradores, daí eu pedi para ela me mandar a lista desses 16; mas daí eu fui colocando quem ela não tinha colocado, deu 25, fora os que eu denomino como pessoas em situação de risco social, que são aqueles que não tem pai, não tem mãe, o irmão não ajuda cuidar, os pais são idosos, que não estão aqui; então, aqui em situação de asilamento tinha 25; nessa outra lista, tinha 31; tem a história desse que voltou para o Paraguai; tem esse outro que estava lá fazia muitos anos, deram alta, mas já deve estar lá de novo; eles começaram a fazer o que? Mandar embora, porque daí não consta na relação, porque fica uma semana fora e não vira morador.

Eu coloquei nesse documento aqui: paciente sem vínculos familiares ou com vínculos familiares fragilizados; por exemplo, o R., é de Nova Esperança, a mãe desapareceu, só tem a avó de familiar, que sofre de Alzheimer e um tio que cuida da avó; o S. morreu o pai e a mãe; sobrou a irmã que é a curadora dele, mas tem filho que é usuário de drogas; o G. tem o pai e a mãe idosos. O A., que eu coloquei para a Residência, saiu e está super bem; não está freqüentando o CAPS, mas está muito bem; o J. perdeu o pai, perdeu a mãe; o N. vai e vem do Sanatório direto; então, se for colocar todos, essa relação aqui, dá mais de quarenta. Então agora eles mandam embora para zerar o período de internação. E eu conto, eu vejo isso.

No momento, o hospital psiquiátrico está tomando o devido cuidado para não criar novos moradores?

Não, não estão tomando esse cuidado, porque depois daquele número já veio aquele índio, veio o P.; não estão. Estão criando novos moradores; mas eu entendo que isso é uma questão de saúde pública, de gestão pública, e o que nós queremos mostrar através da ação é que qualquer um que virar morador vai para a Residência Terapêutica. Se não tiver vaga para ele, vai ser necessário criar outra. Porque o nosso objetivo é que não tenha mais Sanatório mesmo.

E tudo começou por uma motivação pessoal sua?

Foi, na verdade foi uma indignação. Eu fiquei muito indignada com o caso daquele rapaz que te falei. E eu continuo trabalhando, continuo mostrando que em Maringá a forma de tratar o doente mental é desumana, quando você precisa chamar o serviço a polícia vai junto, se não tem vaga na emergência, eles te encaminham para o Sanatório, quando você entra no Sanatório, você demora para sair de lá, as pessoas não tem acesso ao acompanhamento ambulatorial, na sua Residência, então, para mim, é um tratamento desumano.

Então depois desse primeiro procedimento em 2006, foram mandados outros procedimentos individuais?

Sim, então, depois que nós conseguimos identificar quem eram os moradores, nós mandamos individualmente e hoje nós juntamos tudo novamente para entrar com a ação de criação da Residência Terapêutica.

Existe alguma lista oficial desses moradores, o número deles, quem são...

Olha, eu tenho, porque todo mês, eu me dirijo até o hospital, ali na recepção, até porque eu já officiei, e pego a relação de todos os pacientes que estão hospitalizados, e daí eu identifico os moradores, não sei se o hospital tem esse controle, acho que tem, porque eles apontam esses 16, mas não consta esses que vem e vão, mas eu tenho esse controle.

Essa era uma outra questão minha: existe alguma verificação periódica?

Sim, todo mês eu pego a relação de todas as pessoas internadas, daí já pego de quais municípios, verifico quais voltaram e quais não voltaram, eu faço esse acompanhamento.

Como fica a questão da Lei, se você entra em contato com a família e a família não quer, não pode aceitar seu familiar portador de transtorno mental?

A Lei coloca que os responsáveis são os ascendentes e os descendentes; então é pai e mãe, e filhos; os irmãos são colaterais; então, normalmente, o pai e a mãe, por exemplo, não querem cuidar, eles até podem deixar o filho no Sanatório, como é o caso do G., que tem pai e mãe, e eles procuraram a promotora dizendo que não querem cuidar do G.; isso pode dar uma ação de abandono filial, por parte da família; agora, poderia ser feito o quê? Entrar com uma ação contra esses idosos, para eles cuidarem do seu filho, mas por outro lado nós pensamos: vou mandar alguém cuidar de alguém, que ele não quer cuidar? Que cuidado vai ser esse? Então no meu entendimento, e eu tento mostrar isso, como assistente social, não entendo muito da questão do Direito, é que, a partir do momento que a família não quer, a responsabilidade é do Estado. Como criança e adolescente que sofre maus-tratos, a criança é retirada, agora, o que não pode é deixá-los no Sanatório. Tem que dar condições para esse cidadão continuar vivendo, independente do seu seio familiar.

Alguma dessas pessoas que você está acompanhando, a família foi acionada para aceitar seu membro?

Sim, o W. foi um que tinha vinte anos de internação; então foi feita uma audiência com a mãe e com o irmão; e o irmão foi claro em dizer que não ia cuidar dele, que era melhor ele ficar no Sanatório; e na época, a promotora disse que não era assim, que se ele não aceitasse o irmão em um determinado prazo ele seria processado. Ele retirou o W. e ele nunca mais voltou para o Sanatório. Ele teve crise sim, nós não podemos negar, mas ele ficou na Emergência Psiquiátrica, não voltou mais para o Sanatório. Tem as fantasias, os delírios dele, como qualquer um de nós pode ter.

E o contrário, você se lembra de alguma família buscar de forma espontânea o seu doente mental?

Não. Desses que estão aqui não. Agora, eu tive um caso muito peculiar de uma mãe que eu não peguei nem um dado, mas achei muito bacana; a assistente social da Emergência me ligou e falou: “preciso da sua ajuda, porque tem uma mãe que não quer deixar encaminhar o filho para o Sanatório”. Eu fui lá, conversei com o médico para saber o que estava acontecendo, e ele falou: “essa mulher não quer deixar eu encaminhar o filho”; e ela disse: “não, meu filho vai para lá, volta pior, pelo amor de Deus”; e eu questionei porque o médico queria mandar ele, e o médico confessou que era por falta de vagas na Emergência; esse foi o único caso; agora, de querer tirar do Sanatório, nenhum. Teve uma delas, uma mãe, acho que de Minas Gerais, mas quando eu consegui localizá-la, depois de muitas tentativas, ela me ligou e pediu

meu nome para colocar meu nome no pé da santa, porque fazia muitos anos que ela tinha perdido o filho dela, e ela pensava que ele tinha morrido e eu mostrei para ela que ele estava vivo, então foi a única assim que eu vi que ficou contente de ter encontrado o filho.

E como era esse seu contato com os familiares?

O J.B. teve certa dificuldade; aí o que a família não queria eu acionava o Ministério Público para ir lá. Então, no caso do J.B. não teve acordo, então, eu comecei negociar a ida dele para uma Residência Terapêutica lá na Bahia; até que ele fugiu e, eu acho, particularmente, que deve estar em algum outro Sanatório. Teve também um caso muito interessante, de uma jovem, de trinta e poucos anos, que estava lá há dez anos; a irmã dela trabalha em uma instituição universitária, a mãe é idosa, e a família foi acionada. Esses tempos atrás ela estava muito agitada e eu fui até o Sanatório vê-la, e ela me perguntou qual crime ela havia cometido para ficar tanto tempo lá, e disse ainda que, pelo que ela sabia, preso não ficava tanto tempo assim em um lugar; uma lucidez, uma gracinha... Nós falamos para ela da Residência, a princípio ela não queria, mas nós começamos a fazer um trabalho e agora ela está aceitando mais; mas no início ela dizia que se não fosse para a casa dela, ela não queria sair de lá. A mãe tem uma cuidadora e eu até propus que tivesse uma outra cuidadora, mas não sei, um dia ela veio aqui no Fórum e disse: “se você mandar a minha irmã embora, eu me mato na sua frente”, então...

São muitas histórias. Cada um desses tem uma história bonita, bacana; alguns foram para a Residência Terapêutica, mas infimamente cinco, em quarenta que precisavam ir. E se eu contar esses que vão e voltam, que eles fazem isso para não constar, dá muito mais.

No atestado de internação, tem algumas pessoas que saem em um dia e entram no outro, você sabe me dizer se isso ainda existe?

Existe. Na verdade essas pessoas não saíam; a impressão que eu tenho é que o Sanatório fazia isso só para zerar; um mecanismo bom para você verificar isso é pedindo somente as datas das internações, e eu via que saía em um dia e entrava no outro e sabia que eles tinham feito isso administrativamente para sair da relação, da lista de moradores; que, na verdade é uma estratégia para confundir quem estava fiscalizando, quem estava cobrando.

Qual foi o critério para que alguns moradores saíssem e outros ficassem?

O critério é que alguns que ainda estão, são moradores que perderam completamente o vínculo familiar, ou os tem de maneira extremamente fragilizada. E esses outros que aparecem, a família leva, fica dois dias e volta; é o caso de R., de V., de M.S., M.; por isso que esse número aparece, mas esse não é um número verídico. Porque esses são os que estão lá ininterruptamente, não colocaram nem o nariz para fora do Sanatório, por isso que constam na lista de moradores; agora esses outros saem um pouquinho e não são mais moradores.

Importante lembrar que inicialmente foram observados os idosos.

Sim, porque tinha para onde mandar, estavam estabilizados, apesar do médico dizer que não; mas eu ia atrás, questionava se não dava para mandar para um asilo, o médico concordava. Dois que foram para o asilo São Vicente de Paulo, nem remédio estão precisando tomar mais. Eu pensei em começar por eles, porque tinham para onde ir, depois parti para os que tinham família, para ter uma coisa de impacto; depois começamos a fazer um trabalho e aí era assim, a família queria e o médico não dava alta, nós tínhamos que ir lá, questionar o médico, e muitas vezes era critério social e não médico que segurava o paciente lá, e eu dizia que queria uma justificativa do quadro psiquiátrico, daí acabava indo.

Então havia casos da família querer?

Não, era assim, eu questionava, porque a família não levava seu familiar, e eles diziam que era porque o médico não deu alta, aí eu ia atrás do médico. Fazia trabalhos de esclarecimento para que as pessoas fizesse tratamento no CAPS, para que o Ministério Público cobrasse do órgão gestor para que essas pessoas pudessem ter acesso ao atendimento ambulatorial, para que a doença mental fosse vista como outra qualquer doença crônica incurável, mas tratável.

Qual a reação da família quando você ligava e falava da desospitalização?

A relação com a justiça ainda é uma reação de medo. Tinham alguns que não se intimidavam, mas tinham outros que ficavam intimidados e faziam. Até porque muitos deles recebiam o benefício de prestação continuada, que é um dinheiro mensal, concedido pelo INSS, para a família cuidar, e o que a família estava fazendo? Mantendo no Sanatório. Isso não pode, é aplicação indevida do recurso público. Eu recebo de você, para cuidar de você e te coloco no hospital? Não pode. Então, nós começamos fiscalizar, investigar, às vezes chamava a família para a audiência, às vezes ia até a residência da família, então, algumas eu percebi uma reação de medo.

Você percebe alguma diferença na aceitação, ou não, da família em relação a ter, ou não, um benefício?

Sem dúvida, é assim, se o paciente está lá dentro, não tem o benefício e você diz para as famílias que elas terão um benefício para cuidar, é mais fácil; quando tem o benefício e ele está lá dentro, é mais difícil, porque a família já tem o dinheiro. Aí você tem que mostrar que o uso que eles estão fazendo do dinheiro, deixando essa pessoa no Sanatório, é crime; então para tirar o paciente que não tinha o benefício é muito importante. Tinha um que não tinha o benefício e nós conseguimos fazer, o irmão o acolheu, e ele nunca mais voltou para o Sanatório.

Tem muitos casos legais, grandiosos, teria que pegar todo esse material e destrinchar; eu até gostaria de escrever sobre isso; tinha um deles que estava no Sanatório porque havia matado a mãe, e ele estava no Sanatório, segundo o médico assistente, porque ele tinha matado a mãe, mas eu pensei, quem faz isso não vai para Sanatório, peguei os autos, analisei tudo; contando assim foi rapidinho, mas até chegar onde eu queria, você imagina. Peguei os autos e lá constava que ele foi julgado e como pena, ele deveria ser tratado ambulatorialmente. E ele estava há dez anos no Sanatório. Peguei, xeroquei o material; ele cometeu um crime, ele estava em crise, ele foi considerado culpado, ele foi absolvido, só que o juiz falou que ele tem que ter um tratamento ambulatorial. Eu não acompanhei, mas dizem que quando ele saiu, porque ele entrou lá com vinte e cinco anos e saiu com trinta e cinco, dizem que ele olhava o mundo assim... dizem que a cidade fez mobilização porque não queriam aceitá-lo; mas tinha uma psicóloga que ficou de olho, ajudou e conseguiu resolver. Lindo, não é?

Você gostaria de acrescentar algo que eu não perguntei?

Mas eu falo que a vida não vai ser fácil, nem na sua vida pessoal, nem no seu trabalho, nunca. Eu acho que nós temos que, gradativamente, ir enfrentando os desafios, hoje, eu cheguei em um patamar que eu vi, que se não tiver Residência Terapêutica, eu não vou conseguir avançar no meu trabalho, porque daí eu quero começar com outras discussões, porque se eu não falar da desospitalização, não tem objetivo a Reforma, não tem objetivo a Luta Anti-manicomial.

Muito obrigada pelas sua contribuição.

Todo esse material está à disposição, caso você tenha interesse em examiná-lo.

APÊNDICE G

ENTREVISTA 06

Entrevistada: S.

Função: Psicóloga do Sanatório Maringá

Como é a saída das pessoas do hospital psiquiátrico?

Os de longa permanência, é complicado. Alguns não têm mais nenhum vínculo com a família. Na verdade nós temos hoje, quatro ou cinco, até poderia estar te passando a quantidade, que a gente não sabe de onde veio, não sabe nem se o nome são os nomes reais dessas pessoas, porque fazem muitos anos, foram deixados aí na frente e não tem referencial de família não tem nada, a maioria deles está em um quadro muito crônico, não sabe falar de onde é, de que cidade, quem é a família, então a gente fica meio que procurando a família.

Quer dizer que quando entrou foi deixado aí na frente e ninguém sabe quem deixou?

Alguns sim, por exemplo, a gente tem uma, a D., ela está conosco há muitos anos, o que aconteceu? Ela foi encontrada na rua, por policiais.

Muitos anos, quer dizer quantos anos?

Oito anos; ela é jovem, nós supomos que ela tem uns trinta e poucos anos, quarenta; ela chegou aqui, ela veio, ela não sabia o nome dela, ela não sabia nada, ela veio com os policiais, porque antigamente quem trazia, eram os policiais, aquelas pessoas que estavam na rua, e não tinha a emergência psiquiátrica, para passar a pessoa de lá para cá. Ela estava confusa, desabrigada, e tal; e ela ficou aqui e nós tentamos localizar a família; um dia ela falava que chamava M., outro dia J., e depois no final ela ficou como D., a gente não sabe nem se esse é o nome dela, não tinha documento, não tinha nada; a gente tentou com ela, ela falou o nome de uma cidade, depois falou que morava perto da Coca-cola, colocamos ela no carro, levamos lá para ver se ela reconhecia o lugar, então, assim, fizemos algumas tentativas, mas nada.... o nome do pai, da mãe, tem dia que ela fala que é um nome, tem dia que ela fala que é outro, daí agora o serviço social está fazendo a documentação como D., para ver se consegue que aconteça alguma coisa, para ver se agiliza; mas ela não tem noção, de quem é, de que cidade, nada disso; cada dia ela fala que é de um lugar; e tudo isso a gente foi checando, mas nunca tivemos retorno porque nem sabemos o nome; provavelmente nem é o nome dela, mas ela também não fala outro.

Agora, tem outros que tem família, que nós estamos tentando, até por essa questão da proposta de voltar para casa e tudo mais, mas é uma luta; o que acontece? Eles não querem; o discurso da família é sempre assim: “olha, eu quero, eu gosto, você acha que eu não quero ficar com ele? Mas eu não posso, eu trabalho, é difícil”. Nós chamamos, passamos toda a orientação, entra em contato com a família e tudo mais, procura saber quais os serviços da cidade, mas é uma luta, eles vêm por ameaça, infelizmente a maioria é assim, não tem como.

E essa ameaça é como?

É assim: “se você não vier, nós vamos levá-lo na sua casa”. Porque agora, o que nós podemos fazer por ele, nós fizemos, até muito mais; e outra coisa, alguns casos, eles não vão ter uma melhora maior ficando aqui ou lá. E eles ficando na casa deles, têm mais oportunidades, têm mais chances. Enfim, é a vida dele, o hospital não é lugar para ficar a vida inteira; e aí eu só sei que tem muita resistência por parte das famílias, muitas delas não querem, já organizaram

a vida sem a pessoa, eu escutei já de família assim: “mas ele não tem nem quarto aqui mais”, sabe assim quando tira a pessoa, quando não existe mais nada? Alguns vêm aqui, faz visitas, até porque é uma forma de: “se eu to fazendo visita, eu to cuidando”, mas se você fala de levar, é um caos. Já teve muitos aqui, teve época de termos muito moradores aqui; agora, felizmente, estamos com dezoito, com possibilidade de mais três irem embora. Mas nós estamos tentando trazer a família, falar com elas, mas está muito complicado, porque eles não querem, não querem mesmo. E a gente fala que quando sair vai ter uma melhora; mas eles dizem: “não, a gente precisou do quarto... quando ele chega ele faz isso...”, então, o que eles ficam reforçando é só o que tem de... não de negativo, mas o que tem de difícil na doença; os ganhos, essas coisas, para eles essas coisas não existem não.

No caso desses que têm família, como que chega a ficar tanto tempo assim internado, a família pára de vir?

A família vem, mas aí vem um dia, mas aí tem uma situação. Nós temos um caso que entrou a Promotoria, teve que entrar a Promotoria, porque a irmã não leva; ela já está no hospital há anos, a irmã não leva, e diz: “eu não vou levar, é obrigação de vocês”; ela entrou na justiça e pediu para a pessoa ficar e tudo mais. Você não vai colocar a pessoa na rua, aí nós entramos com a Promotoria, chamamos essa irmã, essa irmã não quis saber, não foi, falou que é obrigação do Estado, que ela é doente, que o Estado tem que cuidar; mas nós já explicamos que o caso dela está estabilizado, a gente liga, ela desliga o telefone na cara, então assim, nós ficamos meio sem ter o que fazer, porque nós pedimos o respaldo e na verdade não existe o que tem que fazer, pela legislação o Estado é responsável, porque a família não quer; só que o que vai fazer? Por exemplo, não tem Residência feminina, se tivesse, ela seria um caso; tem o projeto, mas por enquanto não tem, e o que a gente faz? A pessoa vai ficando, ficando...

Então, o caso dessa pessoa que eu estava te falando, nós já tomamos todas as providências, ela está sabendo, ela já veio aqui, a Promotoria já pegou, já levou, tudo que a gente poderia ter feito a gente já fez, agora nós estamos esperando uma solução, porque não tem muito o que fazer; a mãe está acamada, tem problemas degenerativos e tem uma pessoa que cuida, só que essa pessoa disse que se essa nossa paciente for para a casa dela, ela abandona até a mãe; então, nós já pensamos em pegar, colocar no carro e levar lá; mas isso seria o quê? Humano? Até porque a gente poderia entrar em problemas, porque se o paciente sai, se machuca, a responsabilidade é nossa; nós andamos nos informando, para ver se era uma coisa viável, não, orientaram-nos a outros procedimentos, agora eu não sei como nós vamos fazer; então, na verdade, para algumas famílias é muito cômodo, fica ali mesmo e tudo bem; eu vou lá visitar, mas eu não tenho que ter muita responsabilidade. No caso de família aqui a gente tem... eu vou até pegar a lista aqui para dar uma olhada e já te falo, acho que são seis; porque a maioria que a gente tem, não tem família, não tem ninguém.

Esses que saíram e voltaram para a família, você sabe me falar qual foi o “desfecho” desse retorno?

Alguns internaram novamente, infelizmente; ficaram um tempo com a família e já trouxeram de volta; mas agora nós estamos com esse cuidado: tudo bem a gente recebe, mas desde que, estabilizou, a família já tem que ter o compromisso de vim buscar.

Tem um prazo?

Não; vem, estabilizou, está de alta; porque, na verdade, quando chega aqui, ele já passou pela emergência, então, só vem para cá quando é um caso bem complicado mesmo. E aí a gente já deixa bem claro para a família: “olha, é uma internação só para estabilização do quadro, e melhorando ele vai poder voltar para casa o mais rápido possível”, “ah, mas...”; só para você ter noção, tem família que diz: “olha, a gente paga”, não, não tem que pagar, já tentaram até

suborno, daí a gente diz: “espera aí, né”; mas eu acho assim, eu não entendo isso como... é que eles não sabem como lidar mesmo, dificuldade de compreender mesmo; a gente sabe das dificuldades deles, mas também, foi o tempo que eles poderiam ficar no hospital psiquiátrico; hospital não é lugar de ficar, em um hospital clínico você não vê isso, por que no psiquiátrico tem que ficar?

Por exemplo, hoje nós temos dezoito que está há mais de um ano. Por exemplo, esta aqui, está aqui desde 2001, é aquela que eu te falei, da irmã, que nós tomamos as providências e tudo mais, só que não tem nada.

Esse aqui, ele não tem família não tem nada, não tem ninguém; nós estamos tentando verificar um lugar para ele ficar, mas o que acaba acontecendo? Uma transinstitucionalização, porque ele vai sair daqui e sabe para onde ele vai? Para um asilo, as opções que ele tem, é mais uma instituição, mas enfim... não é um hospital; teria que ter uma outra situação, mas infelizmente ainda não tem, tenho esperança de que eu possa ver isso um dia ainda.

A D., essa que eu te falei que a gente não sabe nada, está aqui desde 2001, são nove anos, na verdade. O V. é um que tem família, é um dos que estamos tentando trabalhar o retorno à família; a família, se você ver cada desculpa que eles dão; é coisa de cinema sabe... desculpa, assim, eu não to dizendo que a família é ruim, em nenhum momento é essa a questão, é que a família não tem... às vezes a cidade não oferece nenhum serviço, não tem nada, então, a família não sabe como trabalhar isso, essas questões e o V. já está aqui faz um tempo.

Esse menininho aqui, ele é novinho, deve ter uns vinte e oito, ou trinta anos. O que acontece com ele? Ele é de uma família adotiva e a família não quer nem saber dele; e eu estava lendo no prontuário dele que ele fazia uso de drogas, então, a família não quer mais nem... sabe, nós tentamos procurar e tal, eles disseram: “não aceito, não quero, não é responsabilidade nossa”; eles falam bem assim mesmo; e pela Lei, são só os dependentes diretos, pai e mãe; irmão e irmã não tem que ter essa responsabilidade, o que eu acho um absurdo, mas... é a Lei.

Esse aqui, o R2., ele saiu da casa da mãe bem novinho, se desentendeu com ela e foi morar com o avô, e o avô faleceu; antes disso ele tinha ido morar com uma mulher, em um prostíbulo, ela era uma cafetina; só que depois quando ele teve o surto, ela não quis mais saber dele, largou mão, e o avô morreu; e a mãe, ela veio e deu o endereço errado; nós fomos atrás porque, para o azar dela, um sobrinho internou e veio um familiar dela, e nós pegamos o endereço dela, e ela ficou uma fera com a mulher que deu o endereço e nós chegamos até ela; só que ela disse o seguinte, que ele não é filho dela: “há muitos anos ele saiu daqui, eu nunca convivi com ele, eu não quero”. E ele também não aceita conviver com ela. Então, esse é um caso também que nós estamos vendo se, sei lá, seria um caso de Residência, alguma coisa assim.

E todos esses são casos bem crônicos? Como aqueles que estão na Residência Terapêutica?
São casos crônicos; o R2., por exemplo, tem até algumas coisas mais preservadas do que os meninos que estão lá; a N. também; ela tem algumas coisas mais preservadas; agora o Vr. é super-crônico, a D. também, o V. também; o X. é muito delirante, já é cronicado, a droga eu acho que ajudou a degenerar.

Quer dizer que não são pessoas que vão ter uma vida de autonomia, no sentido de morar sozinhas um dia.

Não. O R2. até poderia, mas eu acho difícil também, porque ele não tem muita vontade.

O X. tinha o paizinho dele que vinha aqui, às vezes ele ia de alta, voltava e tudo mais; mas o que aconteceu? O pai faleceu, parece que desgraça pouca é bobagem; o pai faleceu e ele tem uma irmã; e eu fiquei sabendo agora, porque eu faço parte da Comissão de Desinstitucionalização, que a irmã, a única pessoa que ele tem agora, foi lá, ofereceu dinheiro para o pessoal para colocá-lo na Residência, porque ela não quer ele na casa; nós estamos vendo como vamos proceder nesse sentido; ele, além de ter o transtorno tem um retardo; então é bem complicadinho, bem dependente; eu não sei como é que ficaria isso e ela não aceita e não quer nem saber. Nós já chamamos para vir conversar, para mostrar o quanto ele está melhorado, com a medicação, ele não é agressivo, ele não é nada disso; ele só precisa de atenção; dar comida, levar para passear; mas ela não quer; já faz uma semana que nós fizemos o convite, aliás, a convocação, porque cada hora a gente vai aumentando o nível de pressão.

A I. também, nós não temos nenhum referencial de família, nada, nada, nada; nós estamos procurando também, investigando, porque dela nós temos o nome inteiro, então, estamos tentando, mas está complicado.

O J., diz que veio de Cacoal, Rondônia, estamos com uma parceria com a SASC (Secretaria de Assistência Social), tentando localizar a família, porque um dos nossos pacientes, nós conseguimos localizar a família lá em... na Bahia, ou Ceará, eu sei que foi para o Nordeste; só sei que nós conseguimos uma passagem de avião e ele foi para lá, ele estava em situação de rua aqui, então, teve um desfecho legal, a mãe ficou super feliz de recebê-lo e tal. Então a SASC está tentando ver se, pelas informações que ele passou, consegue alguma informação de lá em Rondônia.

Esses que têm família, que você está citando, são daqui de Maringá?

Não. O V. é de Campo Mourão, o O. é daqui, o R2. é de Nova Esperança, tem mais um que é daqui; são esses que têm família.

Todos na região de Maringá?

A maioria é da região.

O J. é esse que eu te falei, tava em situação de rua, veio através da SASC e tudo mais.

O P. também, estava em situação de rua, ele fala que a família dele é de Araraquara, mas a gente pede referência ele não tem. Só que o P. nós estamos tentando, sei lá, uma chácara, alguma coisa assim, junto com o pessoal da SASC também.

A D., uma senhora que temos aqui, matou o marido e não passou por julgamento ainda; e os filhos têm a maior resistência em levá-la, então eles estão atrás de juiz, promotora, tentando prorrogar o maior tempo possível o tempo dela; só que nós já chamamos a família aqui também e explicamos que aqui não é manicômio judiciário; ela veio porque ela tem um transtorno, delirante, ela conversa e diz que uma voz diz pra ela te xingar, e daí por diante; só que ela está estabilizada e o que segura ela é essa questão do judiciário; ela foi fazer uma perícia lá em Londrina e até hoje nós não sabemos o resultado, nós já tentamos nos informar e nada; nós convocamos os filhos e cada dia eles inventam uma história, eles morrem de medo, porque ela chegou, matou o marido, ligou para os filhos e falou que tinha acabado, que tinha dado cabo nele, e eles sentem verdadeiro pânico dela; mas eu acho que se ela tem que pagar por alguma coisa, que ela seja julgada e que se precisar ficar, que vá para um local, não digo adequado, mas que seja o que determina a Lei, porque ficar no manicômio também...pelo amor de Deus, né...

R3. tem um paizinho, um senhorzinho idoso, bem complicado; ela vai, ela fica uma semana e ele acaba trazendo ela de volta; e ela está de alta e parece que nessa semana ou na outra ele vai vir buscá-la; depois de muita guerra e muita luta também; porque, ele dá desculpa, sabe aquela coisa bem... “não dá, porque ela sai para a rua”; e ele é um senhor bem idoso; eu já entrei em contato com o pessoal do PSF para fazer o acompanhamento, mas está meio complicado.

O A., nós também não sabemos se esse é o nome dele; ele tem uma coisa que parece índio, mas não é, não vamos nem falar de índio, porque depois de toda aquela confusão que deu por causa de índio e que não era índio coisíssima nenhuma, era paraguaio; o A. era bem regredido, como posso dizer, bem cronificado, ele não sabe direito as coisas, só sabe falar o nome dele e só; esse nós não temos nem por onde começar.

O M., a mãe dele falou que vai vir buscá-lo; semana passada ela disse que viria dali oito dias, então, provavelmente essa semana ela vem buscá-lo; é de Peabiru, uma senhora também, mas qualquer coisa que acontece, porque eu vou te contar como é, eles levam a pessoa para casa e qualquer coisa que se passa de diferente, que se a gente fizesse, seria uma coisa normal, para eles já é questão para o hospital; já é um motivo para poder reforçar que ele não dá para ficar ali mesmo; essa é uma daquelas pessoas que já reorganizou a casa, que tem que refazer o quarto e tudo mais, e ele é filho, então, não tem como ela recusar; então ficou de ela vir agora e eu espero que venha, porque muitas vezes eles fazem promessa e não vêm; aí tem que ligar de novo e sempre alguém fica doente. Nós tínhamos um aqui, que estava de alta há mais de um ano, e era pressão, pressão; aí eles mandaram o juiz mandar uma carta para nós, dizendo que era aqui que ele deveria permanecer, aí nós falamos que não, que ele já estava bem e já podia voltar para casa e foi uma briga. E ele é uma pessoa que, realmente, dá muito trabalho, a cidade inteira conhece, porque em uma cidade pequena, todo mundo acaba conhecendo; a irmã trouxe para cá e foi ficando, ficando, até que chegou uma hora que nós dissemos que não dava mais; aí cada dia um adoecia, um dia era a mãe que tinha dengue, outro dia era o padrasto que estava com gripe-H1N1, outro dia era outro, eu sei que eles tiveram tanta doença em um período que a gente pensava, essas pessoas vão morrer, mas a gente sabia que, não que eles não tivessem, porque são bem idosos e tudo mais, só que era muita coincidência; a filha foi para os Estados Unidos, daí eles não podiam ficar com ele, então foi tudo muito complicado, mas enfim, acabou que tivemos meio que ameaçar, aí eles vieram; mas, foi uma batalha.

O M. também, só tem uma avozinha, que é uma senhorinha de Colorado, me parece, e esses dias ela veio aqui com uma missionária, aí fizeram todo aquele discurso, mas ele está de alta, e nós falamos que tem que dar conta, já ligamos para Colorado e tal; porque nós fazemos esse contato, para não deixar desamparado, porque nós sabemos das dificuldades; e no caso do M. ele pode sair, está estabilizado, se tomar o remédio é tranqüilo; o problema é o seguinte, eles dizem: “chega lá ele não quer tomar o remédio”; e eles também não entendem... então, acaba que ele retorna.

Como é contato com o município?

Aqui em Maringá, nós já mandamos a contra-referência para aquela região de atendimento, para a Unidade Básica de Saúde que é referência no atendimento; nós mandamos para eles, para que, assim que eles chegaram lá, fazer visitas, um acompanhamento para que tenha amparo, nessa coisa de não querer tomar o remédio e tudo mais. Quando se trata de outras cidades nós avisamos, levamos para as Secretarias de Saúde e os lugares que nós temos de

referência, e aí é avisado que essa pessoa está chegando até lá. Aí eles já dizem: “iiiih, mas de novo?”. Até o serviço já tem um pouco de resistência.

A T., no caso, ela veio do Lar Thalita, um lar para crianças e adolescentes que não têm família; era ela e a irmã dela; a irmã consegue ir para o CAPS, a irmã é um pouco mais independente; a T. é mais regredida; e ela está de alta; o que nós tínhamos como referência era o Lar Thalita, só que ela não tem mais a faixa etária, ela não é mais a população que eles atendem; só que a irmã dela fica lá e vai para o CAPS; nós falamos: “por que não ficar com a T. também?”. Porque a T., se ela tomar o remédio, ela pode ficar, tranqüila. Essa semana mesmo vieram a psicóloga e a assistente social do Lar Thalita, e nós colocamos para eles que ela está de alta, que ela precisa de um atendimento ambulatorial e que o que nós temos de referência é o Lar Thalita. Daí elas ficaram de ver em uma reunião com eles e me dar a resposta ainda essa semana do caso da T.

O Ji., ele tem uma família em Sarandi, só que a família não quer mais saber dele, e ele até consegue ter uma vida independente; nós estamos trabalhando com ele a questão dele ir para o CAPS, e alugar um quarto em um pensionato porque ele tem um benefício, ele tem o direito dele, para ele poder, ter a vida dele; então, parece que ele sai ainda este mês, nós já fomos ver o pensionato, para fazer essa desospitalização; vimos o CAPS também, para que ele possa participar e ter a vida dele.

Então, são esses que nós temos hoje, de longa permanência, e os encaminhamentos que estão sendo feitos. Alguns nós sabemos que vai ficar travado por algumas outras questões, mas esses que têm família nós estamos tentando para ver se a família, entende essa situação e que hoje existe uma coisa maior, uma rede, mesmo que for uma cidade pequena, não sei se dá conta, mas tem; já não estão mais tão sozinhos; mas é difícil.

Esse contato com a família, que às vezes nem quer atender o telefone, como vocês lidam com isso?

Olha, na verdade, nós ligamos para a família, aí a família dá uma desculpa; nós dizemos que o médico está exigindo; quando você diz que o médico está exigindo, eles vêm, infelizmente é assim; se falar que a psicóloga quer conversar, algumas até vem; se falar que é a assistente social então, coitada, nem aparece. Então, tem uma hierarquia de importância na cabeça da família; e quando você fala, por exemplo, do médico, elas vêm. Na nossa frente é tudo muito...: “não, a gente vai ver o que pode ser feito”; só que nós sabemos, que passou daquilo ali é só uma nova conversa com o médico; então, nós tentamos fazer isso, nós comunicamos, nós ligamos para o município, para os serviços de saúde; enquanto membro dessa Comissão, nós já fomos visitar alguns desses municípios, levamos a história, a situação, e pedimos uma parceria também, porque não dá para fazer sozinho.

E quando começou esse trabalho, por exemplo, de ter uma lista de controle de longas internações.

Não, essa lista nós sempre tivemos; a preocupação, na verdade, eu acho que existiu, mas não dessa forma, porque não existia uma cobrança formal; para as famílias era cômodo ficar, e a gente tentava contato, não dava certo, a gente não tinha insistência; agora não, de um tempo para cá, até essa questão da Comissão da Desinstitucionalização, a gente se atentou mais para isso; sabe, quando você sabe que tem que fazer alguma coisa mais, vai fazendo, fazendo, e acaba tendo coisas mais complicadas para... complicadas não, porque eu acho que isso é muito complicado, mas acaba que você vai passando mesmo; mas agora já faz um tempinho que, felizmente, essa questão foi vista; e esses aqui (referindo-se a três usuários com quase um

ano de internação) já estão aqui para não se tornarem moradores, porque já estão ficando de novo, ou ficando, porque são pessoas que temos aqui, que já estão um tempo; e nós já estamos entrando em contato com a família para que não aconteça mais isso.

Eu soube que teve um tempo que eram mais de sessenta moradores; há quanto tempo foi isso?

Faz dois ou três anos; alguns foram para a Residência, outros para as suas famílias.

Dentre os que foram para as famílias, quais foram os resultados desse retorno?

Olha, alguns nós não tivemos mais notícias, eu não sei se o município deu conta, ou se acabou que faleceu; alguns faleceram, porque às vezes quando morre a família vem e avisa para nós. Agora, alguns eu não tenho essa informação, porque às vezes vai para outra cidade e nós não temos mais notícias; nós sabemos daqueles que retornaram, porque tiveram alguns que foram e retornaram; agora eles passam por aquele tempo de estabilização e voltam para casa.

E são muitos que voltaram?

Desses sessenta não, até porque eles procuram outros serviços; nós tivemos um que saiu daqui e nós sabemos que já foi para Marechal Cândido Rondon, para outro hospital, saiu direto de um hospital e foi para outro hospital; então, infelizmente, essa informação de que está tudo bem, nós temos, por exemplo, dos meninos que estão no CAPS, o W. que era uma família bem resistente, e até hoje é; o A., que nós sabemos que deu certo; o Ad., o A. que está com a família, então, esses nós temos notícia, que deu certo, que voltou para casa e está conseguindo conviver. O A., a mãe dele morria de medo, tem as dificuldades, mas ela aprendeu como lidar.

Eu gostaria de saber sobre três ex-moradores, em especial, se a família veio procurar: A., R. e E.

A mãe do A. sempre estava presente, sempre foi uma que queria levá-lo; mas o restante da família não queria que ela ficasse sozinha com ele; daí foi feito um trabalho com toda a família, mas ela nunca foi resistente não; ela tinha um pouco de medo, mas era uma que não negava o filho, até por isso que eu acho que funcionou mesmo.

Esse trabalho que você diz ter sido feito com ela, quem que realizou?

Nós fomos conversando, ela veio aqui, ela participava das reuniões, nós fizemos contato com o CAPS, não sei se ele está frequentando;

Parece que não está frequentando.

É, eu tinha certeza que ele não teria muita adesão porque ele não tem essa questão, mas ele está tomando o remédio, está estabilizado, dentro dos limites dele, ele está conseguindo conviver.

Essas reuniões existem ainda?

Toda quinta-feira nós fazemos reuniões com a família; não só desses, mas de outras famílias também, todos são convidados; mas a presença é mínima, não é porque eles não queiram, mas a maioria trabalha, tem pessoas de outros municípios, tem todas essas questões aí.

O E. está na Residência, o contato com a família foi tentado, mas o pai, bem resistente; ali eu acho que é aquele estilo, tiraram o quarto, não tem mais nada, e ele foi tirado da família... e você não sabe a luta que foi... e no fim ele foi para a Residência, mesmo tendo o pai.

Você sabe se o E. tem filha?

Ele foi casado, eu acho que ele tem um filho ou filha sim.

O R. está morando sozinho.

Esse morar sozinho dele é uma Residência ou é um pensionato custeado por ele?

Não, ele alugou um quarto por conta; ele foi para a Residência, só que ele não se adaptou, ele não quis ficar, aí ele alugou um quarto em um pensionato e tranqüilo. E a família dele, na época que ele estava aqui, não queria nem saber; depois a C., quando ele já estava na Residência, conseguiu localizar a família, levou ele para conhecer a família, ele conheceu, mas ele não quis e a família não quis ficar juntos. Mas também não tinha o interesse da família não.

O L. C. também, a C. encontrou a família dele, levou ele lá para a família dele, só que a família dele inteira é usuária de drogas, ele ficou lá um tempo, acabou usando drogas também, daí a família pediu para ela buscá-lo, ela foi e ele está aí de volta; também não se adaptou com a família.

O Mi. tem uma família em Mandaguçu, só que eles também não aceitam, parece que é o irmão que ele tem, a C. procurou, mas parece que eles também não quiseram muito.

O W. tem família, mas a única pessoa que vinha aqui, na época que ele ficou internado era o pai, levava no fim de semana, mas o que acontecia? Ele chegava e contava para nós, que teve que ficar no quarto porque teve visita, quer dizer, eles escondiam; teve até uma situação delicada aqui, uma aluna veio para conhecer o Sanatório e viu o W. aqui e ela achava que ele estava fora estudando, porque era esse o discurso da família; depois o pai dele faleceu, aí eles não queriam mais vir, aí foi a hora que nós brigamos mesmo, dissemos que ele podia voltar, e daí o irmão levou, mas foi muita luta... eu acho até que hoje, o irmão participa, tem o projeto “pescando mentes” que ele ajuda e tudo mais, mas foi uma coisa que foi bem complicada e a C. teve grande participação nisso. Foi uma guerra; e o pai era o único que vinha, a mãe não vinha, os irmãos não vinham, era só o pai mesmo.

Você teria como me informar o período que o Mo., o Ad. e o Mi. ficaram hospitalizados aqui? Posso, mas você me liga depois.

O Mo. você sabe, que ele tem família, quer dizer, tem a mãe, mas ela tem transtorno também, não é lúcida, e o pai, tinha problema cardíaco e faleceu; teve até um padre que vinha junto com o pai aqui visitá-lo, nós até fomos atrás dele, mas ele não queria assumir o Mo., ele não queria esse tipo de responsabilidade.

E o N.? Também tem família?

Ele tem a mãe, mas ela tem transtorno e também está no asilo; ela também ficou conosco aqui um tempo e depois foi para o asilo; porque também não tinha para onde ir, daí ela fez essa transinstitucionalização.

Em relação ao tempo de internação, alguns nós só conseguimos o período aproximado, porque tinham algumas datas que o paciente saía em um dia e entrava no outro.

É que antes, o paciente não podia ficar direto, nós tínhamos que fazer a re-internação.

Então, não chegava a sair?

Não. Às vezes ia, voltava, mas não fazia isso, era automático.

Agora isso não é feito mais?

Agora não, nós fazemos uma justificativa na AIH e pronto; era mais pela questão burocrática.

Existe alguma lista, algum documento ou informação sobre esse número de sessenta moradores?

Agora eu não sei porque eles saíram e, conforme vai saindo, eles vão saindo do nosso sistema.

A Comissão de Desinstitucionalização, possui atas, documentos?

Sim, tem tudo. Foi formada há uns dois anos e é formada pela coordenadora de saúde mental do município, tem um representante da SASC. Eu comecei na Comissão faz um ano, até para poder levar essas informações e tudo mais.

Você lembra de alguma família que veio te procurar para desospitalizar seu familiar?

Olha... que eu me lembro nenhuma, infelizmente, não; espontaneamente não; elas até vinham depois que nós convocávamos e aceitavam com facilidade, mas, a iniciativa de dizer: “não, eu quero levar”, pode até ser que tenha existido, mas, no momento, eu não consigo lembrar.

Como está sendo o critério para definir quem sai e quem fica no hospital, pois, se eram sessenta e hoje são dezoito, porque aqueles saíram e esses ficaram?

O critério é o seguinte: eles podem sair, desde que alguém venha buscar; o que nós temos feito é isso, porque na verdade, são todos quadros complicados já, e precisam de cuidados, então, se a família aceita levar e tudo mais, eles podem ir; então, assim, eu não diria que tem um critério; o critério seria isso, conseguir dar os encaminhamentos que eles precisam, ter um lugar para onde ir, a princípio, seria isso e, estar estabilizado também.

Por exemplo, o O. nós ficamos meio preocupados, porque ele tem essa oscilação e tudo mais, então, nós pensamos, para que lugar ele vai? Porque ele não tem idade para ir para um asilo, ele usa drogas, então não sei como fica isso na Residência; eu acho que não tem critérios, a Residência é um lugar, não tem que ter perfil, como foi falado, a pessoa tem que ter perfil, não, tem uns que exigem mais e outros que exigem menos; eu não vejo assim um critério para sair, desde que tenha um local onde ele possa ficar e que não seja instituição.

Entre todos os moradores a minoria é envolvimento com drogas?

Sim. Na verdade, o O., por exemplo, é um dos que tem envolvimento com drogas, mas é uma comorbidade, ele já tem o transtorno já e a droga só vem, por exemplo, ele fica na rua, por conta da patologia mesmo que ele saía de casa, não tomava o remédio, aí acaba que ele encontrava o pessoal que dava droga para ele, e ele acabou querendo usar e passou a usar; mas não que a droga seja o determinante para o tratamento dele aqui.

Então, em geral, o usuário de drogas não se torna um morador do hospital psiquiátrico?

Existe uma cobrança, tem um prazo de tratamento, já tem um projeto terapêutico para ele que nós não temos como fugir, é só a desintoxicação e orientação; esse é o projeto terapêutico para os dependentes químicos. Agora no caso de outros transtornos, nós não temos como prever o tempo, é o tempo de estabilização; no caso desses pacientes que são crônicos, estabilizou, tem alguém que possa acolher, tranquilo.

Quando você comentou que tinha uma certa pressão para desospitalizar, a que você se referiu?

Eu acho que tudo, a Lei está aí, a Promotoria eu acho que já exerceu uma pressão maior, e até para nós mesmos; antes eu acho que nós não tínhamos essa visão, e hoje eu acho que para nós isso está bem claro, a minha entrada na Comissão ajudou bastante, nessa questão da desinstitucionalização; porque a Lei já tem um tempo, então, eu acho que é a época mesmo, tem que ser internações rápidas; nós sabemos que hoje a internação é só em último caso, então, é essa coisa do momento mesmo, tem que ser assim, é essa mudança mesmo; eu acho que o que impulsionou mesmo foi a Lei, a cobrança... um pouco de cada na verdade.

E as famílias encaram com surpresa essa mudanças na forma de atendimento?

Sim, uma senhora, por exemplo, que o parente dela estava aqui, e não era nem de longa permanência, era um dependente químico, era um dos que ficou, tratou, e a mãe chegou e nós tínhamos comunicado a alta dele, mas acho que ela não havia recebido o comunicado; daí ela chegou e nós avisamos que ele estava de alta e nós perguntamos se ela tinha condições de levá-lo naquele dia, ou se mandaria buscar no dia seguinte, porque às vezes vem sem dinheiro, tudo isso nós temos que considerar; aí a mulher começou a passar mal, a pressão dela foi lá em cima, nós tivemos que chamar o clínico, e ela passou mal mesmo, a pressão dela foi para dezenove; então, com isso você imagina o que deve ser essa vivência dela com o filho, só que é uma coisa que eu acho que precisa ser trabalhada; a família tem que ser trabalhada no mesmo sentido. Eu estou fazendo uma pós, minha terceira pós, é com adolescentes e eu estou fazendo justamente isso, se a família tem conhecimento da rede, das políticas públicas e como ela percebe um tratamento de internação, porque, na verdade, elas chegam pedindo a internação, e quando você fala que não vai ficar internado ou alguma coisa assim, nossa, acabou; para elas é uma tristeza; então eu acho assim, precisa trabalhar essa questão da família, porque eu acho que existem coisas separadas, mas não existe uma política pública para adolescentes, o que é feito, é tudo adaptado de adulto, e muito menos para as famílias. Então eu vou começar as minhas entrevistas com as famílias; mas quando internam os adolescentes agora, o que acontece? Eu já faço uma entrevista para dar aquela acolhida; e você já percebe que eles não têm noção nenhuma; tem gente que não sabe, por exemplo, que existe CAPSi, não aqui em Maringá, mas às vezes vem de outra cidade que tem esse serviço e eles não sabem, a única coisa que eles sabem é: o paciente fez alguma coisa? Chama o Conselho Tutelar, como se o Conselho Tutelar fosse dar conta de todas as coisas; então, é um desconhecimento... e às vezes eu acho que isso é inconsciente ou consciente e às vezes eu não quero nem saber porque é mais fácil fazer essa via, então esse é o meu trabalho da pós.

Quando nós falamos de família, temos que tomar cuidado porque senão fica parecendo que a família é a vilã e o paciente é o mocinho, e isso não existe, não existe o vilão e o mocinho, porque a família é tão vítima quanto... porque você imagina, a gente fala que não tem preconceito, mas imagina, você tem o seu filhinho lá e chega uma mocinha, com boas referências e você pergunta onde ela passou os últimos dois meses e ela diz que no hospital psiquiátrico, você contrataria? Claro que não contrata, por mais que você saiba que a pessoa está melhor, que tem que ser reinserida, é muito difícil, porque a gente precisa trabalhar isso ainda. Agora imagina uma família, que tem todas as expectativas e tudo mais, então, não é fácil, só que também não é fechando os olhos que nós vamos resolver isso, a família tem que aprender a conhecer a doença, nós temos famílias, por exemplo, que estuda, vai atrás, quer saber o que é e quando você diz que o paciente está de alta, ela fica super feliz, porque vai levar, vai tentar... e tem o contrário, aquela família que diz que quer, mas na hora não vai; então é complicado; chega em casa não dá remédio, porque não quer contrariar, tem família que liga aqui... olha, nós tínhamos uma de longa permanência que a Promotora foi lá e a irmã acabou que levou; e eu conversei um monte com ela, explicando sobre o transtorno... e ela ligava aqui todo dia, eu expliquei que era só dar o remédio, que alguns comportamentos ela ia

ter mesmo, mas que não era a primeira coisa que ela fizesse, que ela ia precisar de uma re-
adaptação, porque também fazia muito tempo que ela estava longe de casa, pedi para ela
procurar o Programa Saúde da Família, porque é um município super pequeno, pedi ajuda do
pessoal da saúde, passei todas as informações, para ir lá, motivar, falei um pouco da doença
dela e tudo mais; mas você não tem noção, eu falei: “qualquer coisa você pode ligar aqui”,
não sei porque eu fui falar isso, não imaginei que qualquer coisa seria qualquer coisa mesmo;
aí ela ligava aqui e perguntava se a paciente podia comer peixe, porque “às vezes por causa do
remédio não pode...”; aí eu expliquei que ela podia comer tudo, que ela não tinha problema
orgânico, que ela podia ficar tranqüila quanto à alimentação dela; perguntava até o que fazer
no caso de ela rir, aí eu disse: “se ela rir e for uma piada você ri também...”; e fui tentando
levar. Cada dia ela tinha uma dúvida, sobre a menstruação, mas eu expliquei que ela sabia
menstruar, aqui se cuidava direitinho; eu expliquei que ela tinha ficado um tempo aqui, que
tinha algumas limitações, mas que não era para tanto; mas você vê assim que ela não sabia
mesmo lidar com a paciente, que ela ficava em pânico. Agora já faz um tempo, estou até
preocupada, não sei se ela se adaptou à realidade... e como ela não vai poder voltar, porque
agora a família dela é de outra regional, então ela não vai poder voltar. Uma outra coisa que
eu acho importante: a primeira coisa que a família pergunta quando leva a pessoa é se vai
poder trazê-lo novamente, caso precise; eu sempre digo que nós temos que partir do princípio
que ele não vai precisar voltar para o hospital; se ele precisar de uma atenção, de alguma
coisa, procurar o serviço do município, e se necessário, se não der conta, vai na Emergência
Psiquiátrica, estabiliza e tudo mais; mas eles insistem em saber sobre a internação, essa é a
primeira pergunta que a maioria faz. Mas não são todos que nós conseguimos orientar, às
vezes é a assistente social que fala com a família, mas nós estamos tentando falar a mesma
língua.

Você gostaria de dizer mais alguma coisa que eu não perguntei?

No momento era só isso mesmo.

Então, muito obrigada pelas informações.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.