

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais



Dissertação

História oral de vida e saúde mental em Pelotas, RS

Tiago Neuenfeld Munhoz

Pelotas, 2012

TIAGO NEUENFELD MUNHOZ

HISTÓRIA ORAL DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM PELOTAS, RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais (área do conhecimento: Sociologia).

Orientadora: Lorena Almeida Gill

Pelotas, 2012

Banca Examinadora:

Luciane Prado Kantorski

Valéria Cristina Christello Coimbra

William Héctor Gómez Soto

A todos os usuários dos serviços de saúde mental

AGRADECIMENTOS

As mulheres que participaram desta pesquisa, compartilhando suas histórias de vida para que este trabalho se tornasse possível.

À orientadora desta dissertação, Lorena Almeida Gill, por ter acreditado no meu projeto de pesquisa, por seu apoio, paciência e por todo esforço envolvido nas correções deste trabalho.

Aos meus pais, Maria Elizabete e Auido, por todo carinho, compreensão, dedicação e amor que sempre tiveram comigo. Nestes momentos de agradecimentos as palavras não são suficientes. Espero que no futuro, ao ter filhos, eu consiga criá-los com as mesmas qualidades que tive o enorme prazer e felicidade de receber dos meus pais.

À Juliane, entre tantas qualidades, pelo otimismo e pelo exemplo. Das surpresas, memórias e felicidades do mestrado, sem dúvida ela é a melhor de todas.

Aos meus avós, Anylda e Dirceu, Adélia e Walter, que hoje não estão mais aqui, mas acredito que sempre estarão comigo.

À Raquel, pelo aprendizado.

A todos meus familiares, que de um jeito ou de outro sempre me apoiaram. Em especial a minha dinda Chirlei, por toda simpatia e carinho que sempre tem comigo.

Aos meus colegas do mestrado e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelos meses de financiamento deste projeto.

RESUMO

MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. **História oral de vida e saúde mental em Pelotas, RS.** 2012. 152f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Durante as últimas décadas, o campo da saúde mental passa por modificações teóricas, técnicas e legislativas importantes, com impacto sobre os usuários do sistema de saúde. Dessa forma, este trabalho procura entender e analisar, através da metodologia da história oral de vida, como estas transformações afetam o cotidiano de duas usuárias dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Também objetiva compreender as experiências de vida relacionadas com o sofrimento psíquico. Foram analisadas as histórias de vida de acordo com categorias estruturais, segundo as suas narrativas. As violências psicológica ou física sofrida em algum momento da vida são importantes fatores relacionados com a atual situação de saúde mental destas mulheres. Estas histórias de vida refletem problemáticas similares a aquelas encontradas em outros estudos com usuários dos serviços de saúde mental no Brasil. Segundo as narrativas, os CAPS exercem um papel terapêutico importante, contudo, as políticas públicas do setor ainda não suprem carências em relação ao baixo nível educacional e socioeconômico de muitos usuários, bem como a inclusão no mercado de trabalho. Novos estudos abordando as relações de gênero e saúde mental podem fornecer informações importantes para compreensão destas lacunas.

Palavras-chave: Acontecimentos que mudam a vida. Saúde mental. Gênero e saúde. Mulheres. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT

MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. **História oral de vida e saúde mental em Pelotas, RS.** 2012. 152f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

During the last decades, the mental health field has been going through important theoretical, technical and legal modifications, impacting on healthcare users. Thus, this study intends to understand and analyze, through the Oral History methodology, how these alterations affect the routines of two users of Centers of Psychosocial Care (CAPS). It also has the objective of understanding life experiences related to psychological distress. Life stories were analyzed in accordance with structural categories, based on their narratives. The psychological or physical abuses these women underwent at some point in the lives are important factors in relation to their present state of mental health. These oral histories reveal similar problems to those found in other studies with mental health healthcare users in Brazil. According to the narratives, the CAPS's play an important therapeutic role, however, public policies in the sector still don't make up to deficits related to low educational and socioeconomic levels of many users, as well as to their inclusion in the labor market. Further studies addressing gender and mental health could provide important information for the comprehension of these gaps.

Keywords: Life Change Events. Mental Health. Gender and Health. Women. Mental Health Services.

Lista de Figuras

Figura 1	Série histórica da expansão dos CAPS no Brasil	22
Figura 2	Proporção de recursos do SUS destinado aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2010 no Brasil	23
Figura 3	Categorias gerais de análise segundo as narrativas das entrevistadas, Pelotas, 2011	70

Lista de Tabelas

Tabela 1	Proporção de recursos do SUS destinados à saúde mental nos anos de 1997, 2001 e 2004	18
----------	--	----

Lista de Abreviaturas e Siglas

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Hospital Nacional dos Alienados - HNA

Hospício São Pedro - HSP

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência - INAMPS

Instituto Nacional do Seguro Social - INSS

Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS

Organização das Nações Unidas - ONU

Organização Mundial de Saúde - OMS

Organização Pan Americana de Saúde - OPAS

Serviço Residencial Terapêutico - SRT

Sistema Único de Saúde - SUS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA, HISTÓRIA, LOUCURA, ESTUDOS DE GÊNERO E MEMÓRIA	17
1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	17
1.2 HISTÓRIA E LOUCURA	28
1.3 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE	37
1.4 MEMÓRIA	45
1.5 CONSIDERAÇÕES	55
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA	59
2.1 A HISTÓRIA ORAL	59
2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	65
CAPÍTULO 3 - HISTÓRIAS DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM PELOTAS, RS	73
3.1 A HISTÓRIA DE VIDA DE MARIA	73
3.2 A HISTÓRIA DE VIDA DE JOANA	96
CAPÍTULO 4 – ENTRELAÇANDO AS HISTÓRIAS DE VIDA	113
CONCLUSÕES	128
REFERÊNCIAS	131
ANEXOS	151
ANEXO 1	151
ANEXO 2	152

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é resultado da minha formação acadêmica como psicólogo e estudante da área de saúde mental. Durante a graduação tive o primeiro contato com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), momento da implantação destes serviços no sistema de saúde na cidade de Pelotas. Posteriormente, fui estagiário de Psicologia Clínica e Saúde Mental Coletiva em um dos novos serviços de saúde mental, vinculado a Universidade na qual me formei, no ano de 2005. Nesse período realizei grupos terapêuticos com familiares de usuários, embasado na perspectiva teórica da Terapia Familiar Sistêmica¹.

Neste grupo foi possível conhecer, pela primeira vez, a realidade em que muitos usuários e seus familiares estão inseridos, compartilhando características sociais em relação à estrutura familiar, problemas de vida, baixo nível educacional e socioeconômico, entre outras. A família era o principal vínculo social destes usuários e também a principal responsável pelo cuidado, sustento e proteção.

Estes papéis sociais, na maioria dos casos, eram centralizados na figura feminina. Não obstante, a precariedade das condições de acesso à educação, trabalho, lazer, cultura e renda eram predominantes. Naquele momento, entre os profissionais da área da Saúde Mental Coletiva, considerava-se que os novos serviços de saúde mental seriam estruturados para funcionar de uma maneira diferente do modelo hospitalocêntrico, isto é, favorecendo a ampliação dos laços sociais e familiares, a melhoria significativa no acesso à educação, trabalho e renda

¹ Entende-se a família como um complexo de elementos inter-atuantes de tal modo, que o comportamento em certa situação, é diferente ao deste elemento em outra situação (VIDAL, 1991).

através das oficinas que se realizam nos CAPS. Um dos objetivos subjacentes ao modelo de atenção psicossocial é combater às formas de estigmatização, preconceito e tratamento em relação ao sofrimento psíquico, incluindo a perspectiva da terapêutica ampliada e diversificada, não apenas centrada no tratamento farmacológico.

Em outro momento, no ano de 2008, pude realizar uma pesquisa com os trabalhadores dos CAPS da cidade de Pelotas, visando identificar os níveis de satisfação e o impacto do trabalho em saúde mental, considerando a percepção destes a respeito da sua atividade laboral. Também foi investigado o esgotamento profissional entre estes trabalhadores². Na minha percepção, para além dos resultados encontrados neste trabalho, foi possível compreender de dentro (e ao mesmo tempo de fora) a lógica dos trabalhadores da saúde mental no município de Pelotas, a estrutura de funcionamento do serviço público e o sucateamento dos serviços destinados a serem modelos de atenção psicossocial. Este sucateamento se refere ao perfil dos profissionais, carência de trabalhadores com formação especializada, e principalmente, como o poder público local lida com a saúde no município. Em grande parte dos serviços a infraestrutura é precária, com carências em muitos sentidos. Tudo indica que desde aquele ano, até o momento, pouco melhorou a qualidade estrutural dos serviços.

Portanto, o presente trabalho é resultado da minha trajetória acadêmica e a consequente aproximação com o campo da saúde mental no Brasil, através do novo modelo de atenção a saúde mental, o modelo psicossocial. O objetivo desta pesquisa é compreender, a partir da metodologia da história oral de vida, a perspectiva dos usuários dos serviços de saúde mental na cidade de Pelotas e quais os eventos relacionados com a trajetória de vida e com o sofrimento psíquico. Além disso, objetiva compreender qual o impacto da Reforma Psiquiátrica brasileira subjacente na experiência individual destes sujeitos.

² Ver COIMBRA; KANTORSKI, 2010.

Justifica-se pelo fato de que o campo da saúde mental no Brasil vem ampliando suas formas de atuação e através da modificação na compreensão e entendimento do fenômeno dos transtornos mentais efetua sistemáticas mudanças na forma de legislar e atuar. A Lei nº 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica, tem ampliado os espaços de debate, execução de políticas públicas e produção de conhecimento em diferentes áreas do campo científico. No Rio Grande do Sul, os projetos de Lei nº 171/91 e 278/91 já dispunham sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado e foram substituídos pela Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992 (BRASIL, 2004). A partir desse momento passa a existir uma orientação para o tratamento dos transtornos mentais através dos CAPS, com a progressiva diminuição de internações em hospitais psiquiátricos e a ampliação de vagas para atendimentos em hospitais gerais.

Entende-se a Reforma Psiquiátrica como "movimento político, social e clínico no qual se forjam novas formas de lidar com a experimentação da loucura sem sequestrá-la das cidades e da vida" (FONSECA; PERRONE; ENGELMAN, 2004, p. 221). Outros autores, analisando a Reforma Psiquiátrica no Estado de Minas Gerais, apresentam definição similar sobre a reforma, indicando "[...] um conjunto de iniciativas de cunho político, social, legislativo e cultural que visavam modificar a situação e tecer alternativas" à organização da assistência e a compreensão do campo da saúde mental (GOULART. DURÃES, 2010, p. 113). Esse movimento é resultado de diversas concepções, representações e relações de poder produzidas historicamente entre as instituições e a sociedade frente ao fenômeno da loucura.

No Capítulo 1 são apresentados os componentes teóricos importantes para a realização deste trabalho, incluindo uma contextualização sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, as principais correntes sobre os estudos de gênero, os trabalhos relacionados ao tema de pesquisa e as construções teóricas a respeito da memória, através da compreensão histórica.

Será apresentado um breve panorama sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, com foco no processo de desinstitucionalização da loucura através do redirecionamento das formas de atuação no sistema de saúde – especialmente no

sistema público. Procura-se apresentar o objetivo principal da Reforma Psiquiátrica, através da reintegração do portador de transtorno mental grave ou persistente no conjunto da sociedade, visando sua integração com o meio social através das relações sociais cotidianas na família, no bairro, na cidade, no trabalho e no resgate e afirmação de sua cidadania.

Os processos de disciplinarização, relações de poder e representações sobre o transtorno mental, existentes entre a sociedade e o sujeito com sofrimento psíquico, produzem obstáculos no processo de reintegração social dos usuários dos serviços de saúde mental. Embora a alteração no âmbito legal seja uma realidade institucional, as relações entre os atores sociais (usuários, familiares e sociedade) parecem não acompanhar essa mudança. O processo de (re) construção das narrativas sobre as histórias de vida desses sujeitos pretende contribuir com a compreensão da relação entre sofrimento psíquico, família e sociedade.

Já os estudos de gênero, por constituírem um campo político e teórico-epistemológico com diversas tendências, tem permitido um diálogo com diferentes áreas do conhecimento, incorporando as dimensões do masculino e do feminino nas análises (SCOTT, 1995; BRITO, 2001). Partindo do pressuposto de que gênero faz parte da construção das formas de compreensão do mundo e dos indivíduos, é possível presumir que as expectativas e prescrições sobre o que seja feminino e masculino atravessem diferentes dimensões do conhecimento, incluindo o campo da saúde mental.

No Capítulo 2 são apresentados os procedimentos metodológicos, incluindo uma parte teórica sobre a história oral e a metodologia propriamente dita. Optou-se por trabalhar com a metodologia de história oral de vida, objetivando compreender de maneira ampliada a história individual ligada experiência do sofrimento psíquico, possibilitando dar voz ao sujeito que vivencia esta condição em seu cotidiano. A abordagem da história oral neste trabalho privilegia o estudo das representações e atribui um papel fundamental nas relações entre memória e história. A subjetividade não é vista como um elemento negativo, pelo contrário, é o conteúdo primordial da análise. Por este motivo, também, é um grande desafio analisar as narrativas das entrevistadas.

No Capítulo 3 são apresentadas as duas histórias de vida que compõe o campo empírico deste trabalho. Para ponderar as histórias de vida foram criadas categorias analíticas, considerando as falas das entrevistadas. Nesta parte é realizado um debate entre as representações individuais da experiência subjetiva e as categorias sociais das vivências coletivas. Na perspectiva da história oral a memória é essencial no processo de recordação dos eventos de vida. Na memória estão armazenadas as experiências individuais, representações e percepções do mundo. Ela é constituída através do distanciamento temporal entre o evento e o narrador, atravessada pela memória individual e coletiva. As lembranças são decorrência dos processos da memória, preservando as experiências de vida do passado e, por inúmeros motivos, nossas memórias podem ser alteradas, trocadas ou apagadas.

No Capítulo 4 são entrelaçadas as duas histórias de vida, cruzando características semelhantes entre elas e buscando um diálogo com o conhecimento científico produzido sobre grandes temas relacionados com as histórias de vida.

Por fim, apresentam-se as principais conclusões deste trabalho, com a expectativa de que possa contribuir para o conhecimento científico e o entendimento das experiências do sujeito com sofrimento psíquico e a sua relação com a realidade social.

CAPÍTULO 1 - BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA, HISTÓRIA, LOUCURA, ESTUDOS DE GÊNERO E MEMÓRIA

1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

No final da década de 1970 inicia de maneira mais concreta o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, o qual era liderado por trabalhadores da saúde mental, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Este movimento começa a protagonizar e a construir um longo período de denúncia a respeito da violação dos direitos humanos, mercantilização da loucura e do domínio de uma rede privada de assistência à saúde mental. Impulsionados por uma forte crítica a psiquiatria e ao modelo hospitalocêntrico, embasados por militantes e teóricos da chamada anti-psiquiatria como Franco Basaglia e Michael Foucault, desenvolvem uma dura crítica ao modelo de atenção a saúde mental vigente neste período. A experiência italiana de desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico e a crítica ao modelo manicomial são as fontes principais de inspiração ao movimento da Reforma Psiquiátrica. No Brasil, diversos manicômios abrigavam um grande número de indivíduos com transtornos mentais, em condições precárias de higiene e isolados do convívio social. Um exemplo dessa situação, frequentemente citado, foi o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira no Rio de Janeiro, que chegou a asilar mais de 2.000 internos no início dos anos 80.

Ainda na década de 1980 (AMARANTE, 1995), o primeiro serviço substitutivo ao manicômio surge em território nacional, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, na cidade de São Paulo em 1987. Neste período, além de inúmeras intervenções em hospitais psiquiátricos, são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) pioneiros que funcionavam 24 horas por dia.

Em 1989 o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) entra na pauta do Congresso Nacional. Este projeto pretende regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Este momento é considerado um marco da Reforma Psiquiátrica visto que pela primeira vez um projeto de lei com objetivo de abranger todo o território nacional entra no campo legislativo.

Outras ações voltadas para a intervenção de uma política nacional passam a ter visibilidade. Além do Projeto de Lei no nível Federal, são apresentados outros Projetos similares às Assembleias Legislativas de vários Estados, como Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Ceará e Distrito Federal.

Estas ações tinham os objetivos de reduzir os leitos em hospitais psiquiátricos (posteriormente é dada ênfase à ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais) e criar um rede cuidados, ou seja, um sistema de atenção à saúde mental com a incorporação de diferentes dispositivos institucionais, visando substituir e descentralizar o atendimento aos portadores de transtornos mentais dos hospitais psiquiátricos para o atendimento de base comunitária e ambulatorial.

A criação desta rede de dispositivos deu-se primeiro na forma de normatização e organização dos serviços e posteriormente na forma de financiamento e gestão da estrutura de trabalho e dos trabalhadores. A prioridade era criar a legislação com o objetivo de coibir a ampliação da rede de serviços hospitalares manicomial, embora não fosse previsto a redução destes serviços. Este processo foi marcado por assimetria na implantação dos serviços nas diferentes unidades da federação. No final da década de 1990, "o país tinha em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde

para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos" (BRASIL, 2005a, p. 8).

Tabela 1 - Proporção de recursos do SUS destinados à saúde mental nos anos de 1997, 2001 e 2004

Proporção de gastos (%)	Ano		
	1997	2001	2004
Hospitalares	93	80	64
Extra-hospitalares	7	20	36
Total	100	100	100

FONTE: BRASIL, 2005a

De acordo com a Tabela 1 é possível ver que os gastos hospitalares correspondiam a 93% dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1997 destinado a saúde mental. Após a RP esta proporção de recursos foi realocada do modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção comunitária (extra-hospitalar). Em 1997 os serviços extra-hospitalares de saúde mental (atenção comunitária) recebia 7% dos recursos do SUS e em 2004 este valor era cinco vezes maior.

Estas inconsistências do financiamento no setor da saúde mental vinham de longa data. O número de consultas em serviços ambulatoriais de terceiros (no setor privado e outros) "aumentou de 360.098 em 1974 para 1.136.449 consultas em 1976, ou seja, um aumento de 316% no número de consultas produzidas nos ambulatorios de terceiros contra 23% nos ambulatorios do INAMPS" (LIMA et. al.,

1980, p. 48). Em 1977 os gastos do INAMPS³ com assistência hospitalar psiquiátrica somaram 96% do orçamento total (LIMA et. al., 1980). Mesmo após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, o sistema de financiamento para a saúde mental teve um processo demorado de execução.

No ano de 1989 há uma mudança no quadro político nacional, incluindo a constituição de governos democráticos populares em diversas cidades do país. Alguns partidos aderiram aos princípios da Reforma Psiquiátrica, integrando-os às plataformas políticas. Além disso, as propostas de governo passaram a ser respaldadas por iniciativas de âmbito internacional, tanto por parte da Organização Pan Americana (OPAS) e Mundial de Saúde (OMS), culminando na proclamação da "Declaração de Caracas" em 1990. No ano seguinte, dentro da Organização das Nações Unidas (ONU), foi aprovado em assembleia geral "Os princípios para a Proteção dos Portadores de Transtornos Mentais e Melhoria da Assistência em Saúde Mental".

Nesse mesmo período a realização de Conferências de caráter oficial nos municípios e Estados, possibilitou a participação de um grupo significativo de trabalhadores militantes aos princípios da reforma e de outros segmentos e movimentos sociais. O resultado destes encontros culminou na realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, marco histórico no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Esta conferência definiu uma nova fase da Reforma, na qual a crítica e denúncias às políticas de saúde mental não eram a pauta principal. A conferência produziu resultados práticos nas políticas de saúde e sociais no país, estimulando "as recentes experiências de construção de novas e distintas

³ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado em 1978. A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com "carteira assinada", e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Em função da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do comando centralizado do SUS através Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993 (BRASIL, 2002). Em 1994, o então Ministro da Previdência Antônio Brito, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, e alegando por esta razão não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou que à partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam destinados somente para custear a Previdência Social.

formas políticas, culturais, jurídicas, sociais de lidar com as loucuras, os loucos e o sofrimento psíquico" (AMARANTE, 1992).

Os conceitos de Atenção Integral e Cidadania foram direcionadores das deliberações da II Conferência, referentes aos temas centrais: Modelo de Atenção e Direitos de Cidadania. Com respeito ao modelo assistencial, enfatiza-se a necessidade do cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8142/90) e a efetivação da municipalização da saúde, garantindo assistência integral e substituindo o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificados e qualificados (DEVERAS; COSTA-ROSA, 2007, p. 71).

Nesta mesma época, mais precisamente no ano de 1991, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul incorpora a primeira Resolução sobre a saúde mental que incluía três condições básicas: 1) inclusão de leitos psiquiátricos nos contratos ou convênios do sistema único de saúde (SUS), considerando que a maior parte dos leitos até o momento eram em clínicas particulares, o que favorecia o abuso por parte de algumas instituições em todo o Brasil; 2) ênfase (estimulação) das formas de atenção à saúde mental alternativas ou comunitárias; 3) restrição à concessão ou assinatura de contratos ou convênios pelo SUS com instituições hospitalares e clínicas psiquiátricas, sendo qualquer proposta submetida à análise do Conselho Estadual de Saúde (NETO, 1992). Estas medidas foram resultado da I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, onde já existia a recomendação de não credenciar novas unidades hospitalares tradicionais.

No estado do Rio Grande do Sul, um marco importante deste movimento foi o Fórum Gaúcho de Saúde Mental que pretendia "uma transformação da ordem social através da cultura, que, por seu caráter aglutinador de vivências e sentimentos, é dotada de uma força capaz de substituir o desespero pela esperança" (NETO, 1992, p.7). Nesta fase estava claro o impacto que a sociedade civil organizada e os movimentos sociais podem produzir dentro da esfera pública e política.

Na mesma época, a comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado produziu vários acontecimentos favoráveis à abertura da legislação estadual

aos novos dispositivos de saúde mental. Assim foram organizados o Fórum Internacional de Saúde Mental, com a presença de Franco Rotelli, coordenador dos Serviços de Saúde Mental de Trieste-Itália; o Seminário sobre Serviços de Saúde Mental - modelo inglês; mobilização promovida pela divisão estadual de saúde mental, resultando no envolvimento de 145 municípios; I Conferência Estadual de Saúde Mental, que produziu um Projeto de Lei negociado, com o apoio de várias bancadas da Assembleia Legislativa; a vinda de dois consultores da Organização Pan-americana da saúde: Antônio Venturini, da Itália e Manuel Desviat, da Espanha (NETO, 1992). Como resultado de todo um cenário articulado em várias instâncias, surge a Lei Estadual 9.716, de 7 de agosto de 1992, regulamentando a Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul.

Trata-se de um instrumento legal que define a reestruturação da atenção psiquiátrica, consistindo basicamente na substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em Saúde Mental, estabelecimento e regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, essencialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. Tem caráter gradual e progressivo, assegura a ampla participação social na sua execução, e contém dois controles técnicos administrativos: reavaliação em cinco anos, tanto da substituição dos leitos nos hospitais psiquiátricos quanto da própria reforma psiquiátrica (NETO, 1992, p. 8).

A Reforma Psiquiátrica gaúcha levava em consideração cinco pontos principais: municipalização, participação social, direito a cidadania para os indivíduos em sofrimento psíquico, reestruturação da atenção psiquiátrica, integração da saúde mental a sistema sanitário de saúde geral e aos serviços sociais, conforme era denominado na época (NETO, 1992).

Apesar do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira estar em constante processo de crítica e regulamentação em todo o Brasil na década de 1990, o processo de execução destas mudanças ocorreu de forma lenta. Os recursos destinados às novas formas de cuidado em saúde mental ainda estavam reduzidos (Tabela 1).

A Lei da Reforma Psiquiátrica, número 10.216, de abril de 2001 (BRASIL, 2004), que trata da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, foi resultado de muitas disputas no âmbito legislativo nacional. "Sua longa demora na tramitação e as emendas que recebeu, para ser viabilizada, que lhe subtraíram suas pretensões mais caras, são emblemáticas das dificuldades enfrentadas pela própria Reforma Psiquiátrica" (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

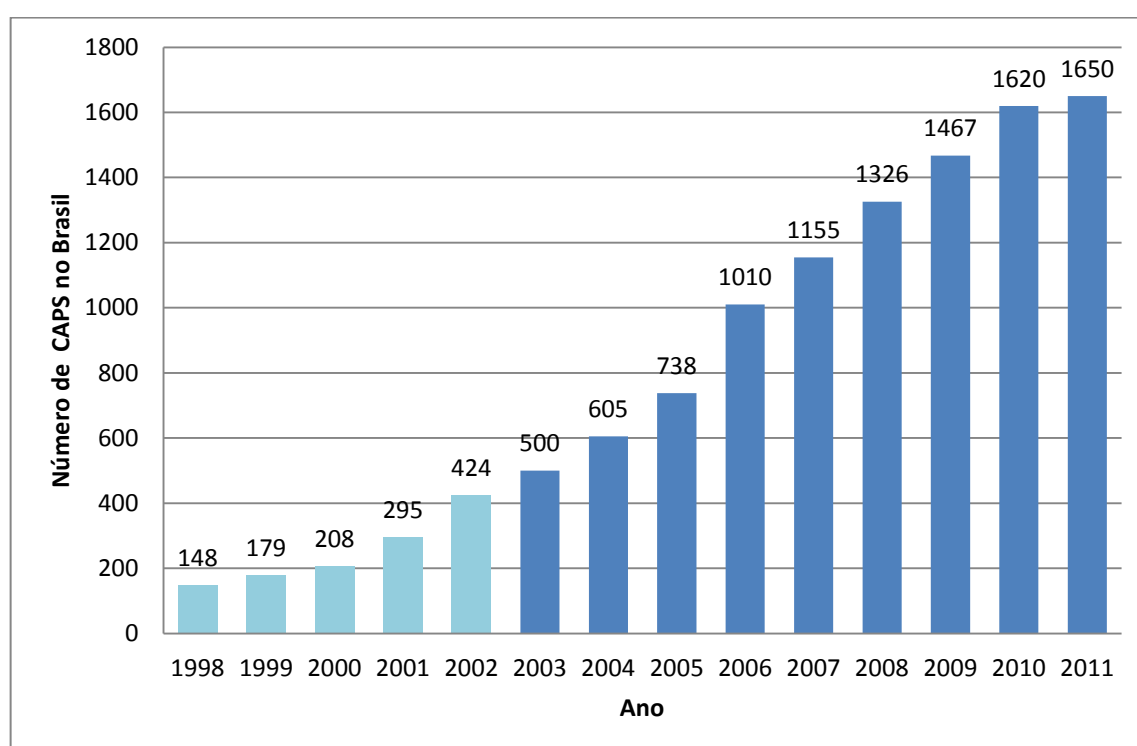


Figura 1 - Série histórica da expansão dos CAPS no Brasil

FONTE: BRASIL, 2011

De acordo com a Figura 1 é possível ver a expansão das unidades dos CAPS no Brasil entre 1998 e 2011. Este gráfico apresenta a expansão dos serviços de saúde mental ao longo dos anos. A cobertura em saúde mental no Brasil ao final de 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%. Em julho de 2011 tinham 1650 CAPS e 68% de cobertura. O número de CAPS aumentou de forma considerável, principalmente entre os anos de 2001 e 2006. O número de leitos psiquiátricos pelo SUS diminuiu em cerca de 37% entre 2002 e 2011, passando de 51.393 leitos em 2002 para 32.681 em 2011.

De acordo com a Figura 2, nota-se a mudança na destinação de recursos do SUS para a saúde mental, onde é possível ver claramente uma inversão dos recursos, com a diminuição de gastos hospitalares (modelo hospitalocêntrico) e o aumento de gastos extra-hospitalares (modelo de atenção comunitário).

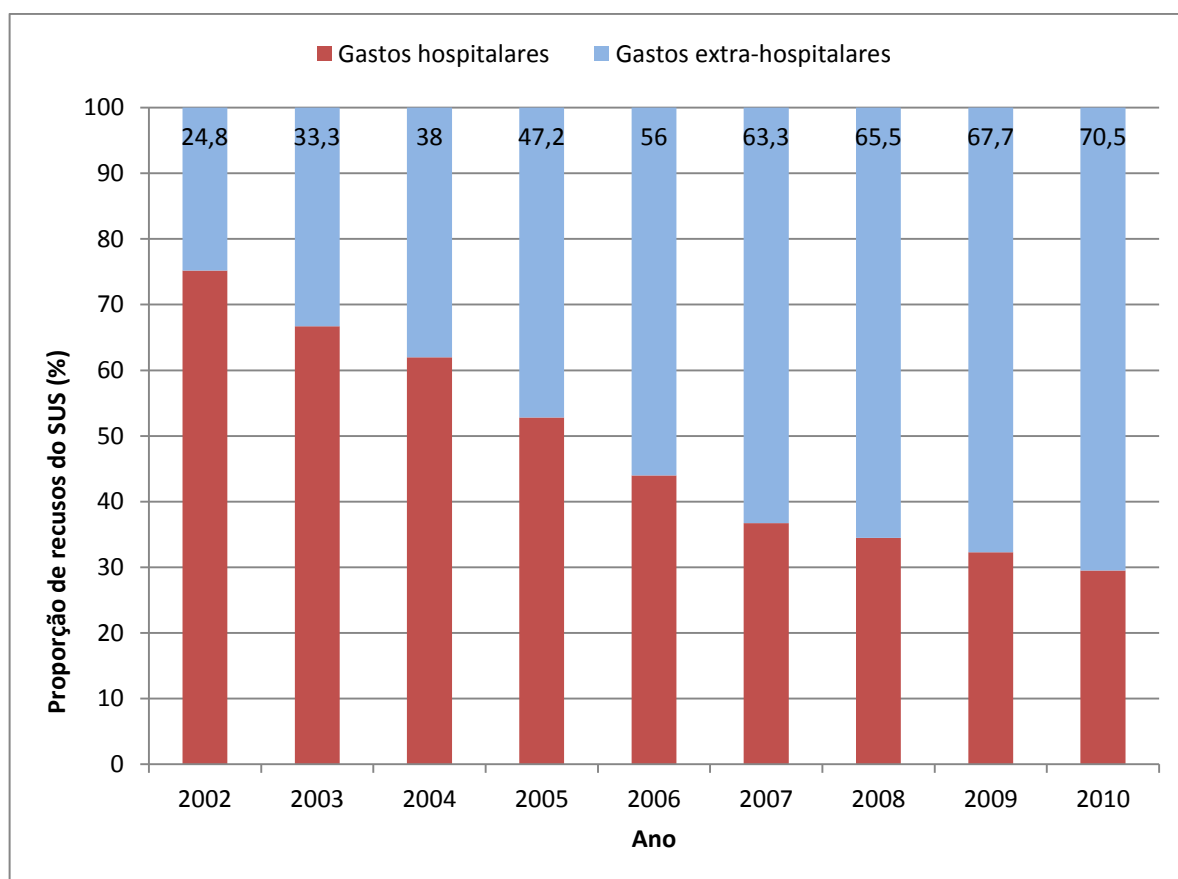


Figura 2 - Proporção de recursos do SUS destinado aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2010 no Brasil

FONTE: BRASIL, 2011

Dimenstein (2006) aponta alguns desafios existentes no Brasil em relação à inserção dos portadores de transtornos mentais, classificando-os em três dimensões: a dinâmica das instituições de saúde; a falta ou precariedade na rede de serviços de saúde e de equipamentos sociofamiliares e comunitários; e os "desejos de manicômio".

Sobre a dinâmica institucional, Dimenstein (2006) aponta duas vertentes: uma relação à organização do processo de trabalho que envolve questões salariais,

condições de trabalho e capacitação profissional que viabilizem as novas formas de cuidado em saúde mental; e a outra em relação à dinâmica do serviço, que apresenta fragilidades em termos de abrangência, de acessibilidade, diversificação das ações e qualificação do cuidado (DIMENSTEIN, 2006; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006)

Outra dificuldade é a precariedade de uma rede de serviços de saúde e de equipamentos sociofamiliares e comunitários que sirva de base de apoio, de encontro, de diversão, para que as pessoas não fiquem confinadas nas instituições e possam circular pela cidade.

O terceiro ponto colocado por Dimenstein (2006) diz respeito aos "desejos de manicômio", termo cunhado por Machado e Lavrador (2001, apud ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006) sendo definido como:

Eles [desejos de manicômio] se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 300).

As ideias presentes no nosso imaginário social calcadas no estigma, no preconceito/rejeição em relação à loucura, também se apresentam como um desafio. Fazem parte do cotidiano e indicam que a todo momento somos capturados pela tentação de conforto das formas e dos equilíbrios (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Isso também demonstra a dificuldade na mudança de formas de pensar a vida.

O conceito de estigma foi investigado por Erving Goffman (GOFFMAN, 1988). Este autor desenvolve o tema do estigma a partir do conceito de identidade social, no qual uma pessoa passível de ser estigmatizada apresenta atributos “[...] que o tornam diferente de outros que se encontram em uma categoria que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável [...]” (GOFFMAN, 1988, p.

12). Esta pessoa fica reduzida a alguém “estragada e diminuída”, possuindo “um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem”, um “atributo depreciativo”. No entanto, Goffman observa que o atributo em si não conduz ao estigma, mas o atributo posto em uma linguagem de relações. Assim, “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem desonroso” (GOFFMAN, 1988, p. 13). O processo de estigmatização demandaria então sempre um contexto e uma situação relacional de interpretação dos atributos e conduziria sempre a um processo de exclusão ou marginalidade da pessoa portadora deste estigma.

Para Goffman (1988) o termo estigma foi criado pelos gregos para se referir a sinais corporais que procuravam evidenciar algo extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Assim, os ladrões, escravos e traidores eram identificados em locais públicos pelas marcas feitas com fogo e mantidos à distância das pessoas moralmente aceitas pela sociedade.

As pessoas utilizam o estigma através de um processo cognitivo e perceptivo, isto é, quando surge um indivíduo estranho ao nosso redor que possui atributos que o torna diferentes dos outros, temos a tendência a atribuir novas formas de classificação, principalmente a desqualificação. Neste momento estamos diante de um estigma. A característica principal deste estigma atribuído ao sujeito diferente poderá permanecer durante toda sua trajetória de vida.

Partindo deste ponto de vista, podemos inferir que as formas de classificação social do indivíduo se dão através da percepção e cognição, ou seja, são formas de uma representação individual compartilhada por determinado grupo social, denominadas de estigma. Através destas formas, os indivíduos considerados “inferiores” ao grupo social e desclassificados no convívio social, são excluídos das relações sociais, relegados ao papel de coadjuvantes nos processos de interação social.

Para Goffman (1988) o fato de se conhecer pessoalmente o indivíduo estigmatizado e de se estabelecer uma relação social diária, não é indicativo de diminuição ou eliminação do estigma. Quando categorizamos um indivíduo através

da relação social, os atributos positivos ou negativos formam a identidade social daquele indivíduo. A nossa representação sobre determinado indivíduo, resulta na definição de sua subjetividade⁴. O que percebemos e interpretamos representa aquilo que o indivíduo é, independentemente desta representação condizer com o sujeito ou não.

Quando categorizamos (desclassificamos) o sujeito e criamos uma representação estigmatizada, o nosso processo de interação social com ele se dá através dessa forma de representação. Segundo o autor, nem todos os atributos indesejáveis estão em questão, mas somente os que são incongruentes e que possuem o estereótipo que criamos para um determinado indivíduo. "O termo estigma, [...] é um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos" (GOFFMAN, 1988, p. 13).

Dessa forma, é possível compreender que o processo de estigmatização está permeado por uma complexa rede de relações. No processo histórico de construção das representações sociais⁵, o conceito de loucura (e de loucos) tem-se modificado. Na próxima seção, procura-se fazer uma breve contextualização dessa construção, através da apresentação de trabalhos relacionados com este tema.

⁴ Por subjetividade entende-se que é o modo próprio e específico de ser e atuar no mundo, sendo um processo dinâmico, é afetada pelos valores culturais que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo. Nardi (2002) considera a subjetividade como um conceito estratégico na psicologia social na medida em que nos permite pensar a partir da indissociabilidade entre individual e coletivo, indivíduo e sociedade, rompendo com as dicotomias que tradicionalmente marcaram esta disciplina.

⁵ O conceito de representações sociais busca designar fenômenos múltiplos, observados e estudados em termos de complexidades individuais e coletivas ou psicológicas e sociais. Para Denise Jodelet, a representação social tem cinco características fundamentais: 1) é sempre representação de um objeto, 2) tem sempre um caráter imagético e a propriedade de deixar intercambiáveis a sensação e a ideia, a percepção e o conceito, 3) tem um caráter simbólico e significativo, 4) tem um caráter construtivo, 5) tem um caráter autônomo e criativo (GUARESCHI, 1998).

1.2 HISTÓRIA E LOUCURA

O processo de construção histórica da relação entre a loucura, a sociedade e o saber médico científico no ocidente, foi estudado por Foucault (1997) que identifica, no século XVIII, uma mudança epistemológica a partir da constituição da loucura enquanto transtorno mental, no registro do cuidado psiquiátrico e suas formas de tratamento fundadas no isolamento e na segregação. Esta mudança refere-se à constituição do sujeito mentalmente enfermo e do reconhecimento das psicopatologias enquanto ameaças a ordem social.

Principalmente, até o século XVIII, não existiam instituições específicas para “tratar” do fenômeno da loucura. Os abrigos existentes, principalmente na Europa, destinavam-se a guardar e segregar todos os tipos de sujeitos desviantes das normas sociais vigentes. Enclausuravam os leprosos, ladrões, bêbados e todos os perturbadores da ordem social e moral europeia.

Foucault (1997) apresenta uma série de análises históricas, com o objetivo de “[...] estabelecer as condições históricas de possibilidade dos discursos e das práticas que dizem respeito ao louco considerado como doente mental” (MACHADO, 2007, p. 52). Considerando a psiquiatria como a ciência responsável pela “invenção” da categoria de “doença mental” e, assim, o início de todos os processos de intervenção da Medicina nesta doença. Demonstra que a categoria de “doente mental” foi instituída, principalmente, no século XIX, através dos processos de patologização do louco.

Para Machado (2007) a “História da Loucura” (1997) privilegia o estudo dos espaços institucionais (manicômios, por exemplo) e a construção dos saberes relacionados com a loucura, demonstrando “uma heterogeneidade entre os discursos teóricos - sobretudo médicos - a respeito da loucura e das relações que se estabelecem nesses lugares de reclusão” (MACHADO, 2007, p. 53).

Para Foucault, o poder é uma categoria utilizada para a compreensão da formação do saber médico e sua relação com a dominação dos sujeitos. Assim, para

além da dominação da consciência e da ideologia, existe uma dominação que merece maior atenção na compreensão histórica: a dominação do corpo (FOUCAULT, 1999).

A dominação do corpo inicia entre o século XVIII e XIX quando este passa a ser objeto dos sistemas de produção capitalista através da força de trabalho. O controle sobre o indivíduo e seu corpo é compreendido através da denominação biopolítica.

Embora este processo tenha se constituído associado ao desenvolvimento do capitalismo, somente “[...] na segunda metade do século XIX, que se colocou o problema do corpo, da saúde e do nível de força produtiva dos indivíduos” (FOUCAULT, 1999, p. 80). Isto é, como era preciso manter a força de trabalho viva (não necessariamente saudável), a biopolítica, o controle sobre o corpo, inicia sua expansão através da medicina.

A Medicina começa seu processo de desenvolvimento e articulação entre seu campo de saber e profissional no século XIX. Segundo Foucault, utilizando três estratégias: Medicina do Estado, Medicina Urbana e Medicina da força de trabalho.

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e, sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (FOUCAULT, 1999, p. 97).

De acordo com Machado, no prefácio do livro "Microfísica do poder" (FOUCAULT, 1996) não existe uma teoria geral do poder no pensamento de Foucault. Este conceito não está relacionado a um objeto específico da sociedade.

O poder não é um objeto natural, uma coisa: é uma prática social, e como tal, constituída historicamente. Esta razão, no entanto, não é suficiente, pois, na realidade, deixa sempre aberta a possibilidade de se procurar reduzir a multiplicidade e a dispersão das práticas de poder através de uma teoria global que subordine a variedade e a descontinuidade a um conceito universal. Não é, assim, entretanto,

que Foucault tematizava o poder, como também não foi assim que tematizou nenhum de seus objetos de investigação (FOUCAULT, 1996, p. X).

No mesmo prefácio citado anteriormente, Roberto Machado (FOUCAULT, 1996, p. XII) apresenta uma compreensão da teoria homônima de Foucault sobre o poder, onde define que este “significa tanto um deslocamento do espaço de análise quanto do nível em que esta se efetua”. Essa articulação entre o poder e o espaço – espaço institucional ou espaço subjetivo - é o aspecto fundamental para a articulação entre as histórias de vida dos sujeitos dessa pesquisa e a análise teórica a ser realizada. Portanto, será o ponto de partida principal e geral de onde sairão outras análises particulares. Foucault não utiliza, explicitamente, a análise das relações de poder em seu livro *História da Loucura* (1997) mas as ideias, em linhas gerais, já estão presentes nesse trabalho. A primeira construção teórica entre *poder e corpo* será realizada no livro *Vigiar e Punir* (1999).

Ao analisar os processos de controle sobre os desviantes (no caso, criminosos ou em desacordo com as normas sociais), Foucault observa as formas de manipulação do poder ao utilizar o castigo físico (o corpo) como forma de punição e disciplina sobre os sujeitos. Neste livro, *Vigiar e Punir* (1999), o autor apresenta a observação através de três grandes eixos: o suplício, a punição e a disciplina.

Entende-se o poder disciplinar no discurso, na fala, na produção da subjetividade através de dispositivos macro e micro sociais. Os profissionais de saúde e as esferas institucionais – reconhecendo ou não o papel de produtoras de subjetividades – utilizam as práticas discursivas na sua forma de atuação perante os sujeitos. As subjetividades produzidas nas instituições delimitam formas de atuação social e determinam formas de relação social.

As práticas discursivas são concebidas como instituições, pois têm uma realidade material e disparam efeitos, tais como: lutas, processos de servidão e dominação; jogo de palavras composto de perigos e de relações de poder, produção de saberes e difusão destes em espaços institucionais, captura das ações em regimes de força, domesticação da multiplicidade em arquivos de uma escrita

biográfica e o estabelecimento de relações entre acontecimentos díspares (LEMOS; JUNIOR, 2009, p. 356).

Outros textos envolvem a reconstrução da história e sua relação com o fenômeno da loucura, tais como HUMEREZ, 1994, 1996, 1998, 2000; SANTOS, 2000, 2005; ENGEL, 2001, 2008; GUIMARÃES, 2001; PORTOCARRERO, 2002; WADI, 2002, 2006, 2009; VIEIRA, 2005; WEYLER, 2006; VASCONCELLOS E VASCONCELLOS, 2007; MENEGHEL; IÑIGUEZ, 2007; FACCHINETTI, RIBEIRO, MUÑOZ, 2008; SILVA, SANTOS 2009; NUNES, TORRENTÉ, 2009.

Os trabalhos relacionados que fazem intersecção com esta pesquisa são aqueles que analisam o campo da saúde mental amparados na construção histórica deste campo e/ou dos atores envolvidos nesse processo. Nesta parte, apresenta-se uma breve revisão de literatura sobre o tema, com os trabalhos mais relevantes para esta pesquisa, introduzindo e resumindo os principais temas e resultados encontrados nos trabalhos localizados.

Nos estudos publicados por Humerez (1994, 1996, 1998, 2000), são apresentados os dramas vividos por seus entrevistados dentro dos hospitais psiquiátricos de São Paulo. Em sua tese (1996), apresenta as trajetórias de vida de indivíduos internados num hospital psiquiátrico estatal no município de São Paulo. Esta autora procura, através das histórias de vida, apreender a subjetividade dos sujeitos "compreendendo a subjetividade como construída numa dimensão processual, considerando que é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais, num interjogo dialético entre o eu, o outro e o mundo." (HUMEREZ, 1996, p.24).

Nádia Santos (2000) analisa e interpreta três obras literárias que abordam o tema da loucura e hospitais psiquiátricos (manicômios). As obras em questão são "*No Hospício de Rocha Pombo*", publicado em 1905, "*Diário do Hospício*", inserido na obra *Cemitério dos Vivos*, de Lima Barreto em 1920 e doze cartas de um usuário do Hospital Psiquiátrico São Pedro, de Porto Alegre/RS, em 1937, denominado "*Cartas de Hospício*".

Santos (2005) trabalha com o conceito de sensibilidades utilizando "[...] estas escritas e percepções textuais em seu duplo aspecto: *imaginário desde dentro* [...] e o *imaginário desde fora* [...]" (SANTOS, 2005, p. 25). O primeiro refere-se aos autores das obras – pessoas que foram internadas em hospícios – e o segundo relativo ao olhar e interpretação da autora. Tem como objetivo "perceber mudanças (ou não) e nuances na sensibilidade sobre o que se convencionou chamar 'loucura', através do cruzamento de textos literários" (SANTOS, 2005, p. 34). Para Santos (2005) a diferença entre a institucionalização da loucura no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul deve-se ao fato de que no primeiro, a iniciativa de criação dos hospícios partiu da Sociedade de Medicina desde 1830 e no segundo, a iniciativa partiu do provedor da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em 1873.

Magali Gouveia Engel (2001), no seu livro *Os delírios da Razão*, realiza, através de documentos, uma construção histórica da vida de personagens *famosos por seus delírios* na sociedade carioca do século XIX. Inclusive, utiliza a vida do escritor Lima Barreto (que foi alcoolista e frequentou hospícios da época) para descrever a forma de compreender e lidar com a loucura na sociedade brasileira do século XIX. Em várias histórias construídas é visível como dramas pessoais e condições sociais desfavorecidas contribuem para uma melhor ou pior resolução dessas trajetórias de vida.

Magali Engel (2008) "procura identificar e estudar as sexualidades e as afetividades masculinas interditas e aprisionadas nos hospícios brasileiros durante as primeiras décadas republicanas" (ENGEL, 2008, p. 174). Resgata, por meio da análise de registros psiquiátricos da época, a história de internos no Hospital da Misericórdia e Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro e do Hospital do Juquery em São Paulo. Apresenta algumas intersecções entre características de gênero masculino e a saúde mental. Mostra a trajetória de homens que foram alvo da atenção psiquiátrica da época em razão de seu comportamento afetivo ou sexual considerado ameaçador ou incoerente com seu papel social.

Jacileide Guimarães (2001) estudou a criação do Hospital Santa Teresa em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, na década de 1940. Teve como objetivo buscar as histórias de sujeitos silenciados na história oficial, utilizando como

referências livros, registros, jornais e entrevistas com familiares de indivíduos internados no hospital durante o período de estudo. A criação do Hospital Santa Tereza deu-se de fato pela existente demanda quanto à assistência psiquiátrica no município naquele período e também através de uma premência socioeconômica e política.

O estudo de Vera Portocarrero (2002) se detém a análise da categoria anormalidade, constatando a capacidade deste conceito em agrupar e nomear todos os indivíduos vistos como indisciplináveis. Centrada nessa categoria, a teoria psiquiátrica de início do século XX produzia uma descontinuidade em relação ao saber até então legítimo sobre os alienados. "A passagem da concepção de doença mental⁶ — fundamento da psiquiatria do século XIX — para a concepção de anormalidade como forma de psicopatologia, constituía a novidade do discurso psiquiátrico o século XX" (PORTOCARRERO, 2002, p. 39). Nessa perspectiva, a autora reconstrói as estreitas relações entre a adoção da concepção de anormalidade e o movimento de higiene mental que a partir da década de 1920 marcaria fortemente o pensamento médico e psiquiátrico brasileiro.

Yonissa Marmitt Wadi (2002) trata do processo de construção do primeiro hospício da província de São Pedro do Rio Grande do Sul — que culminou em 1884 com a criação do Hospício São Pedro (HSP). Analisa o lugar que a Medicina ocupou nesse processo e em seus desenvolvimentos até 1940. Também fala sobre a afirmação da psiquiatria como um saber, isto é, um discurso em seu valor estratégico, que permite observar esse campo de conhecimento articulado com a gestão política do espaço social.

Wadi (2006) apresenta a história de vidas de mulheres internadas no HSP. Através, principalmente, de relatórios e prontuários do HSP, procura descrever e apresentar possibilidades de entendimento para os dramas dessas personagens na sua passagem pela instituição psiquiátrica.

⁶ Note-se que este termo está associado à questão da anormalidade sendo evitado seu uso dentro do campo da saúde mental.

A análise dos dados [...] confirma as afirmações [...] quanto à posição absolutamente inferior das mulheres “pretas ou pardas” na escala de internamento manicomial, o que quase inevitavelmente as levou a um destino trágico – não bastasse à própria tragédia do internamento como loucas -, à morte. [...] Além dos estigmas da cor ou da raça, a configuração em destinos, outros de caráter comportamental – frequentemente associados à quebra dos papéis normativos socialmente atribuídos – delimitam as possibilidades e o destino das mulheres internas (WADI, 2006, p. 76).

Wadi (2009) aborda a construção dos dispositivos de cuidado a saúde mental no estado do Paraná no século XX através das leis e instituições relacionadas. Para a autora são escassos no Brasil os estudos historiográficos sobre a loucura e sua relação com as instituições, os saberes e as práticas após a década de 1930. Considera como ainda mais escassos aqueles que se destinam a estudar a relação entre a loucura e Reforma Psiquiátrica.

Cintia Vieira (2005) utiliza a metodologia de história oral para analisar a trajetória de mulheres que vivenciaram a depressão na pós-modernidade. Foram entrevistadas seis mulheres entre 21 e 47 anos de idade, usuárias de um CAPS na zona norte da cidade de São Paulo. Seu método de história oral compreende a realização de uma única entrevista com cada colaboradora visando identificar os núcleos temáticos e tom vital de cada entrevistada. As narrativas apresentam histórias de vida marcadas por perdas econômicas, sociais, familiares e amorosas.

Weyler (2006) ao analisar a passagem de ex-pacientes psiquiátricos para residenciais terapêuticos⁷, fala da relação entre o fenômeno da loucura e a vida social das cidades. Reflete sobre o que chama de desenraizamento desses sujeitos, que foram isolados e/ou abandonados do convívio social e familiar. A cidade onde estes ex-pacientes retornam será outra, formada “[...] a partir de suas novas configurações espaciais ou de outras formas diferenciadas de relacionamento e encontros sociais” (WEYLER, 2006, p. 385). As relações sociais desses sujeitos

⁷ Os residenciais terapêuticos fazem parte da política de saúde mental no Brasil e visam atender em liberdade indivíduos que passaram por longos períodos de internamento psiquiátricos e estão desvinculados de familiares e do convívio social.

foram modificadas devido a sua situação psicológica. O nível da psicopatologia do sujeito pode determinar suas formas de relação social, ou seja, um sujeito depressivo pode ver o mundo como algo amedrontador, um sujeito paranoico se relaciona com as pessoas sempre em nível irracional de desconfiança, um sujeito com personalidade antissocial tem tendência a se envolver em agressões e/ou crimes.

Vasconcellos e Vasconcellos (2007) investigam sobre a relação entre loucura e gênero feminino na cidade de Porto Alegre entre 1870-1910. Utilizam fontes primárias da imprensa escrita do período, relatórios da Santa Casa, processos-crimes e prontuários médicos do Hospício São Pedro. Segundo os autores, a gestação (depressão pós-parto), recusa em obedecer ao marido, à sexualidade feminina fora do casamento, sofrimento psíquico (depressão e estresse pós-traumático) eram motivos suficientes para uma mulher ser considerada *insana*. Os motivos para internação psiquiátrica eram resultado de pedidos da família ou da comunidade frente ao desajustamento social e ao padrão moral daquela época.

Meneghel e Iñiguez (2007) procuram entender e analisar as histórias de vida no contexto da saúde coletiva. Realizam uma reconstrução de diferentes narrativas, através do grupo de contadores de histórias (oficina de produção de histórias), incluindo famílias de mulheres que sofreram violência e de mulheres em situação de violência. Neste artigo, os autores apresentam também sua experiência em pesquisas que utilizaram a metodologia da história oral.

Facchinetti, Ribeiro e Muñoz (2008) também pesquisam a loucura e a questão feminina. Utilizando os prontuários do hospício, investigam as práticas psiquiátricas no Hospital Nacional dos Alienados (HNA) entre 1903-1930 através da análise das transformações no entendimento da loucura e os modelos e conceitos de loucura, sexualidade, gênero e saúde mental. De acordo com os autores, o contingente de internos no HNA provinha das classes operárias e trabalhadoras, de indigentes e das mulheres de etnia negra ou parda (cerca de 40%). A maioria dos internos eram homens brancos e pobres. Os internos do sexo feminino e aqueles “pacientes cujos prontuários continham alguma referência à sexualidade” passavam mais tempo internos no hospital – cerca de 50% a mais de tempo do que aqueles

que não tinham essa "especificação" (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUÑOZ, 2008, p. 236).

Silva e Santos (2009) investigam as repercussões na vida de mães com filhos diagnosticados com transtorno esquizofrênico. Procedendo com análise de conteúdo temática, encontram eixos referentes à dificuldade de entender e lidar com esse transtorno. O estigma da loucura foi um fator que retardou a procura de auxílio médico-científico e as primeiras tentativas de lidar com o transtorno mental dos filhos foi à busca de ajuda na religião, misticismo e organizações comunitárias. O forte preconceito com a loucura e o desconhecimento sobre ela trazem grande sofrimento as mães, já que se sentem culpadas pela situação do filho. Rupturas na estrutura familiar e social estão presentes nas trajetórias de vida dessas mulheres e as colocam a reconstruir suas histórias.

Nunes e Torrenté (2009) analisaram o estigma e violência sofridos pelos usuários de um CAPS em Sergipe, Brasil. Nesta pesquisa, realizada entre 2006 e 2007, constataram exemplos de “desqualificações, repreensões, constrangimentos, humilhações, negligências e agressões físicas, com fins de dominação, exploração e opressão” (NUNES; TORRENTÉ, 2009, p. 101). Apontam resultados de que a manutenção do isolamento e exclusão social estão presentes atualmente na vida das pessoas com transtornos mentais.

Os trabalhos enunciados acima visam fornecer um panorama geral dos trabalhos identificados como similares a esta pesquisa. Desta forma, o leitor poderá se familiarizar com o tema deste trabalho e mergulhar um pouco mais no estado da arte.

A maior parte dos estudos localizados na revisão bibliográfica e relacionados com o tema desta pesquisa foram produzidos através de documentos (prontuários, bibliografia relacionada, legislação, jornais da época, entre outras fontes documentais). Estes mesmos trabalhos utilizam como recorte temporal, predominantemente, o final do século XIX e o início do século XX, momento em que os manicômios e hospitais psiquiátricos dominavam o cenário político-institucional no âmbito da saúde mental. Entre os trabalhos com recorte temporal mais recente

(final do século XX e início do século XXI) um deles apresenta ex-pacientes psiquiátricos e o processo de ressocialização através das políticas públicas dos residenciais terapêuticos (WEYLER, 2006). Outra pesquisadora fez entrevistas com pacientes de hospitais psiquiátricos na década de 1990 (HUMEREZ, 1994, 1996, 1998, 2000). De todos os trabalhos localizados, apenas três foram realizados com usuários dos CAPS ou seus familiares. Dois estudos abordaram as mães de usuários esquizofrênicos através de oficinas de contadores de histórias (SILVA; SANTOS, 2009; MENEGHEL; INIGUEZ, 2007). Por fim, foi encontrado um único trabalho que estudou mulheres, usuárias de CAPS, através da metodologia da história oral, identificando temas centrais nas narrativas de suas entrevistadas (VIEIRA, 2005). Desta forma, em ampla busca realizada na literatura sobre a relação entre saúde mental e história oral, foram escassos os trabalhos localizados na produção científica recente.

1.3 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE

Os estudos de gênero, por constituírem um campo político e teórico-epistemológico com diversas tendências, tem permitido um diálogo com diferentes áreas do conhecimento, incorporando as dimensões do masculino e do feminino nas análises (SCOTT, 1995; BRITO, 2001). Partindo do pressuposto de que gênero faz parte da construção das formas de compreensão do mundo e dos indivíduos, é possível presumir que as expectativas e prescrições sobre o que seja feminino e masculino atravessem diferentes dimensões do conhecimento, incluindo o campo da saúde mental.

A partir da década de 1980 os estudos de gênero tiveram uma grande influência sobre a questão do feminismo, principalmente sobre as formas de opressão e assimetria das relações entre homens e mulheres. "O próprio conceito de "feminino" – ou de "feminilidade" – passou por uma radical revisão, particularmente no sentido de superar e erradicar os referenciais "biológico-sexuais" que envolviam a temática feminista" (BENOIT, 2000, p. 75).

Segundo Narvaz e Koller (2006) o movimento feminista contemporâneo é caracterizado por diversas tendências e discursos. Os estudos feministas com maior expressão no campo acadêmico foram aqueles com a ênfase na opressão de gênero, de etnia e de classe social, ressaltando que as formas de dominação masculina, branca e etnocentrista foram construídas e mantidas ao longo de décadas. "Esta forma de opressão sustenta práticas discriminatórias, tais como o racismo, o classismo, a exclusão de grupos homossexuais e de outros grupos minoritários" (NEGRÃO, 2002; PRÁ, 1997; TOLEDO, 2003). Estes estudos procuravam reconhecer as diferenças entre homens e mulheres nas formas de coerção social e construção da subjetividade individual. Percebendo as diferenças entre os sexos, reivindicam que não exista um tratamento igual, mas equivalente (SCOTT, 1995). A transição entre os estudos feministas para os estudos de gênero "concentra-se na análise das diferenças, da alteridade, da diversidade e da produção discursiva da subjetividade" (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 649).

Para Jane Flax (1992), ao denunciarem as desigualdades de gênero, as feministas promovem a desconstrução dos tradicionais sujeitos históricos, políticos e sociais, pois criticam as categorias universais de sujeito masculino, do conhecimento objetivo, da estrutura patriarcal e até mesmo do sistema capitalista, apontando para o feminismo como uma forma filosófica pós-moderna. Tentando articular a teoria feminista a pós-modernidade e a psicanálise, a autora acha importante estabelecer um diálogo entre as distintas formas de pensamento, considerando as relações de poder.

A teoria feminista não possui um discurso unificado ou homogêneo. As próprias variedades e amplitudes que podem ser observadas nas discussões sobre o pós-moderno, sugerem que não há apenas uma via de abordagem do problema, ou mesmo um eixo central de questões, mas ao contrário, uma expressiva heterogeneidade de colocações, tensões e campos de interesse envolvidos. De forma geral, a nova sensibilidade pós-moderna dirige suas forças para a desconstrução sistemática dos mitos modernistas, questionando não só o papel do iluminismo para a identidade cultural do Ocidente, como também, o problema da

totalidade e do totalitarismo na epistemologia e na teoria política modernas (FLAX, 1992).

[...] a agenda teórica pós-moderna abriga um elenco de questões, em torno dos efeitos gerados pela perda da credibilidade nas metanarrativas fundadoras e do processo de erosão e desintegração de categorias, até então inquestionadas como as noções de identidade e autoria, ou mesmo das ideias de ruptura, novo ou vanguarda, que se constituíram como critério chave da estética moderna. Estas, privilegiam os caminhos críticos apontados pela revalorização da história, no exame das ideologias que estruturam as formações discursivas e os processos de construção das subjetividades (FLAX, 1992, p. 221).

Desta forma, para Flax (1992), a teoria feminista da pós-modernidade abandona a certeza das verdades, abrindo novas hipóteses para novos desafios. Ao adotar esta teoria, os filósofos colocam em dúvida várias certezas sobre o conhecimento, questionando que exista um eu estável e coerente; que a razão forneça um fundamento objetivo, seguro e universal; que existe uma confiança absoluta na razão e na ciência; que estas possuam qualidades universais; que utilizando o conhecimento a serviço do poder, tanto a liberdade quanto o progresso estão assegurados; que o conhecimento pode ser neutro e socialmente benéfico; e que os objetos não são linguisticamente, ou socialmente, construídos.

Segundo Flax (1992), nas últimas décadas, os estudos de gênero transformaram-se em uma das áreas fundamentais das ciências humanas e sociais passando a ser considerados centrais na análise das estruturas de poder, organização das instituições sociais e formas de controle ideológico nas sociedades modernas. Tais estudos questionam a objetividade do conhecimento e a impessoalidade do pesquisador, considerando importante a dimensão interpretativa da realidade social (FLAX, 1992). Questionam a definição de gênero a partir da distinção entre os sexos, como categoria natural, binária e hierárquica, e como se existisse uma essência naturalmente masculina ou feminina, inscrita na subjetividade (SCOTT, 1995).

Os estudos de gênero com origem na escola francesa apresentam forte influência do pensamento pós-estruturalista, devido ao grande impacto dos teóricos desta corrente no pensamento moderno, além dos nomes mais influentes desta teoria filosófica serem de origem francesa (PEREIRA, 2004). Os teóricos com influência mais destacada do pós-estruturalismo dentro dos estudos de gênero são Michel Foucault e Jacques Derrida (PEREIRA, 2004). Dessa forma, os estudos de gênero, passam a enfatizar a questão da diferença, da subjetividade e da singularidade das experiências, entendendo que as subjetividades são construídas através dos significados dos discursos e das relações de poder, em um diálogo intersubjetivo. Para Foucault (1997), os discursos se configuram como práticas concretas. As instituições, através de práticas disciplinares, produzem determinadas formas de compreensão do mundo, utilizando-se das regras de conduta, morais e éticas, na formação / construção da subjetividade. A construção de uma identidade coletiva também é reflexo desta disciplinarização da sociedade.

Para Judith Butler, existe o reconhecimento do componente formador da cultura e do meio social na construção da identidade dos sujeitos, porém, deve-se evitar o entendimento da cultura como destino (BUTLER, 2009). "A controvérsia sobre o significado de construção parece basear-se na polaridade filosófica convencional entre livre-arbítrio e determinismo" (BUTLER, 2009, p. 27).

Os limites da análise discursiva do gênero pressupõe e definem por antecipação as possibilidades das configurações imagináveis e realizáveis do gênero na cultura. Isso não quer dizer que toda e qualquer possibilidade de gênero seja facultada, mas que as fronteiras analíticas sugerem os limites de uma experiência discursivamente condicionada. Tais limites se estabelecem sempre nos termos de um discurso cultural hegemônico, baseado em estruturas binárias que se apresentam como a linguagem da racionalidade universal. Assim, a coerção é introduzida naquilo que a linguagem constitui como o domínio imaginável do gênero (BUTLER, 2009, p. 28).

Para Butler (2009) a teoria social do gênero é entendida como:

[...] a concepção universal da pessoa é deslocada pelas posições históricas ou antropológicas que compreendem o gênero como uma *relação* entre sujeitos socialmente constituídos, em contexto especificáveis. [...] Sendo um fenômeno inconstante e contextual, o gênero não denota um ser substantivo, mas um ponto relativo de convergência entre conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergentes (BUTLER, 2009, p. 29).

Incorporando as tendências pós-estruturalistas e desconstrutivistas, "as ideias de Judith Butler conceituam gênero como um 'ato performático', como um efeito, produzido ou gerado" (NARVAZ, KOLLER; 2006, p. 560). Segundo as autoras, essa definição resgata a noção de processo e de construção singular de cada sujeito, dentro de um campo de possibilidades.

A visão de Louro (2003) procura alterar a perspectiva de reconhecimento e aceitação das diferenças para uma forma de compreensão da genealogia da construção destas diferenças na sociedade. Aponta para a necessidade de entendimento das relações entre os sujeitos e os grupos sociais, através da análise dos conflitos e relações de poder construídos historicamente. Para isso, é fundamental a compreensão dos discursos, dos códigos e das representações que atribuem o significado de diferente aos corpos e às identidades. Nesta perspectiva, a questão da loucura está inserida nesta problemática. A compreensão da loucura se dá através dos dispositivos citados acima.

Joan Scott (1995) trabalha na perspectiva de responder uma questão similar, no meu ponto de vista, porém, utilizando como categoria de análise o gênero. Procura desenvolver como o gênero dá sentido organização e percepção do conhecimento histórico e como o gênero opera nas relações humanas (SCOTT, 1995, p. 74). Foge das referências que busquem explicações causais universais, onde, entre outras coisas, gênero era exclusivamente sinônimo de mulheres. Nesta compreensão simplista, gênero não implica numa tomada de posição frente às assimetrias e as relações de poder. "O uso de 'gênero' enfatiza todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente a sexualidade" (SCOTT, 1995, p. 76).

Partindo das ideias de Scott (1995), o gênero é entendido como um sistema de relações que ocorrem num campo discursivo e histórico de relações de poder. Influenciada pela teoria psicanalítica Lacaniana, como boa parte dos teóricos pós-estruturalistas, para Scott (1995) deve-se ter atenção aos sistemas simbólicos presentes na sociedade. Desta forma, o gênero é uma categoria onde se articulam regras de relações sociais. Relações que se articulam, se estruturam e se desenvolvem baseadas nas relações de poder.

Desta forma, a definição de gênero se fundamenta nos símbolos culturalmente construídos, através das representações simbólicas: nos conceitos normativos, que propiciam interpretações do sentido dos símbolos; na noção de política, construída através das referências institucionais, na organização social, que define os sistemas de relações; e na identidade subjetiva, forma de manifestação das relações intersubjetivas (SCOTT, 1995).

[...] minha definição de gênero tem duas partes e diversas subpartes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser distinguidas na análise. O núcleo essencial da definição repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1995, p. 86).

Nesta conceituação, Scott (1995) procura ampliar a concepção e entendimento do conceito de gênero. Sem se limitar apenas a compreensão do conceito como uma construção social a partir de diferenças percebidas entre os sexos, Scott (1995) inclui a concepção dinâmica das relações de poder, baseada no pensamento de Foucault, compreendendo que não possuem relações hierárquicas entre si, mas sim independentes.

[...] nenhum dentre eles pode operar sem os outros. No entanto, não operam simultaneamente, como se um fosse simples reflexo do outro. [...] os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas (e com frequência contraditórias) — Eva e Maria como símbolo da mulher, por exemplo, dentro da tradição cristã do Ocidente (SCOTT, 1995, p. 86-87).

Os conceitos normativos são configurados pelos sentidos metafóricos, atribuíveis aos símbolos e expressos nas doutrinas que regem os diversos campos institucionais. As expressões doutrinárias de gênero “tomam a forma típica de uma oposição binária, que afirma de maneira categórica e sem equívocos o sentido do masculino e do feminino” (SCOTT, 1995, p.86).

O desafio da nova pesquisa histórica é fazer explodir essa noção de fixidez, é descobrir a natureza do debate ou da repressão que produzem a aparência de uma permanência eterna na representação binária do gênero. Esse tipo de análise deve incluir uma noção de política, bem como uma referência às instituições e à organização social — este é o terceiro aspecto das relações de gênero (SCOTT, 1995, p.87).

A segunda proposição básica para a conceituação de Scott (1995) refere-se ao poder: “o gênero é uma primeira maneira de dar significado às relações de poder” (1990, p.86). Estruturando a vida simbólica e concreta das relações e a organização social, o gênero torna-se envolvido no acesso controlado a bens materiais e simbólicos: “a política constrói o gênero e o gênero constrói a política” (1990, p.86).

Outro elemento importante da conceituação de gênero para Scott (1995) é a identidade subjetiva. Nesta parte estão suas críticas ao aporte da corrente psicanalítica da relação objetal (Melaine Klein, Ana Freud), largamente utilizada por feministas (Nancy Chodorow, Carol Gilligan). O gênero se constrói também para além da família, para além das relações de parentesco. Para Scott, o modelo psicanalítico de construção da identidade é universalista e a-histórico.

Se a identidade de gênero está baseada única e universalmente no medo da castração, nega-se a relevância da investigação histórica. Além disso os homens e as mulheres reais não cumprem sempre, nem cumprem literalmente, os termos das prescrições de sua sociedade ou de nossas categorias analíticas. Os/as historiadores/as precisam, em vez disso, examinar as formas pelas quais as identidades generificadas são substantivamente construídas e relacionar seus achados com toda uma série de atividades, de organizações e representações sociais historicamente específicas (SCOTT, 1995, p.87-8).

A definição de gênero de Scott (1995) é composta por quatro elementos que interagem constantemente, mas não simultaneamente, tampouco como um processo de causa e efeito. Para ela, através da categoria de gênero se pode "examinar classe, raça, etnicidade ou qualquer processo social" (SCOTT, 1995, p. 88).

O gênero é uma forma primária de dar significação às relações de poder. [...] o gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mas ele parece ter sido uma forma persistente e recorrente de possibilitar a significação do poder no ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas. Como tal, esta parte da definição poderia aparentemente pertencer à seção normativa do meu argumento, mas isso não ocorre, pois os conceitos de poder, embora se baseiem no gênero, nem sempre se referem literalmente ao gênero, em si mesmo (SCOTT, 1995, 86).

Através da categoria de gênero é possível compreender as interações humanas (SCOTT, 1995) e através da compreensão de como o "conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais" se pode compreender a relação entre gênero e sociedade (SCOTT, 1995, p. 89). Centrando a análise entre o campo política e as relações de poder, Scott (1995) demonstra a forma de representação social utilizada neste contexto para a descrição de características de grupos específicos, atribuindo adjetivos femininos na desqualificação de sujeitos. "A 'codificação' generifica de certos termos estabelecia e 'naturalizava' seus significados" (SCOTT, 1995, p. 92). Para a autora há a necessidade de incorporação da categoria de gênero na análise das relações históricas dos 'fatos sociais', assim será possível compreender algumas lacunas das relações de poder entre os sexos e "o gênero deve ser redefinido e reestrutura em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclua não somente o sexo, mas também a classe e a raça" (SCOTT, 1995, p. 93).

A relação entre gênero e memória também é explorada nos trabalhos que envolvem as histórias das mulheres. Alguns autores definem que a memória das mulheres se relacionam com o domínio da família, da vida privada e doméstica, tendo como referência o ciclo familiar. Observam também que as lembranças das mulheres preservam temas integrados num domínio no qual o afetivo e o individual

são fundamentais, no entanto, as memórias dos homens guardam relatos de uma história não necessariamente oficial, mas sim de uma história coletiva, de uma história espetáculo (PISCITELLI, 2002).

Considerando a situação das mulheres que não apresentam problemas de saúde mental, ditas "normais", a dificuldade e lentidão na conquista de direitos de cidadania são evidentes⁸, para as mulheres com sofrimento psíquico a situação parece ser ainda mais complicada, já que ao serem classificadas como "anormais", parecem ficar duplamente a margem da sociedade, tanto por serem mulheres, mas, talvez, principalmente por serem "mulheres loucas".

Neste trabalho será utilizado a conceitualização de gênero abordada por Joan Scott (1995), procurando compreender como as relações de poder determinadas pelas diferenças de gênero atuam nas histórias de vida das mulheres entrevistadas. Para Scott, ao analisar o conceito de gênero, as relações de poder são territórios praticamente inexplorados. Nesta linha, Scott apresenta uma importante contribuição para pensar as relações sociais e políticas ao propor o uso do gênero como categoria de análise. A partir de sua conceitualização, é possível compreender a relações entre gêneros e a constituição das relações sociais, incluindo a dimensão política, neste caso da Reforma Psiquiátrica.

1.4 MEMÓRIA

As narrativas encontradas nas entrevistas de história oral necessariamente demandam o processo de recordação e, fundamentalmente, a memória dos sujeitos. As falas dos colaboradores são reflexos de suas memórias. Elas podem ser compartilhadas por outros sujeitos (memória social) ou podem ser restritas à experiência individual.

⁸ Somente em 1988 a Constituição brasileira igualou os direitos civis das mulheres aos dos homens, tanto na vida pública como na privada (MORAES, 2005, p. 504).

O passado está em constante recriação e reconstrução. A memória é seletiva e registra informações de acordo com diferentes níveis de importância. É resignificada por inúmeros mecanismos que envolvem lembranças voluntárias ou involuntárias, passando por processos cognitivos conscientes ou inconscientes. Servem para descrever nossas atitudes, emoções e experiências de vida segundo a perspectiva do narrador.

De acordo com o impacto que as experiências de vida tiveram no sujeito, através de signos e fatos sociais, adquirem forma particular no processo de interpretação da realidade social – seja referente à vida privada ou aos acontecimentos coletivos que, inevitavelmente, interferem e articulam as formas de relação social.

Não é possível o controle sobre nossas lembranças e nossos esquecimentos. Porém, aspectos que adquirem mais significância social, cognitiva ou emocional, tendem a priorizar as narrativas dos entrevistados. Os sujeitos "lembram muito o que não viveram diretamente. Um artigo de noticiário, por exemplo, às vezes se torna parte da vida de uma pessoa. Daí, pode-se descrever a memória como reconstrução do passado, fonte ou fenômeno histórico" (BURKE, 2000, p. 70).

O pressuposto de que a memória social ou individual é seletiva, torna necessário que o pesquisador (a), na fase analítica, possa identificar os princípios de seleção que foram ou estão sendo operados numa entrevista. Assim pode observar como estes se transformam e como adquirem diferentes significados quando comparadas entre um grupo social e outro, e como variam de acordo com o decorrer do tempo. "As memórias são maleáveis, e é necessário compreender como são concretizadas, e por quem, assim como os limites dessa maleabilidade (BURKE, 2000, p. 73)".

Buscando reconstruir as formas de utilização da memória social entre diferentes épocas e sociedades, Le Goff (1990) fornece uma compreensão interessante sobre os processos históricos e sociológicos da memória. A passagem

da memória oral para a memória escrita “está ligado a uma profunda mudança na memória coletiva” (LE GOFF, 1990, p. 431).

Para este autor, as formas de conservação da memória ganham mais agilidade com o desenvolvimento da tecnologia no século XIX e XX bem como com o aprofundamento e sistematização do tema pelas ciências humanas – o estudo e teorização sobre a memória e seus mecanismos. Utiliza autores como Bergson, Marcel Proust, André Breton e Sigmund Freud, Maurice Halbwachs e Pierre Nora para apresentar algumas concepções sobre o fenômeno da memória.

As formas de memória oral (arquivos orais, segundo Le Goff) são apresentadas como novas ferramentas, sendo amplamente difundidas nos meios acadêmicos a partir da década de 1950. “A evolução das sociedades na segunda metade do século XX clarifica a importância do papel que a memória coletiva desempenha” (LE GOFF, 1990, p. 475).

Mas a memória coletiva é não somente uma conquista, é também um instrumento e um objeto de poder. São as sociedades cuja memória social é sobretudo oral ou que estão em vias de constituir uma memória coletiva escrita que melhor permitem compreender esta luta pela dominação da recordação e da tradição, esta manifestação da memória (LE GOFF, 1990, p. 476).

As memórias coletivas utilizam suportes materiais diversos e diferenciam-se das memórias individuais pela utilização de mecanismos variados, como, por exemplo, a escrita, a imagem – e mais recentemente, o som. Os formatos gráficos e visuais há muito tempo servem para a preservação e conservação, principalmente, das memórias coletivas.

Joël Candau (2006), ao escrever sobre memória, apresenta algumas concepções e sinônimos sobre o conceito desde a antiguidade. Atualmente, a memória parece utilizar de diferentes dispositivos para manter-se presente e passível de acesso pelos indivíduos, entre eles, as imagens, os sons, as palavras, os objetos, entre outros. Assim, a memória também está ligada, necessariamente a

noção de tempo e espaço. Estes, por sua vez, delimitam e articulam as relações entre interpretação, memória, história e narrativas.

Candau (2006), utilizando as ideias de Paul Ricoeur, define o calendário como conector entre o tempo vivido e o tempo universal. Para além das memórias individuais, existem as memórias compartilhadas. O calendário serve para dar valor ao tempo passado e ao tempo futuro. As comemorações e acontecimentos marcantes para uma coletividade são definidos através de acordos e consensos.

[...] el caledario, conector "entre el tiempo vivido y el tiempo universal". No constituye solamente la memoria de los días comunes (pasados o futuros) de cada individuo, sino que también es el depositario de una memoria compartida, [...] de los acontecimientos memorables [...] (CANDAU, 2006, p. 40).

Candau (2006) considera o fato de que raramente as memórias se movem no mesmo ritmo. Ou seja, algumas memórias estão mais presentes nas narrativas dos sujeitos e outras estão menos acessíveis ou estão assimétricas entre indivíduos que vivenciaram o mesmo fato histórico e social.

Neste ponto, a memória aproxima-se da concepção de interpretação e representação da realidade social. Os sujeitos procedem na construção de memórias utilizando mecanismos cognitivos, perceptivos, intelectuais, representativos, simbólicos e ideológicos.

O conceito de memória é crucial porque na memória se cruzam passado, presente e futuro; temporalidades e espacialidades; monumentalização e documentação; dimensões materiais e simbólicas; identidades e projetos. É crucial porque na memória se entrecruzam a lembrança e o esquecimento; o pessoal e o coletivo; o indivíduo e a sociedade, o público e o privado; o sagrado e o profano. Crucial porque na memória se entrelaçam registro e invenção; fidelidade e mobilidade; dado e construção; história e ficção; revelação e ocultação (NEVES, 1998, p. 218).

As memórias de vida, os relatos sobre a história individual e subjetiva são flexíveis e adaptam-se ao sentido e significado que a pessoa da àquela vivência. O

processo de falar sobre nossa vida, necessariamente, inclui a dimensão da organização – seja das ideias, dos fatos ou dos afetos. A construção da narrativa individual utiliza mecanismos particulares, seleção dos fatos e incluem esquecimentos, modificações e transformação das experiências vividas. Seja de maneira consciente ou inconsciente, utilizamos processos de reconstrução dos acontecimentos e sentimentos relacionados às nossas histórias de vida.

A forma com que cada pessoa interpreta e armazena as situações cotidianas adquire um significado particular e compartilhado. As memórias individuais sobre fatos coletivos são carregadas de particularidades, ou seja, embora compartilhem situações e vivências, algumas características específicas estão mais presentes num determinado relato e não em outro. “Toda anamnesis es, de hecho, una reconstrucción tributaria al mismo tiempo de la naturaleza del acontecimiento memorizado, del contexto pasado de esse acontecimiento y del momento de la memorización” (CANDAU, 2006, p. 99).

É importante para o pesquisador estar atento a esta questão quando trabalha com história oral de vida. Segundo Candau (2006) a capacidade humana de reviver o passado (dar ordem e coerência aos acontecimentos) é significativa no momento do relato oral. Segundo ele, a ilusão biográfica é uma ficção de unidade nas narrativas e pode ser compreendida a luz da Psicologia. Referindo-se a Pierre Janet, esta conduta de relato, é uma forma elaborada da história individual.

Al proceder de este modo, la memoria autobiográfica tiene como objetivo construir um mundo relativamente estable, verosímil o previsible, em el que los proyectos de vida adquieren sentido y em el que la sucesión de los episodios biográficos pierde su carácter aleatorio y desordenado para integrarse em um *continuum* tan lógico como sea posible, cuyo punto de origen y punto de llegada están constituidos por el próprio sujeto o, eventualmente, su familia (las raíces), su clan, su país (los mitos fundacionales) (CANDAU, 2006, p. 101).

A narrativa da memória é a transição entre a representação do passado e a expectativa do futuro. A construção da memória e o estado subjetivo podem alterar a forma e conteúdo da experiência. A psicopatologia de um indivíduo, por exemplo,

tende a canalizar sua memória numa ou noutra direção. Um sujeito deprimido tende a lembrar-se mais de acontecimentos e experiências consideradas tristes e subvalorizar experiências saudáveis.

[...] la reconstrucción se organiza em torno de lo que podríamos denominar, según Bachelard, núcleo de memoria, que también es um núcleo de sentido, constituido por elementos del pasado relativamente estables, es decir, conservados sin cambios desde su percepción original (CANDAU, 2006, p. 102).

Maurice Halbwachs define o termo memória histórica como uma "sucessão de acontecimentos marcantes na história de um país enquanto que a memória coletiva é definida pela continuidade de fatos que contribuem para a formulação da identidade de uma nação" (HALBWACHS, 2006, p.79). Para Halbwachs, a memória coletiva está ligada, principalmente, a ideia de nação.

Para Halbwachs, a lembrança é "uma imagem introduzida em outras imagens" (HALBWACHS, 2006, p.93), constituída no interior de um grupo. Em seu livro "Os Marcos Sociais da Memória" (2004), argumenta que recordar é reconstruir. Não é possível reviver um acontecimento ao recordá-lo, pois imagens vistas e tudo que se tenha feito no passado não subsistem intactos na memória. Nesse sentido, a lembrança de um fato - por mais nítido que pareça ser - não coincide com a mesma imagem experimentada em tempos remotos. A percepção do sujeito, com o transcorrer dos anos, é modificada. Suas ideias são alteradas e seus juízos de valores sobre a realidade são transformados. Assim, com o passar do tempo, tudo aquilo que se lembra vai ganhando novos contornos.

Ela [a memória individual] não está inteiramente isolada e fechada. Para evocar seu próprio passado, em geral a pessoa precisa recorrer às lembranças de outras, e se transporta a pontos de referência que existem fora de si, determinados pela sociedade. Mais do que isso, o funcionamento da memória individual não é possível sem esses instrumentos que são as palavras e as ideias, que o indivíduo não inventou, mas toma emprestado de seu ambiente (HALBWACHS, 2006, p. 72).

Há muitos outros elementos de apoio à memória, como o espaço e o ambiente. Depois de analisar as diversas histórias de vida de velhos, moradores de São Paulo, Ecléa Bosi (1994) pondera que a casa materna ocupa um lugar significativo na memória das pessoas. Mesmo se não for a primeira casa da qual se lembram, ela é o cenário das experiências mais ressonantes da infância. A casa é o símbolo da afetividade, da família de origem, da ingenuidade dos tempos de criança. Ao recordar, podem surgir "saudades de um objeto perdido de valor inestimável, que se fosse encontrado, traria de volta alguma qualidade da infância ou da juventude que se perdeu com ele" (BOSI, 1994, p. 442).

Michael Pollak, referindo-se a Halbwachs, fala que "a memória é, sobretudo, um elemento coletivo e social capaz de flutuações, transformações e mudanças constantes" (POLLAK, 1992, p. 201). Os relatos e narrativas de histórias de vida não seguem uma ordem cronológica apesar de um ordenamento no âmbito do discurso.

Pollak faz referência aos acontecimentos vividos individualmente e aos acontecimentos vividos pelo grupo. Esses acontecimentos ocorrem de maneira direta ou indireta e são registrados à memória de maneira consciente ou inconsciente. Além das pessoas e dos personagens desses acontecimentos, os lugares também marcam os registros das memórias individuais ou coletivas.

Esses três critérios, acontecimentos, personagens e lugares, conhecidos direta ou indiretamente, podem obviamente dizer respeito a acontecimentos, personagens e lugares reais, empiricamente fundados em fatos concretos. Mas pode se tratar também da projeção de outros eventos (POLLAK, 1992, p. 202).

O processo de esquecimento também é fundamental para os processos da memória. Os mecanismos da memória, da recordação de grupos ou indivíduos, são complexos e estão em constante atualização, modificação e reconstrução. "A memória é seletiva. Nem tudo fica gravado. Nem tudo fica registrado" (POLLAK, 1992, p. 203). As lembranças de pessoas e lugares atravessam a história pessoal e apresentam uma recordação mais intensa quando ligadas a aspectos emocionais. As memórias podem ser lembranças próximas ou exatas dos acontecimentos. De

maneira geral, o conteúdo e forma das memórias, são reconstruções, modificações e adaptações do passado.

Referindo-se a construção da memória coletiva, Pollak (1992) utiliza o exemplo da organização das memórias nacionais. Segundo ele, são resultados de intensas disputas políticas que objetivam determinar quais acontecimentos serão lembrados e quais acontecimentos serão esquecidos ou deixados em segundo plano. Sobre a memória individual, Pollak utiliza as contribuições da Psicanálise sobre consciência e inconsciência. A memória está em contínuo movimento de organização e seleção das informações a serem armazenadas. Neste processo, diferentes fatores podem contribuir para a exaltação ou ocultação das memórias.

Referir-se ao passado é uma tarefa complexa e que necessita um exercício de organização intencional. Para Beatriz Sarlo, o passado é visto como um espaço de conflito entre a memória e a história. Se de um lado a história discorda da memória, de outro, esta "[...] desconfia de uma reconstituição que não coloque em seu centro os direitos da lembrança [...]" (SARLO, 2007, p.9). Se a subjetividade é algo peculiar à lembrança, a relação com o passado muitas vezes não depende da vontade e da astúcia do sujeito. Para Sarlo, a volta ao passado nem sempre se configura como um acontecimento libertador da lembrança. Pode ser um evento em que há a captura do passado pelo presente.

É necessário sair da esfera do individual para a esfera coletiva. O sujeito só retorna ao passado conforme sua visão no presente, que se define pelas relações sociais e que são estabelecidas pelo sujeito durante toda sua existência. Quem se lembra, o faz de maneira interpretativa, conforme sua visão de mundo, sua ideologia e sua representação da realidade social e pessoal, constituída ao longo da vida.

Portelli (1997) considera a memória como característica diferenciada nos indivíduos. Mesmo em situações compartilhadas, as memórias não serão iguais. Entende a memória como um processo social que utiliza padrões e formas criadas e compartilhadas. A memória existe a medida que é utilizada. Portelli prefere utilizar o termo memória social à memória coletiva.

Se consideramos a memória um processo, e não um depósito de dados, poderemos constatar que, "à semelhança da linguagem, a memória é social, tornando-se concreta apenas quando mentalizada ou verbalizada pelas pessoas" [...]. Assim, a História Oral tende a representar a realidade não tanto como um tabuleiro em que todos os quadrados são iguais, mas como um mosaico ou colcha de retalhos, em que os pedaços são diferentes, porém, formam um todo coerente depois de reunidos [...] (PORTELLI, 1997, p. 16).

Alistair Thomson (1997), através da história oral, escreve sobre as memórias de soldados australianos que participaram da primeira guerra mundial. Fala sobre o processo de "construção das reminiscências", que utiliza os significados e linguagem da cultura na interlocução com a memória. As memórias do passado são relatadas de acordo com nossa identidade no presente.

A memória "gira em torno da relação passado-presente, e envolve um processo contínuo de reconstrução e transformação das experiências lembradas", em função das mudanças nos relatos públicos sobre o passado. Que memórias escolhemos para recordar e relatar (e, portanto, lembrar), e como damos sentido a elas são coisas que mudam com o passar do tempo (THOMSON, 1997, p. 57).

Segundo Bruner (1990, apud DIGIAMPIETRI, 2009) a cultura é constituinte fundamental das narrativas. Através destas, o grupo social fundamenta crenças, histórias e valores de suas culturas a medida que compartilham as experiências atuais e passadas. Assim, "os indivíduos as assimilam e as transformam, acrescentando novas narrativas a este repertório e usando-o como base de suas próprias narrativas" (DIGIAMPIETRI, 2009, p. 22).

As entrevistas de história oral [...] produzem narrativas que, portanto, podem ser entendidas como sequências de eventos que organizam e ajudam os narradores a entender e atribuir significados a sua experiência. Essas narrativas emergem e têm seu significado no momento da interação entre os falantes. Dessa forma, as histórias de vida possuem duas características fundamentais que as diferem dos demais tipos de narrativas (e.g. lendas, fábulas, contos de fadas, mitos, relatos, casos do cotidiano, 'causos', etc.): são narrativas autobiográficas que emergiram de entrevistas de história oral (DIGIAMPIETRI, 2009, p. 30).

Lowenthal (1998) fala sobre a relação entre memória e história na construção do passado, problematizando como nossas lembranças são delimitadas por diferentes condições e sobre a verdade dos fatos históricos. "Para nos assegurarmos de que ontem foi tão importante quanto hoje, saturamo-nos de detalhes e fragmentos do passado, ratificando a memória e a história de forma tangível" (LOWENTHAL, 1998, p. 73). As lembranças são a nossa ligação com o passado e fornecem elementos para planejarmos o futuro. Enquanto o presente torna-se resultado das experiências passadas individuais ou coletivas, também a memória seleciona e manipula as percepções e informações de maneira a projetar uma condição atual. "A natureza subjetiva da memória torna-a um guia a um só tempo seguro e dúbio para o passado" (LOWENTHAL, 1998, p. 87).

A importância dos estudos sobre memória neste trabalho reside no fato de que a história oral está relacionada diretamente com o processo da memória. No caso das histórias de vida, a memória é fonte principal dos relatos. É através dos processos memoriais, da construção de imagens e sentimentos, que os indivíduos dão voz às suas lembranças.

As memórias são localizadas através do processo de recordação, vinculadas a um conjunto de lembranças cognitivas e emocionais, determinadas no tempo presente. As formas de lembrar dos acontecimentos, além das determinações individuais, estão conectadas com a inteligibilidade e representações do grupo social. Existe uma complexa relação entre as memórias individuais e as memórias coletivas. No caso das pessoas com sofrimento psíquico, os processos de internalização das memórias bem como os processos de externalização destas, estão relacionados com o grau e o tipo de transtorno mental específico que aquela pessoa está acometida. Na literatura sobre saúde mental é consenso que, em indivíduos deprimidos, por exemplo, existe uma predominância de memórias negativas sobre eventos de vida estressantes ou traumáticos. Nos transtornos de estresse pós-traumático, estes mecanismos são bastante evidentes e documentados pela literatura.

Uma das características mais marcantes da memória autobiográfica de indivíduos com depressão é a de ser supergeneralizada, ou seja, uma recordação

do próprio passado demasiadamente genérica, inespecífica e difusa (WILLIAM et. al., 1997). Pacientes com esse transtorno de humor, portanto, apresentam dificuldades para se lembrar de eventos específicos de sua história de vida, temporal e espacialmente localizados.

1.5 CONSIDERAÇÕES

Com base na literatura apresentada anteriormente, o objetivo deste capítulo foi apresentar um panorama geral sobre o campo da saúde mental e principais trabalhos relacionados com esta pesquisa, além de uma breve contextualização sobre os estudos de gênero e os processos de memória atrelados a metodologia deste trabalho.

Durante longo período, as formas de lidar com a loucura e com as relações de gênero vêm se constituindo como formas de subjetivação social⁹, que se desdobram nas entrelinhas dos processos de socialização, disciplinarização e relações de poder, dentro dos ambientes institucionais (macro sociais) e nas relações sociais entre os indivíduos, nos processos de interação social (micro sociais).

Apesar da abordagem teórica sobre a loucura, marcada pelo pensamento de Foucault, o campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica se encontram permeadas por uma racionalidade biomédica e psicologizante, como referem alguns estudiosos. Neste sentido, diante das mudanças produzidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira em âmbito legislativo e institucional, ainda é forte o impacto da disseminação de uma cultura psicanalítica equivocada, tal como apontado por Figueira (1988), isto é, determinando o pensamento e entendimento de muitos profissionais da área da saúde mental sobre o processo saúde-doença.

⁹ Para Félix Guattari a “subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” e não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 31).

Maluf (2006) aponta uma mudança recente no perfil das camadas populares urbanas, ou seja, grupos de indivíduos com baixa renda e escolaridade, onde existe o surgimento e estigmatização das "doenças dos nervos". Tal perfil acaba sendo suscetível ao processo de medicalização e psicologização da subjetividade, fortalecendo o discurso biomédico de patologização e classificação dos indivíduos.

Um exemplo sobre a ampliação da classificação e rotulação dos indivíduos está relacionado com a intensificação do diagnóstico da depressão, a partir do modelo biomédico - em especial entre as mulheres. Além desta intensificação, a medicalização excessiva é contrária a perspectiva do modelo psicossocial, que pretende ampliar a autonomia dos sujeitos, através de novas propostas terapêuticas, fugindo da lógica biomédica e farmacológica vigente na atualidade. É visível na produção científica sobre os serviços de saúde mental, que a medicalização e a restrição de alternativas terapêuticas são uma das contradições entre o campo teórico e legislativo da Reforma Psiquiátrica brasileira e a prática terapêutica no cotidiano dos serviços de saúde mental.

Esta contradição é uma limitação e/ou dificuldade enfrentada pela atenção psicossocial, que parece ter limitações em lidar com o fenômeno da loucura através de uma abordagem diferente do padrão biomédico. Dessa forma, mesmo no campo da saúde mental coletiva, ou seja, da atenção psicossocial ao sofrimento psíquico, existe o predomínio da categorização e classificação através dos diagnósticos dos transtornos mentais.

O gênero, como categoria de análise das relações assimétricas entre os sexos, vem ampliando as formas de entendimento acerca do sofrimento psíquico, bem como as políticas públicas, a militância e a prática assistencial de acordo com Silveira (2000). "Além disso, gênero tem motivado o atendimento diferenciado na assistência médica, seja pela especificidade de características médico - fisiológicas, seja pelos preconceitos e estereótipos médicos a ele ligado" (SILVEIRA, 2000, p. 84).

Como categoria de análise, os estudos de gênero têm sido pouco explorados em pesquisas sobre a Reforma Psiquiátrica e entre os envolvidos nesse

movimento político, social e legislativo - o que torna difícil a compreensão e desenvolvimento desta categoria de análise no campo da saúde mental, principalmente para pensar e analisar as histórias de vida.

Empiricamente dentro dos serviços de saúde mental, ou no âmbito das pesquisas sobre o tema, cada vez mais se tem observado a diferença evidente entre os sexos, tanto em relação a utilização dos serviços de saúde, quanto em relação dos transtornos mentais. Em grande parte dos estudos e manuais de classificação sobre saúde mental as mulheres apresentam maior risco de desenvolver transtornos mentais do que os homens.

Mesmo assim, pouco se tem explicado sobre estas diferenças. Entretanto, algumas formas de explicação ainda são restritas ao entendimento de uma "natureza feminina" do sofrimento psíquico. A concepção de natureza feminina estaria ligada a ideia de que as doenças nas mulheres são expressão de sua natureza.

Entre os estudos que analisam a relação entre gênero e saúde mental, encontram-se aqueles que focam no cuidado a saúde mental. Este estudos apontam para o papel de cuidadoras, exercido pelas mulheres, sejam elas mães, filhas, irmãs ou amigas, assumindo a tarefa de cuidar de seus familiares que frequentam os serviços de atenção psicossocial.

Em casos de falecimento de suas mães, as pacientes mulheres são acompanhadas por suas irmãs e, em último caso, não existindo familiares do sexo feminino, são cuidadas por amigas. Quando se casam e ficam doentes, estas mulheres passam a ser cuidadas por suas filhas. Já os relatos dos pacientes masculinos demonstram que a tarefa do cuidado é exercida por mulheres. Portanto, os pacientes solteiros são cuidados por suas mães e na ausência destas por irmãs e cunhadas (SANTOS, 2009, p. 1181).

Estudos observam para o fato de que as práticas assistenciais apresentam uma significativa presença da dimensão do gênero, tanto pela busca de alívio do sofrimento pelas mulheres nas unidades de saúde quanto pelo relacionamento que

as mesmas estabelecem com seus pares no cotidiano, nos seus lugares de convivência e sociabilidade.

Nos estudos antropológicos sobre saúde mental, os distúrbios psicológicos e/ou perturbações nervosas, o gênero tem aparecido em sua relevância etnográfica - tanto quantitativa, pelo alto índice de mulheres sofredoras desse tipo de perturbação, quanto qualitativa, pelas especificidades da experiência social "feminina" da doença e do sofrimento psicológico, físico - moral ou do nervoso (MALUF, 2006, p. 7)

Falar da superação de práticas asilares em relação ao gênero é também falar da experiência de mulheres acometidas pelo sofrimento psíquico. Mulheres que não foram asiladas em função de suas diferenças e/ou sofrimentos podem produzir novos significados para sua experiência social, traçando itinerários terapêuticos diversos. Nestes itinerários, e mais especialmente nos serviços de saúde, é possível perceber que o gênero se produz por uma complexidade de fazeres onde os saberes e os poderes se inscrevem.

Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, pra impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir esse sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta cotidiana (ROTELLI, 2001, p. 94).

Por isso é importante compreender como o movimento da Reforma Psiquiátrica e o modelo de atenção psicossocial por ele proposto tem conseguido considerar as relações estabelecidas pelas mulheres nos seus espaços de cuidado, convivência e sociabilidade.

CAPITULO 2 - METODOLOGIA

2.1 A HISTÓRIA ORAL

Os pesquisadores e historiadores utilizam diferentes procedimentos e fontes de dados para a realização do seu trabalho e, com o avanço do conhecimento científico e tecnológico, incorporou novas técnicas e métodos. Nas últimas décadas, com a introdução e modernização de aparelhos eletrônicos – principalmente o gravador de áudio – houve o incentivo ao desenvolvimento da metodologia da História Oral.

A pesquisa histórica passou a incorporar fortemente as narrativas de sujeitos comuns, com o objetivo de compreender o impacto dos processos coletivos no âmbito micro-social e individual. Procura-se compreender a História de uma forma diferente: valoriza-se a experiência singular - individual. Compreende-se esta experiência como fonte viva de significados e interpretações valiosas para a compreensão da história contemporânea.

A História Oral é um método de pesquisa qualitativa, difundida nas áreas do conhecimento histórico, antropológico e sociológico (DELGADO, 2006). Através das falas dos indivíduos, apresenta visões particulares de processos coletivos - constituindo suas fontes orais. É uma metodologia que se utiliza de narrativas pessoais para o estudo da história contemporânea (ALBERTI, 2010).

Seguindo a perspectiva de ampliação e atualização do conhecimento científico, a História Oral possui diferentes vertentes, conceitos e maneiras de entender e proceder na preparação das entrevistas, em sua realização e na análise destas. O termo que designa o sujeito entrevistado nas pesquisas varia de acordo

com a corrente metodológica. Para fins dessa pesquisa procura-se utilizar, principalmente, os termos colaborador (a) e entrevistado (a). Palavras como depoente e informante serão evitados, tendo em vista se relacionarem ao que Meihy e Holanda (2006) abordam como uma sentido policialesco.

Nas entrevistas de história oral, o entrevistador passa a ter uma postura diferente diante do entrevistado, onde se procura romper com as questões referentes à relação entre sujeito-objeto. A relação será de sujeito-sujeito, na qual o entrevistado é colaborador da pesquisa e sua fala é construída e autorizada a ser utilizada pelo pesquisador. O pesquisador se torna mediador das narrativas e não autor destas.

Sobre o trabalho de campo, Giovanni Levi (1992) – que se vincula a concepção da micro-história - faz uma colocação sobre o papel da história oral:

A História Oral é uma ciência e arte do indivíduo. Embora diga respeito - assim como a sociologia e a antropologia - a padrões culturais, estruturas sociais e processos históricos, visa aprofundá-los em essência, por meio de conversar com pessoas sobre a experiência e a memória individual e ainda por meio do impacto que elas tiveram na vida de cada uma. Portanto, apesar de o trabalho de campo ser importante para todas as ciências sociais, a História Oral é, por definição, impossível sem ele (LEVI, 1992, p. 135).

No início da história oral, o trabalho com entrevistas visava registrar, arquivar e analisar as narrativas dos colaboradores; incluir as histórias e versões de grupos populacionais silenciados, evitados, esquecidos ou desprezados; interpretações particulares, variadas e não oficiais de fatos históricos contemporâneos (MEIHY, 1996). Hoje a história oral é utilizada em diferentes projetos.

Atualmente, a história oral já constitui para integrante do debate sobre a função do conhecimento histórico e atua em uma linha que questiona a tradição historiográfica centrada em documentos oficiais. Sem dúvida, a história oral hoje é parte integrante dos debates sobre tendências da história contemporânea (MEIHY, 1996, p. 13).

Quando se emprega a metodologia da História Oral, ativa-se o processo de rememorar e relembrar de sujeitos históricos, ou mesmo de testemunhas da história vivida por uma coletividade. Desta forma, as narrativas coletadas tendem a demonstrar que a memória pode ser identificada como processo de construção e reconstrução de lembranças nas condições do tempo presente.

Em decorrência, o ato de relembrar insere-se nas possibilidades múltiplas de elaboração das representações e de reafirmação das identidades construídas na dinâmica da história. Portanto, a memória passa a se constituir como fundamento da identidade, referindo-se aos comportamentos e mentalidades coletivas, uma vez que o relembrar individual – especialmente aquele orientado por uma perspectiva histórica – relaciona-se à inserção social e histórica de cada depoente (NEVES, 2000, p. 109).

A história oral procura compreender e analisar a experiência individual dentro de determinado contexto social, econômico e cultural. Busca entender o valor de cada entrevista em si, ou seja, não procura compreender os pontos em comum sobre as experiências coletivas. Em outras palavras, cada história individual tem peso autônomo, assim, é uma alternativa à história oficial - está mais próxima da micro-história. “A história oral promove, juntamente com uma nova concepção de história, uma interpretação clara de que todos [...] somos parte do mesmo processo” (MEIHY, 1996, p. 15).

O conjunto das histórias, além de propor discussão sobre as motivações individuais, serve para que, se equiparadas, elas forneçam elementos capazes de iluminar o conjunto das individualidades que se sustentam sob alguns traços comuns (MEIHY, 1996, p. 14).

Para Jacques Marre (1991), a singularidade da história oral não deve ser entendida como fragmentada do contexto social em que se vive. Ao reconstruir cada história de vida, as relações sociais tornam-se visíveis, pelo fato de estarem ligadas a estrutura social através da subjetividade. O relato individual está imerso no contexto social e ao mesmo tempo é reflexo deste contexto. “Quando o indivíduo

vivência e relata sua trajetória, se identifica a um grupo social do qual ele é elemento constitutivo” (MARRE, 1991, p.128).

De acordo com Meihy (1996), existem três formas de história oral: a) história oral de vida; b) história oral temática; c) tradição oral. Já para Delgado (2006) a história oral engloba, basicamente, duas modalidades de entrevista: entrevistas de história de vida e entrevistas temáticas.

A história oral de vida incorpora a reconstrução da trajetória dos sujeitos históricos. Objetiva, através do diálogo entre o entrevistado e entrevistador, a compreensão da sua trajetória de vida desde a infância até a data da entrevista. De maneira geral, as entrevistas são orientadas por roteiros previamente estabelecidos que fornecem material para compor uma série de entrevistas, com periodicidade previamente combinada, que podem se estender por períodos longos de tempo ou concentrar-se em semanas (MEIHY, 1996; DELGADO, 2006; ALBERTI, 2010).

As entrevistas temáticas se referem a experiências ou processos específicos vividos ou testemunhados pelos entrevistados e priorizam a participação do entrevistado no tema escolhido.

A história oral é um procedimento, um meio, um caminho para produção do conhecimento histórico. Traz em si um duplo ensinamento: sobre a época enfocada pelo depoimento – o tempo passado, e sobre a época na qual o depoimento foi produzido – o tempo. Trata-se, portanto, de uma produção especializada de documentos e fontes, realizada com interferência do historiador e na qual se cruzam intersubjetividades (DELGADO, 2006, p. 16).

Para Alberti (2005), a preparação das entrevistas em história oral deve seguir procedimentos estruturados, flexíveis e vinculados aos objetivos da pesquisa. As tecnologias empregadas para o registro das entrevistas devem ser utilizadas de maneira a superar a obsolescência dos métodos de gravação em áudio e/ou vídeo.

A seleção dos entrevistados é realizada de diferentes maneiras, incluindo “atuação destacada em relação ao tema, julgadas mais representativas e cujos depoimentos pareçam essenciais para a realização das demais entrevistas”

(ALBERTI, 2005, p. 85). Recomenda-se iniciar as entrevistas pelos indivíduos mais idosos, por colaboradores menos estratégicos – já que estas narrativas podem fornecer subsídios para ajudar o pesquisador a reelaborar e enriquecer seu roteiro de pesquisa - e também por aqueles que se tenha maior facilidade de acesso (ALBERTI, 2005).

Entre os muitos desafios da história oral, destacam-se, portanto, o da relação entre as múltiplas temporalidades, visto que, em uma entrevista ou depoimento, fala o jovem do passado, pela voz do adulto, ou do ancião do tempo presente. Adulto que traz em si memórias de suas experiências e também lembranças a ele repassadas, mas filtradas por ele mesmo, ao disseminá-las. Fala-se em um tempo sobre um outro tempo. Enfim, registram-se sentimentos, testemunhos, visões, interpretações em uma narrativa entrecortada pelas emoções do ontem, renovadas ou ressignificadas pela emoção do hoje (DELGADO, 2006, p. 18).

O contato inicial deve ser preferencialmente presencial, na forma de uma entrevista preliminar. Neste contato é importante explicar sobre o processo das entrevistas e também, de forma clara e objetiva, sobre os objetivos da pesquisa. Neste momento é importante não criar expectativas sobre os resultados das entrevistas que não sejam realmente os objetivos da pesquisa, como, por exemplo, elucidar a possível publicação de um livro de histórias de vida quando o objetivo do estudo não é este (DELGADO, 2006).

É importante deixar claro que os entrevistados terão o direito de não opinar sobre determinado assunto ou solicitar o desligamento do gravador caso achar oportuno. Também informar que as entrevistas têm, exclusivamente, a função de ajudar o pesquisador a compreender seu objeto de pesquisa e que existe um compromisso ético em proteger a integridade do entrevistado.

Para o contato preliminar, é recomendável informar o entrevistado referente às questões do documento de cessão de direitos sobre a entrevista. Este documento autoriza o pesquisador a utilizar a entrevista de forma acadêmica e/ou disponível para consulta. Para Alberti (2005), estas informações evitam possíveis confusões ao final das entrevistas e já antecipa esta formalidade que será crucial para os

envolvidos. A autora também recomenda que independente do teor do documento de cessão, este seja disponibilizado para a assinatura somente no final da entrevista – embora deva ser informado ao entrevistado antes da realização da entrevista. Apresenta três razões para ser utilizado no final: 1) não pode assinar cessão de direitos sobre algo que ainda não existe; 2) porque o entrevistado não sabe de antemão o que irá falar nem sobre o que será indagado; 3) porque essa prática é pouco apropriada para uma relação que está começando.

Neste trabalho, o contato preliminar envolve a leitura e explicação do termo de consentimento livre e esclarecido. Assim é informada todas as questões éticas relacionadas a coleta de dados, sigilo e direito a não participação em qualquer fase da pesquisa.

No estudo de sujeitos com uma vida pública, o conhecimento da biografia do entrevistado favorece a elaboração do roteiro individual de entrevista. Quando este estudo não for possível, “o pesquisador passa a contar apenas com dados biográficos fornecidos pelo entrevistado no momento [...] da entrevista” (ALBERTI, 2005, p. 91).

Portanto, a história oral é um procedimento integrado a uma metodologia que privilegia a realização de entrevistas e depoimentos com pessoas que participaram de processos históricos ou testemunharam acontecimentos no âmbito da vida privada ou coletiva. Objetiva a construção de fontes ou documentos que subsidiam pesquisas ou formam acervos de centros de documentação e de pesquisa (DELGADO, 2006, p. 18).

Segundo Portelli (1997, p. 31) “a primeira coisa que torna a história oral diferente, [...] é o fato de revelar menos sobre eventos que sobre significados”. O elemento primordial da história oral é a subjetividade. Embora no âmbito científico a subjetividade seja entendida como uma ameaça, na história oral ela é a fonte essencial e adquire uma valorização especial: a singularidade. “Cada entrevista é importante, por ser *diferente* de todas as outras” (PORTELLI, 1997, p. 17).

A História Oral é uma ciência e arte do indivíduo. Embora diga respeito - assim como a sociologia e a antropologia - a padrões culturais, estruturas sociais e processos históricos, visa aprofundá-los, em essência, por meio de conversas com pessoas sobre a experiência e a memória individuais e ainda por meio do impacto que estas tiveram na vida de cada uma. Portanto, apesar de o trabalho de campo ser importante para todas as ciências sociais, a História Oral é, por definição, impossível sem ele (PORTELLI, 1997, p. 15).

Portelli (1997) fala sobre a entrevista em história oral, na qual o respeito pelo entrevistado é a fundamental. O respeito consiste em aspectos sutis da relação social e não apenas a conduta nos padrões culturais do entrevistador. O respeito é a chave para trabalho de campo em História Oral. Nessa perspectiva, traz a questão sobre a relação que se estabelece na relação social, e particularmente, no momento da entrevista. Cita sua experiência, ao entrevistar colaboradores sobre sua pesquisa frente às lutas dos mineiros de carvão, no Harlan, onde o tema principal da conversa não foi àquele ao qual o pesquisador se destinava ouvir. Porém, Portelli avalia a importância de estarmos disponíveis e abertos a esse relato – mesmo que “por mera questão de cortesia” (PORTELLI, 1997, p. 22).

O entrevistador deve estar disponível para ouvir o colaborador caso deseje realizar uma entrevista de história oral, isto é, deve ser flexível e cordial, além de respeitar as limitações e potencialidades do entrevistado. Isto é, estar aberto e disponível para conversar sobre outros tópicos que apareçam durante a entrevista, mesmo que estes não sejam os assuntos que o pesquisador deseje conhecer. Assim é possível criar uma situação de empatia e acolhimento para que o colaborador possa estabelecer uma relação de confiança com o pesquisador e se dispor a contar sua história de maneira mais livre e flexível, sem medo de ser mal interpretado ou perseguido.

2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste trabalho, foi utilizada a metodologia da História Oral de vida nas entrevistas com duas usuárias dos serviços de saúde mental na cidade de Pelotas,

RS. Procura-se com esta metodologia abordar em profundidade aspectos da história pessoal das colaboradoras, além de descrever os eventos de vida associados a condição do adoecimento, tratamento e nas relações familiares e institucionais.

Considerando o campo da saúde como inserido nas demais instâncias da realidade social e assim também submetido aos aspectos socioeconômicos, políticos, ideológicos e simbólicos da problemática social ampla, a especificidade entre saúde e doença extrapola a concepção biomédica, relaciona-se ao âmbito maior das ciências sociais e se expressa através dos discursos e práticas sobre o processo saúde-doença e os serviços de assistência (MINAYO, 1992).

A justificativa de escolha pelos CAPS como campo de pesquisa e seus usuários como unidade de pesquisa deste estudo, deve-se a sua função de serviço estratégico na política de saúde mental brasileira e um lugar de possíveis transformações nas vidas destes usuários. Dentre as propostas e ações dos CAPS, além da reinserção social dos seus usuários, está a construção / reconstrução de uma rede social, incentivo à autonomia, à discussão sobre o acesso ao trabalho e aos direitos de cidadania.

Esta pesquisa utiliza a metodologia qualitativa da História Oral de vida. A pesquisa qualitativa, segundo Geertz (1989), de uma forma geral, se preocupa com a interpretação da realidade social, ocupando-se da análise dos significados que os sujeitos atribuem aos fenômenos e as relações sociais que as constituem.

No primeiro momento, este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado de acordo com o parecer nº 175 de janeiro de 2011.

Após a aprovação deste trabalho pelo CEP deu-se início a fase de coleta de dados. Previamente a entrega do projeto de pesquisa ao comitê foi realizado contato com todos os Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Pelotas.

O pesquisador entrou em contato com os sete centros de atenção para obtenção de autorização para a realização da pesquisa, de acordo com a exigência

do comitê de ética em pesquisa. Para isto, foi feito contato telefônico com todos os CAPS. Em quatro CAPS foi necessário uma reunião com toda a equipe para explicar o projeto e responder as arguições dos trabalhadores e coordenadores. Em outros três CAPS a reunião com a equipe técnica não aconteceu em tempo hábil, seja por não encontrar o coordenador do serviço por motivo de férias / licença ou pelo fato de que a equipe não se dispôs a receber o pesquisador em tempo hábil para a entrega do projeto. Este processo de contato telefônico e reuniões com a equipe dos CAPS durou cerca de trinta dias.

Nos quatro CAPS onde o contato foi efetivado com a equipe técnica e onde se solicitou a autorização para a execução do estudo, foi feita uma reunião com a equipe, conforme mencionado anteriormente. Não foi possível realizar a reunião com a equipe de trabalhadores em tempo hábil em um destes CAPS. Em outro serviço a equipe se mostrou surpreendentemente resistente à pesquisa, embora autorizando a realização da mesma. Após diversos contatos telefônicos em dias diferentes e após dois agendamentos de reunião cancelados, formalizou-se a reunião com a equipe. A reunião foi agendada previamente, porém, ao chegar ao local no dia e hora marcados, a coordenação do serviço deixou o pesquisador esperando por cerca de noventa minutos (até o final da reunião) considerando que a pesquisa era um assunto menos importante do que o cotidiano do serviço. Neste serviço houve inúmeras desvalorizações em relação ao projeto, a realização desta pesquisa e também em relação a outras pesquisas sobre saúde mental.

A escolha dos serviços onde foram realizadas as entrevistas com as colaboradoras deste estudo se deu de forma intencional, considerando que entre os quatro CAPS onde se conseguiu contato preliminar ao envio do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética, dois não foram incluídos pelos motivos supracitados. Dessa forma a pesquisa foi realizada em dois serviços de saúde mental.

O contato com os usuários dos serviços deu-se nos espaços das assembleias. Entre os serviços que autorizaram a realização da pesquisa, procurou-se participar das reuniões do usuários, porém isto não foi possível em todos esses CAPS. Num caso específico, a equipe de trabalhadores forneceu informações equivocadas sobre o dia e horário de realização destas em mais de uma ocasião.

Frente a "restrição" imposta pelo serviço, optou-se em não realizar a pesquisa neste local.

Os sujeitos participantes da pesquisa são usuárias dos CAPS da cidade de Pelotas, RS. A seleção dos participantes se deu de forma intencional após conversa com os usuários e equipe de trabalhadores nos CAPS. Foram incluídos na pesquisa usuárias de dois CAPS na cidade de Pelotas, RS. Optou-se em trabalhar com dois serviços. Foram considerados critérios de exclusão usuários sem capacidade de comunicação oral, histórico clínico com transtorno paranoico e/ou delirante ou risco de suicídio.

É utilizado o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (ANEXO 1) onde salienta-se o sigilo da pesquisa, a opção em participar ou recusar a participação em qualquer momento, bem como a importância de sua assinatura para compor os princípios éticos norteadores. O instrumento da pesquisa foi o roteiro de pesquisa (ANEXO 2), elaborado para uso específico deste estudo.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas gravadas em áudio. Estas entrevistas foram realizadas no CAPS em que cada usuária frequentava. A coleta de dados e seleção dos participantes da pesquisa se realizou em três etapas:

- 1) Contato com a equipe de trabalho dos CAPS, solicitando autorização para realização da pesquisa e apresentação do projeto a equipe de trabalhadores.
- 2) O pesquisador participou das assembleias de usuários dos serviços de saúde mental. Nesta reunião foi apresentado para todos os sujeitos presentes o objetivo da pesquisa. Todos os presentes foram convidados a participar do estudo.
- 3) Contato com os potenciais entrevistados que tiveram interesse em contar a sua história para agendamento das entrevistas preliminares. Neste momento foram excluídos os sujeitos que preenchiam os critérios de exclusão.

No total foram realizadas entrevistas preliminares com 8 indivíduos que se mostraram interessados em participar da pesquisa. Foram excluídos cinco destes

usuários pelos seguintes motivos: dois indivíduos preenchiam os critérios de exclusão e outros três optaram por não participar da pesquisa após o contato inicial.

Entre as três mulheres que aceitaram compartilhar as suas histórias de vida, uma delas apresentou no decorrer da primeira entrevista alto risco de suicídio, além de sofrimento para narrar a sua história. Portanto, foram cancelados os encontros, totalizando entrevistas em profundidade com duas mulheres, usuárias de diferentes serviços. Para garantir o anonimato, seguindo os princípios éticos norteadores, os nomes das entrevistadas foram alterados, apresentando-se nomes fictícios. Também houve o cuidado de não expor características pessoais ou do transtorno mental que pudessem tornar as pessoas reconhecíveis por estas características.

As entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde mental por escolha das próprias participantes do estudo. A coordenação do serviço utilizado por Maria forneceu uma sala no período da tarde, nas sextas-feiras dos meses de janeiro e fevereiro de 2011. Foram realizados cinco encontros com a colaboradora Maria, totalizando 10 horas de entrevistas, aproximadamente. No serviço utilizado por Joana, não foi disponibilizado uma sala para a realização das entrevistas por restrição do espaço físico. No entanto, possibilitaram a realização das entrevistas em qualquer ambiente. Neste serviço as entrevistas foram realizadas numa sala aberta, onde circulavam outras pessoas. Foram realizados três encontros com a colaboradora Joana, totalizando 3 horas de entrevista, aproximadamente. Com ambas colaboradoras procurou-se realizar um número maior de encontros, no entanto, não foi possível por indisponibilidade destas.

As entrevistas gravadas em áudio foram posteriormente transcritas, mantendo as características da linguagem falada. Também foram assinalados silêncios, pausas e outras interferências na narrativa.

Esta etapa consiste na transcrição absoluta da entrevista, com o registro das repetições e vícios de linguagem. Posteriormente foi realizada a textualização, que suprime elementos desnecessários. Por último foi realizado o processo de transcrição, onde foram, quando necessário, conectadas narrativas com temas ou assuntos similares para facilitar a interpretação das histórias de vida pelo

pesquisador. O processo de transcrição das entrevistas deste trabalho procurou deixar "a voz" das colaboradoras da maneira mais original possível, sendo evitadas interpretações na parte descritiva das falas, alteração de expressões ou mesmo da oscilação de tópicos dentro de um mesmo tema.

As histórias apresentadas no próximo capítulo estão narradas na primeira pessoa. Para inserção das falas das entrevistadas nesta pesquisa, será utilizado recuo de parágrafo, enquanto citação literal, de acordo com as normas para trabalhos acadêmicos desta universidade. Sempre que há uma interferência consciente do pesquisador, optou-se por registrá-la entre colchetes.

Obviamente, um trabalho acadêmico não consegue abarcar toda a diversidade, experiência e história de vida de uma pessoa, isto seria impossível. Talvez pelo fato desta dissertação abordar as histórias de vida de mulheres usuárias dos serviços de saúde mental na cidade de Pelotas, suas narrativas sejam focadas no sofrimento psíquico, considerando que o impacto de um estado de saúde mental grave e persistente traz um grande prejuízo social e uma marcante influência na subjetividade.

Partindo da necessidade de definir um método para a análise dos dados, optou-se por trabalhar com a proposta dos passos operacionais, propostos por Minayo (1992), que consiste no processo de ordenação e classificação dos dados previamente a análise do material obtido através de entrevistas.

A fase de ordenação inclui uma organização do material das entrevistas. A fase de classificação tem como objetivo "estabelecer categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas" (MINAYO, 1992, p. 235). A análise final é a relação entre o campo empírico e teórico, buscando a relação entre o particular e o geral.

A fase de ordenação dos dados incluiu um mapeamento das entrevistas. Neste trabalho, esta fase inicia com a supracitada transcrição, leitura e organização das narrativas.

A fase de classificação dos dados consiste na identificação das informações relevantes. Nesta etapa foram definidas categorias gerais e específicas a partir do referencial teórico desta pesquisa ou específico a aquela narrativa individual, ou seja, ao conteúdo evidenciado nas falas das entrevistadas. Assim, foram definidas algumas categorias gerais e outras específicas, respeitando as particularidades de cada história de vida.

As categorias gerais, que apresentam semelhanças, isto é, proximidades nas histórias de vida, foram classificadas de acordo com a Figura 3, apresentada abaixo:

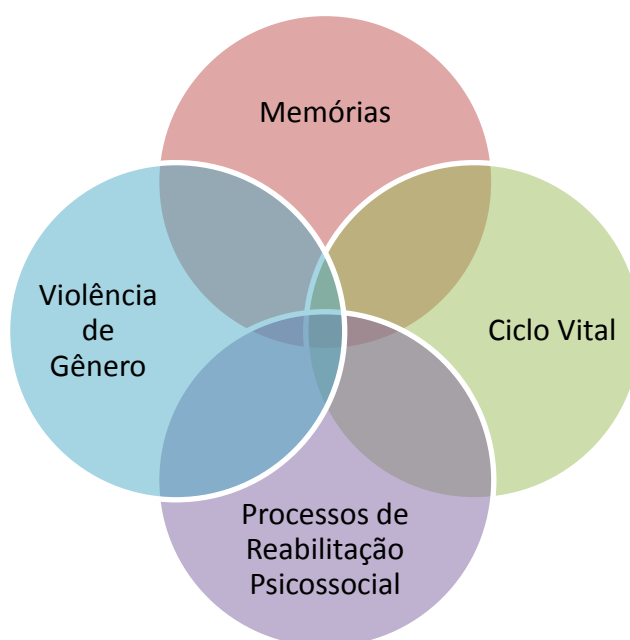


Figura 3 - Categorias gerais de análise segundo as narrativas das entrevistadas, Pelotas, 2011

A Figura 3 representa as categorias gerais, onde cada componente está interligado com o outro, em constante construção e reconstrução. As memórias se relacionam com o ciclo vital. A violência de gênero está registrada na memória em cada período da vida. Os processos de reabilitação psicossocial incluem a reelaboração das memórias conflitivas, tanto na tentativa de dar um novo sentido, como de conviver com elas.

As narrativas sobre a história de vida de Maria e Joana são diferentes. Maria foi muito comunicativa, falando sem interrupção durante muitos minutos. Joana era mais introspectiva, narrando sua vida de forma mais concisa. Sempre discorria brevemente sobre aspectos da sua vida, dessa forma, sua história ficará mais focada em alguns aspectos gerais.

Em relação às categorias específicas, são apresentadas de acordo com cada história de vida:

Para Maria, as memórias da infância estão relacionadas com a violência psicológica e falta de suporte social. Na adolescência, a gravidez e a perda do filho estão vinculadas com o surgimento da depressão e isolamento social, porém com algumas potencialidades, como o registro "de seus pensamentos". O processo de reabilitação psicossocial passa pela aderência ao serviço de saúde, a busca pela autonomia e condições de trabalho, e o papel de cuidadora do seu irmão, usuário do CAPS.

Para Joana, as memórias da infância estão relacionadas com um período feliz de sua vida. Na adolescência surgem os problemas de violência doméstica, tentativas de suicídio e o aparecimento da depressão, sua "tristeza infinita". O processo de reabilitação psicossocial está relacionado também com a aderência ao serviço de saúde, oficinas terapêuticas, busca da autonomia e condições de trabalho e o papel de cuidadora de sua filha, usuária de crack.

No próximo capítulo estes temas serão abordados, utilizando as narrativas das entrevistadas e procurando estabelecer um diálogo com a literatura relacionada aos temas gerais e específicos, procurando entender e explicar através do conhecimento produzido sobre o tema, as histórias de vida dessas duas mulheres.

Optou-se em não utilizar cada categoria geral e específica como um subtópico do trabalho, apresentando cada uma individualmente no corpo do texto, porém estas categorias são utilizadas para construir a análise das narrativas.

CAPÍTULO 3 - HISTÓRIAS DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM PELOTAS, RS

3.1 A HISTÓRIA DE VIDA DE MARIA

Maria é natural de Pelotas, negra, nasceu em 1973, tem sete irmãos (dois por parte de mãe e cinco por partes de pai) e vive com seu companheiro. A casa de Maria está localizada no mesmo terreno onde moram também a sua irmã e seu irmão (que também é usuário de CAPS), mas todos em casas separadas. Sua mãe já é falecida e seu pai ainda vive na cidade de Pelotas.

Estudou até a quinta série do ensino fundamental quando era adolescente, vindo a concluir o ensino fundamental na idade adulta, com 33 anos de idade. Tem origem em um meio social desfavorecido, passando por dificuldades financeiras.

Na infância sofreu violência psicológica da sua mãe, que até os nove anos de idade considerava ser a sua irmã. Sua avó foi quem a criou desde pequena e a pessoa que Maria considera ser a sua mãe.

Eu fui criada pela minha avó desde os três meses de idade. Minha avó me pegou pra criar porque a minha mãe era muito nova quando me teve. Naquele tempo ela tinha 19 anos. Ela não tinha responsabilidade para cuidar de uma criança ainda. Ela não estava nesta fase. Ela me teve, mas não teve a responsabilidade de me criar. Minha avó que me criou a partir dos três meses. Porque a minha mãe me deixava sozinha em casa, essas coisas assim. E não tinha responsabilidade comigo por causa da idade dela.

A avó costumava viajar até a cidade do Rio de Janeiro para visitar familiares que lá moravam. Em razão da falta de cuidados da mãe de Maria, sua avó por vezes a levou junto, visto que as tentativas de deixá-la com a mãe durante esses períodos de viagem nunca se mostraram uma boa opção.

Uma vez a minha avó estava viajando para o Rio de Janeiro, lá nos meus tios, e uma vizinha teve que escrever uma carta para ela vir tomar conta de mim. Porque a mãe não estava fazendo isso. Não estava fazendo esse papel, essa responsabilidade.

A fala de Maria representa, de certa forma, a relação sobre os papéis femininos na sociedade contemporânea ao falar de sua mãe e sua avó. Acredita-se que é possível compreender a fala de Maria, através da óptica de filha, de uma criança que nunca teve atenção dos pais. Por mais que possamos questionar os papéis tradicionais das famílias, a realidade é que no convívio familiar¹⁰, enquanto grupo social primário, é exercido um papel determinante sobre a saúde mental do indivíduo. A importância existente nessa estrutura simbólica é a forma como cada pai e mãe exercem seus respectivos papéis frente aos (as) filhos (as), isto é, se demonstram comprometimento no cuidado e proteção da criança.

Durante a época das entrevistas, Maria não se sentia acolhida e cuidada por seus pais biológicos, no entanto, o papel de cuidador que era exercido por sua avó foi muito importante para Maria. Sua avó foi a pessoa que ela teve como referência durante seu desenvolvimento. Segundo ela, o carinho e proteção recebidos foram importantes para a sua vida. No entanto, as memórias do sofrimento que sente (sentia) em relação aos seus pais, foi um determinante importante na sua vida.

Considera-se relevante o pensamento de Salvador Minuchin (1993), um dos teóricos mais importantes na abordagem da Terapia Familiar Sistêmica. Ele escreve

¹⁰ Entenda-se "convívio familiar", para além da simples existência de um casal com filhos (as). Salvador Minuchin (1982), através da teoria sistêmica, apresenta a definição de família como uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas, funcionando como matriz do desenvolvimento psicossocial de seus membros.

que na família as recordações do passado são vivenciadas no presente através das relações entre os integrantes do grupo familiar. As lembranças do passado na relação familiar são guardadas nas memórias individuais e são manifestadas, geralmente, no momento do conflito. Além das lembranças positivas, também estão registrados os problemas que podem marcar as experiências individuais e grupais. Portanto, na história pessoal, as trajetórias do grupo familiar marcam a (in) consciência do indivíduo durante sua vida. Esta história vivida pelos integrantes da família está igualmente marcada pelas experiências psicológicas, sociais e ideológicas do grupo social, através do contexto macrosocial.

Maria relata que quando seus irmãos por parte de mãe nasceram, sua avó teve uma conversa com a sua mãe para que esta cuidasse dos seus irmãos. Responsabilidade, que segundo a Maria, sua mãe não teve para cuidar dela. Apesar de morar com a avó, relata que viveu bastante tempo com a sua mãe, já que esta vivia no mesmo terreno. Neste mesmo local morava a sua mãe, a Maria e sua avó, quando a Maria era criança e adolescente.

A gente tinha contato com ela [a mãe], ela sempre morou junto com a gente, mas quem me criava era a minha avó. Depois nasceram os meus dois irmãos. Foi então que a minha avó conversou com a minha mãe, para ela ter responsabilidade em criar eles. Responsabilidade que ela não teve comigo. A minha avó ajudava um pouco, mas já era diferente. A minha avó me pegou para me criar enquanto que os meus dois irmãos ela só ajudava a mãe quando ela tinha um devaneio, assim, de sair, deixar as crianças. Então a minha avó até reparava eles para a minha mãe sair.

Durante a infância, Maria conviveu com o fato de ter duas mães. A mãe que a cuidava (sua avó materna) e a biológica. Para ela, sua mãe sempre foi a sua avó, apesar de saber desde muito cedo sobre a sua mãe biológica. Segundo sua narrativa, até seus nove anos de idade, ela convivia com a mãe como se fosse sua irmã. Ela não tinha conhecimento que aquela pessoa que convivia com ela (além da sua avó) era a sua mãe. Afirma que sempre teve o sentimento de mãe em relação a sua avó, mesmo depois que sua avó conversou com ela e explicou a situação a

respeito da existência de sua mãe. Cláudia Fonseca, analisando a experiência das relações familiares em diferentes culturas, aponta que:

[...] os pais biológicos têm um papel indiscutível: o de fornecer à criança uma identidade social através da noção de filiação biológica. No entanto, outras responsabilidades paternas, tais como alimentar a criança, ensinar e encaminhá-la neste ou naquele ofício, podem ser muito bem realizadas por pessoas que não são os pais biológicos. No modelo conjugal moderno, a grande maioria de responsabilidades paternas se concentra no casal de genitores. Porém, em muitas sociedades as funções paternas são divididas entre diversos “pais” e “mães”. Estes, considerando que o bem-estar da criança é inseparável do bem-estar do grupo, teriam dificuldade em compreender preocupações sobre a “formação psicológica” da criança (FONSECA, 1998, p. 71).

Os estudos de gênero, através dos escritos de Badinter (1985) problematizam a questão do amor materno, entendendo-o como uma construção social e cultural e negando a relação do instinto ou determinismo biológico nessa relação. Considera que a sacralização da figura de mãe é uma forma de reprimir o poder e autonomia da mulher, a partir da construção de um discurso que a culpará e a ameaçará caso não cumpra o seu dever materno dito natural e espontâneo.

Esta autora critica a questão do papel feminino contemporâneo, onde a mulher está "condenada" a ser feliz pelo fato de ser mãe. Critica a compreensão de que a mulher teria uma pulsão irrevogável para cuidar do filho. A criação do mito do amor materno natural e instintivo poderia ser classificado como mais uma tecnologia de gênero, segundo a autora. Assim, a maternidade não seria um fenômeno inerente a condição feminina.

A questão da maternidade foi alvo principal das críticas feministas para compreender as relações de gênero. A própria Psicologia é alvo de críticas, pelo fato de compreender que os papéis familiares do "pai" e "mãe" são importantes para o desenvolvimento psicossocial da criança.

Considera-se válido pensar na questão da construção social de papéis relacionados aos homens e mulheres, no entanto, enquanto a sociedade não muda,

estes papéis são importantes na formação da subjetividade dos indivíduos. Isto não quer dizer que temos que condenar aqueles pais que não desempenham estes papéis. Simplesmente ressaltar que é importante considerá-los na construção da nossa subjetividade, sem juízo moral ou de valor.

No caso de Maria, se fosse possível analisar a trajetória de vida de sua mãe, provavelmente se encontraria uma história de vida sofrida. Mesmo sem saber desta história, amparados no conhecimento atual sobre as relações sociais e étnicas na primeira metade do século XIX, se pode imaginar que sua vida, provavelmente, teve uma série de obstáculos.

Segundo a sua narrativa, Maria sofreu pelo fato de sua mãe não ter exercido o seu papel de cuidadora.

O sentimento de mãe que eu tinha mesmo era com a minha avó, como até hoje. Mesmo agora que ela não está entre nós eu tenho este sentimento por ela. Claro que eu gostei da minha mãe, embora a gente discutia muito. Eu amei ela. Só que o meu sentimento era muito confuso. Porque tinha horas que eu achava, que eu pensava que eu nem gostava mais dela, de verdade. Porque a gente discutia demais.

O relato de Maria sobre a relação com a sua mãe e a sua avó nos apresenta a importância, para além de todas as críticas, do papel que os pais desempenham na vida de seus filhos durante a infância. A própria psicologia comportamental apresenta teorizações sobre as formas de relacionamentos sociais, baseadas na aprendizagem e nos padrões de comportamentos.

As memórias de Maria apresentam um importante componente sobre o sofrimento durante a infância: as constantes brigas e discussões com a sua mãe. Não é difícil entender, a partir do ponto de vista de Maria (se é que isto é possível), que sua mãe mantinha uma relação violenta com ela. Em muitas passagens das entrevistas, ela faz referência a este período com a sua mãe. As agressões verbais, de acordo com a perspectiva de Maria, trouxeram (e ainda trazem) grande sofrimento.

Ela discutia demais comigo e eu não ficava quieta. Eu rebatia e revidava as discussões. Porque me machucava muito as coisas que ela me dizia. Eu já me irritava e ficava pensando: Ela me abandonou, não me criou e agora ainda tá judiando de mim? Então eu revidava as discussões dizendo isso para ela: tu não me criaste, eu não gosto de ti, tu só me maltratas. E ela me dizia bastante coisa: “que eu não deveria ter nascido, que eu era uma saraá do inferno”. Essas coisas bem fortes. Dizia bastante nomes também, me chamava de um monte de coisas e eu dizia que era ela. Com a minha avó já foi bem diferente. Ela me deu carinho, me deu amor, me criou para eu ter uma base bem feliz e segura.

Atualmente, as agressões verbais repetidas e rotineiras são identificadas como violência psicológica. Esta violência, em quase todos os casos, está relacionada com a conjugalidade. No entanto, neste trabalho, se considera a relação de Maria com a sua mãe através deste conceito.

De maneira ampla, a violência psicológica é entendida como “desvalorizações, críticas e humilhações, gestos de ameaça, condutas de restrições quanto à vida pública, condutas destrutivas frente a objetos de valor econômico ou afetivo e a animais de estimação” (ROVISNKI, 2004, p.7). Saffioti (2004), em relação a violência doméstica conjugal, chama a atenção para o fato de que as mulheres conseguem superar de maneira mais satisfatória a violência física (pontapés, empurrões, tapas) do que as humilhações e agressões verbais. Considerando a história de Maria, a violência sofrida enquanto ainda era criança deixou marcas permanentes em sua subjetividade. Em todas as entrevistas realizadas foram mencionadas as violências de sua mãe, como um traço marcante em suas lembranças. Suas memórias da infância estão relacionadas a estes acontecimentos, que se apresentam como um tema central.

Considerando o pensamento de Silva, Coelho e Caponi (2007), a violência psicológica é uma categoria que é negligenciada. De maneira geral, a violência física (por se tratar de uma agressão visível, e em alguns casos, fatal) é o principal expoente quando pensamos em violência contra a mulher. Isto deve-se ao fato inerente a esta forma de violência, a visibilidade, e também a extensa literatura desenvolvida sobre o tema da violência física contra a mulher.

A violência psicológica é invisível, e por isso parece ser um fenômeno difícil de ser compreendido, o que gera uma escassez de estudos sobre o tema. A literatura sobre o tema da violência física ou da violência psicológica gira em torno da relação conjugal. No entanto, na vida de Maria, esta forma de violência invisível teve como responsável a sua mãe biológica.

Ao falar de adolescência, Maria conta que teve um relacionamento, que “*se amigou cedo*”, (com quatorze anos) e logo depois veio a ter um filho, que faleceu com onze dias de vida. Nessa mesma época perdeu sua avó, em 1989:

Eu engravidei cedo, fiz o pré-natal e estava feliz porque eu estava grávida. Eu descobri que estava grávida com cinco meses de gestação. Eu era bem magrinha e não botei muita barriga. E as minhas “regra” [menstruação] continuavam descendo. Porque naquele tempo acreditavam que quando a mulher estava grávida ela não menstruava. Comigo foi diferente. Eu engravidei e continuei menstruando, por isso eu achava que não estava grávida. Para mim eu não estava grávida. Foi a minha mãe que dizia: “Maria, tu estás grávida!”. Eu dizia que não estava porque as minhas regras estavam descendo. Até que um dia ela disse que ia me levar no médico porque tinha certeza que eu estava grávida. [...] Perdi o meu filho depois de nascido, com 11 dias de vida porque ele teve uma convulsão [convulsão]. [...] Então ele veio a falecer. [...] Eu já tinha dezesseis anos. Foi quando que eu perdi a minha avó também, em setembro de 89 [1989]. Eu perdi meu filho em julho e a minha avó em setembro. Depois disso que eu comecei a viver sozinha, só com companheiro, sem a minha avó.

Em relação às memórias da infância, estas estão relacionadas com situação de sofrimento. Em diferentes trabalhos que abordam usuários dos serviços de saúde mental, suas memórias estão relacionadas com situações de violência e/ou sofrimento no convívio familiar. Em pesquisa realizada sobre a história de vida de mulheres com depressão, Vieira (2005) identificou a infância como uma fase difícil da vida, de acordo com as suas entrevistadas. Em seu trabalho, a autora destaca as experiências traumáticas na infância de acordo com a história de vida das entrevistadas do seu estudo. Além disso, estas relataram a vida em um ambiente hostil, com dificuldades financeiras, carências ligadas a alimentação, relacionamento ruim com os pais e sensação de insegurança. A infância é um período importante da

vida do indivíduo, onde torna-se membro de uma determinada sociedade, através de um processo dialético entre interiorização e exteriorização. Para Berger e Luckman (2009) este processo se dá como forma de apreender o mundo como uma realidade social dotada de sentido, onde o indivíduo recebe uma série de influências do mundo social e interage com o mundo exterior de acordo com a forma com que interpreta a realidade em sua volta.

Segundo a narrativa de Maria, sua mãe tinha uma relação diferente com ela do que a que tinha com seus irmãos. Sua irmã mais nova, apesar de ser sujeitada a fazer tarefas domésticas ainda criança, não sofria com as constantes brigas e provocações da mãe. Segundo ela, seu irmão não lidava com as "perseguições" da mãe. Maria relata que ele era defendido e protegido desde criança pelo fato de ser homem. Ela e sua irmã sofriam mais pelo fato de serem mulheres: *"no meu irmão ela passava a mão por cima. Mesmo nas coisas que ele fazia quando criança, errada ou não, ela sempre o defendia, porque ele era o único filho homem"*. Sobre a infância, sua memória é que *"foi uma infância boa, feliz, até os catorze anos."*

Que a minha mãe, desde criança, a gente nunca se deu bem. Vai fazer quinze anos agora em novembro [de 2011] que ela faleceu [...]. Dos meus catorze anos até antes de ela falecer, era muito pesada a convivência com ela. Porque ela sempre discutia comigo e eu revidava. A gente nunca se acertou direito. Para não dizer nunca, no dia do meu aniversário ela dava uma trégua, me dava parabéns... essas coisas assim... dava presentinho (uma coisa assim, um perfume, uma coisinha), mas dentro de casa mesmo, as discussões, a turbulência, era com ela!

Os relatos sobre a história de vida em saúde mental são fortemente relacionados com as memórias afetivas. A história da dor pessoal está marcada na memória das colaboradoras. Durante muitos anos Maria conviveu com as memórias da violência sofrida, das constantes agressões psicológicas que sofria da sua mãe. Este fato é muito importante na história da sua vida, mesmo sendo um fato restrito ao período da infância e início da adolescência. Sua memória deste período da vida está vinculada à emoção. Como forma de lidar com este afeto, Maria desenvolveu

além da doença (depressão) algumas formas positivas de lidar com o sofrimento, como escrever poesias e pensamentos em alguns cadernos.

Na infância, ainda com dez anos, Maria desenvolveu o hábito de escrever aquilo que pensava em cadernos (intituiu de “*seus pensamentos*”). Ela continuou com esse hábito por muitos anos, principalmente nos momentos em que estava mais fragilizada por problemas emocionais. Apesar de ter alguns cadernos guardados, ela relata que não possui mais os cadernos do período em que era criança. Alguns se perderam e outros foram deteriorados pelo tempo ou por outras situações. Conta que suas amigas constantemente solicitavam a ela para que escrevesse declarações ou frases de amor para que elas enviassem aos namorados. Apesar de suas amigas dizerem a Maria que as coisas que ela escrevia eram poemas, Maria não gostava deste rótulo. Para ela o que registrava no papel eram os seus pensamentos, coisas que ela sentia, vivia ou gostaria de dizer.

Agora os cadernos que eu tenho, são de agora, deve ser de 2007 pra cá. Porque os outros mesmo, até muitos cadernos as gurias pegavam, minhas amigas que moram longe, pegavam e não me entregavam mais. Eu sou assim, o que eu escrevo agora [...] Elas dizem que é poema. Eu digo que não é poema. É meu pensamento, e escrevo ali. Ai invento um título e vou escrevendo, né? Vamos botar, uma suposição assim: ‘Meu amor’, e dali eu faço um texto, relativo ao meu amor. Tem um monte de coisa lá nos meus cadernos. ‘Porque sem você’, ‘com você’ [...]. Eu ia escrevendo. Só que se eu escrevo aquilo ali, eu tenho que guardar. Eu escrevo agora, ai daqui a pouquinho, no mesmo instante, passa. Quanto eu termino um caderno já vou fazer outro. Mas não escrevo as mesmas coisas, é outro texto, outra coisa que eu to escrevendo.

Maria relata a dificuldade em manter os registros da sua memória. Na tentativa de transferir os “seus pensamentos” escritos de um caderno antigo para outro novo, ela acabava por reelaborar o que já havia escrito. Para ela, isto era um pouco incompreensível, já que transformava o pensamento já escrito em algo novo. Talvez este fato seja reflexo da alteração da sua subjetividade, que consegue reelaborar a história de sua vida de acordo com a situação atual.

Eu tenho um caderno que é bem velhinho, que eu tô reservando em sacolinha, já caiu capa, já caiu tudo. Já teve até mofadinho. Mas eu nem passei a limpo pra outro caderno, porque se eu tô escrevendo a limpo, aí já vem outras coisas novas na minha cabeça. Aí aquilo ali que eu escrevi, invés de copiar, já vem outras coisas novas. Até agora eu não tenho escrito nada. Parei de escrever. Não que eu não goste. Mas eu parei. Só esses que eu tenho guardado. Até um eu escrevi quando eu tava em depressão, passando pelo psicólogo, aí eu escrevia de noite, escrevia muito. Acordava de madrugada e vinham umas coisas na minha cabeça e eu pegava e escrevia. Eu descrevia o que eu tava passando, o que eu tava sentindo. No período que eu tava no psicólogo veio muitas coisas na minha cabeça. As coisas da minha mãe, eu tinha sonhos. Então tudo eu escrevia ali no caderno, sabe? Aí, eu tenho eles guardado.

Joël Candau (2006) aborda os diferentes dispositivos utilizados pela humanidade para manter presente e registrada a memória, entre eles, as imagens, os sons, as palavras, os objetos, entre outras coisas. Dessa forma a memória se mantém ligada à noção de tempo e espaço. Maria associa aspectos da sua vida, sua lembrança, através da utilização dos seus cadernos, da organização dos seus pensamentos em palavras escritas. Candau (2006) considera o fato de que raramente as recordações se movem no mesmo ritmo. Isto é possível de ser identificado nas narrativas deste trabalho. Algumas memórias estão mais presentes nos relatos do que outras; algumas estão tão presentes na vida atual das colaboradoras que predominam nos relatos orais. A narrativa da memória é a transição entre a representação do passado e a expectativa do futuro. Neste caso, a expectativa de futuro é escrever uma nova história de vida para além do sofrimento registrado no passado, porém, o passado ainda determina uma grande parte da história individual.

De acordo com a fala de Maria, ela e a mãe sempre tiveram uma relação conturbada. Por muitos anos ela sofreu com as condutas da mãe diante dela. Além do sofrimento de Maria pelo fato de não ter uma boa relação com a sua mãe, a perda do filho foi um fator importante, segundo sua narrativa, para o início de sua tristeza.

A partir desse dia eu piorei muito [morte do filho]. Eu não queria ver ninguém e eu não queria falar com ninguém. Nem o meu marido eu queria que chegasse perto de mim, eu queria só ficar quieta trancada no quarto chorando, delirei bastante. Via coisas, não comia. [...] Entre

os 16 e 19 anos eu fiquei muito mal, delirando, em crise muito forte. Eu não tinha tratamento nenhum, nem no postinho, nem aqui no CAPS. Então eu fiquei só sozinha com meus delírios, com as minhas coisas. Eu não sabia o que era aquilo que eu tinha, mas já era a minha depressão. [...] Nesta época eu já estava separada. Mesmo assim eu continuava muito triste, me escondendo das minhas amigas, não queria conversar ou falar com ninguém, só ficava chorando, emagreci muito porque eu não queria comer.

Em relação ao início do sofrimento psíquico, sua narrativa apresenta a questão do isolamento social como consequência do surgimento da "depressão". O processo de saúde-doença que vivenciou neste período, fez com que Maria se afastasse das pessoas. A Reforma Psiquiátrica teve (tem) como papel primordial combater o isolamento social produzido pelos manicômios, ou seja, combater a instituição que aprisionava as pessoas com sofrimento psíquico sob o pretexto de oferecer cuidados terapêuticos. A memória de Maria, sobre sua história de vida neste momento (adolescência), está relacionada ao fato de ter se isolado do contato social. Ela relata que seus amigos e familiares, constantemente, procuravam por ela na tentativa de ajudá-la, mas ela preferia ficar sozinha.

Esta ligação entre isolamento social e memória também está relacionado com as vivências familiares. Maria sentia-se abandonada por seus pais, ou seja, isolada do contato afetivo. Dessa forma, o fato de ter sido criada pela avó, apesar de conhecer seu pai e sua mãe, é marcante na narrativa de sua vida: *"[...] porque isso aí me afetava bastante: pra gente isso é abandono – não fui criada com pai e mãe, né? Só com a avó! [...]".* A Maria faz referência a este fato em diversos momentos. O fato de ter um relacionamento muito ruim com a mãe também está presente. Maria procura uma explicação para a condição de sua mãe e a forma com que esta a tratava:

A minha mãe era bem nervosa, ela tinha problema de nervos, depressão. Só que ela nunca se tratou... nunca, nunca! Com nada! Não tomava remédio, nunca foi em psicólogo - nada disso! Mas ela era muito nervosa, sempre foi. Na infância dela ela teve tudo da minha vó e do pai dela. Foi sempre muito mimada, porque dos dezoito filhos que a minha vó teve, dezessete eram homens e só ela era menina. Então, quando ela nasceu, foi tratada como uma rainha, uma princesinha!

A fala de Maria incorpora o discurso da medicalização do sofrimento psíquico¹¹. Para ela a medicação é uma ferramenta determinante no controle dos sintomas da loucura. A partir desse ponto de vista, uma série de críticas sobre o fortalecimento do modelo biopolítico dentro da Reforma Psiquiátrica brasileira têm sido produzidas. A medicalização foi a principal forma terapêutica utilizada nos hospitais psiquiátricos, dessa forma, a continuidade desta prática como forma prioritária de tratamento, contradiz os fundamentos da atenção psicossocial e a lógica modelo de atenção comunitária. A fala de Maria, provavelmente, é resultado dos processos de subjetivação que os serviços e/ou profissionais de saúde exercem sobre a população - dentro ou fora da atenção psicossocial.

"O projeto medicalizante não é só ideológico, mas também político" (CALAZANS; LUSTOZA, 2008, p. 128). Nessa perspectiva, dentro do modelo de atenção psicossocial, parece que é fortalecido o entendimento da medicação como uma "possível cura" para os transtornos mentais¹². A fala de Maria defende a noção de que sua mãe poderia ter melhorado a sua situação de saúde se tivesse sido medicalizada. O uso de psicotrópicos não é alvo de crítica nesta análise, mas sim a representação social da sua eficácia absoluta que está sendo imputada no pensamento dos atores sociais, sejam eles "loucos" ou não. A banalização do uso de medicamentos psicotrópicos, como ansiolíticos, atinge uma parcela significativa da população no Brasil e no mundo, sendo entendido com um processo de medicalização social.

A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização

¹¹ A medicalização designa um esforço para conceber a patologia mental tomando como modelo a patologia orgânica (CALAZANS; LUSTOZA, 2008).

¹² Cabe ressaltar que a restrição psicoterapêutica ao uso da medicação contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica, considerando que nos manicômios, na maioria dos casos, esta era a única forma de tratamento.

acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER; BARROS, 2008, p. 915).

Maria descreve a época de sua adolescência através de um paralelo com sua condição de vida atual. A narrativa sobre o passado apresenta um tom de culpa pelos fatos vividos. Em relação ao seu companheiro da época, menciona que não sentia necessidade de cuidar da casa e do marido, embora na sua concepção atual, esta responsabilidade deveria ter sido dela.

Mas com o meu marido eu era meio brigona. Às vezes eu não queria fazer as coisas porque eu achava que eu não tinha que lavar roupa ou limpar a casa todos os dias. Eu não estava com essa fase feita na minha cabeça, que aquilo ali era uma obrigação, no caso, de uma esposa, de uma mulher casada. Então a gente brigava muito. Mas ele também era muito meu amigo. Não era briga assim, de ele me ofender. Era eu que resmungava: “eu não vou fazer, eu não quero”. Às vezes eu já me irritava, chorava (que também eu sou muito chorona, em certas ocasiões assim, eu falo, e quando vê, eu estou discutindo algum assunto, quando vê, eu já choro junto). Mas nada grave, ele é meu amigo até hoje. Ficamos juntos sete anos [...]. Eu era meio arredia pra fazer as coisas. Mas depois eu fui entendendo tudo e fazendo. Vivemos sete anos bem.

A investigação da restrição social da mulher ao espaço doméstico foi o foco principal nos estudos de gênero. Estes estudos têm questionado o papel da mulher e a condição feminina na atualidade. As novas configurações sociais, através da redefinição de papéis, procuram minimizar as estruturas culturais das relações de gênero assimétricas. As construções culturais, baseadas nas diferenças anatômicas entre os sexos, mantiveram padrões hierárquicos, fortalecendo as desigualdades nas relações sociais (SAYÃO, 2003). Na história de Maria, podemos perceber que ela não aceitava este papel social imposto, sobre "como ser" mulher, de ter como função principal a responsabilidade pelo cuidado doméstico. Estas concepções, construções sociais, indicam uma suposta inferioridade feminina, delegando as mulheres um papel situado na esfera doméstica e reprodutiva, amparadas em

relações de poder assimétricas entre homens e mulheres. "Seu papel social de 'cuidadora' confere-lhe uma posição hierárquica inferior em relação aos homens publicamente ativos e provedores" (SAYÃO, 2003, p. 123).

Pensando na ambiguidade do papel feminino na sociedade contemporânea, ou seja, a relação entre o público e o privado, Saffioti (1984) considera que na família são segmentadas as relações de poder assimétricas.

Sua própria socialização [da mulher] faz-se de maneira extremamente ambígua, o que representa uma enorme desvantagem em relação ao homem. Os aparelhos ideológicos de Estado - meios de comunicação, igreja, sistema educacional e, sobretudo, a família - encarregam-se de fazer penetrar na consciência feminina esta ambiguidade tão útil ao sistema de produção capitalista (SAFFIOTI, 1984, p. 22).

Em relação à família de Maria, de acordo com a sua história de vida, sua família não teve a formação tradicional, sendo seu relacionamento com o pai praticamente inexistente. Narrando sobre a relação dela com o pai, conta que ele morava na mesma rua que sua mãe e ela moravam – praticamente na casa da frente. O pai nunca esteve presente na sua infância e só veio a ter contato com ela já no início da adolescência. Antes de falar sobre seu pai, relata o sentimento dela quando criança, ao ver os colegas do colégio que tinham pai ou mãe, enquanto ela era levada pela avó. A contar sua história, procura deixar claro que não é mal agradecida pelos cuidados que recebeu da sua avó, mas que a presença dos pais nesta fase de sua vida era algo que ela considerava importante. Seu pai a procurava esporadicamente tentando conversar com ela, porém, ela não aceitava a figura paterna porque o considerava como um estranho até o início de sua adolescência.

Quando eu tinha catorze anos ele me escorou na parede, chegou em mim e disse: "Não Maria, vamos conversar! Tu não é mais criança! Eu sou teu pai. Eu não te assumi, mas não foi nada contigo. Eu e a tua mãe não fomos casados - foi só um momento que aconteceu entre nós dois, uma aventura, e ela engravidou de ti. Não diz que eu não sou teu pai. Eu sou teu pai, eu gosto de ti! O que tu precisar e o que tiver ao meu alcance (não tenho muito pra te dar) mas tu pode

contar comigo. As portas da minha casa estão abertas pra ti". E dali nós fizemos a nossa amizade. E até hoje, está tudo bem.

Esta época, da adolescência, é a fase onde alguns temas centrais que aparecem em toda a entrevista se entrecruzam de maneira explícita nos relatos de diferentes entrevistas. A relação conflituosa com a mãe (e a própria fragilidade desta – que apresentava uma perturbação aparente através do relato da entrevistada), a falta do pai durante toda a infância e que aparece no início da adolescência se apresentando para a Maria, o primeiro relacionamento (namorado e/ou companheiro), a gravidez do filho que veio há perder alguns dias após o nascimento e o aparecimento dos primeiros sintomas de transtorno mental: isolamento, irritação, falta de interesse nas atividades diárias, excesso ou escassez de sono, delírios e alucinações.

Eu me trancava no quarto e ali eu não queria falar com ninguém [...] no momento era como se eu ficasse de mal com todo mundo. O mundo inteiro. Fiquei muito abalada. Não me dava vontade de fazer nada. Ficava no quarto, chorava. Não queria falar com ninguém. Quando queriam falar comigo eu não queria falar. {...} Eu nunca fui internada no Espírita (Hospital Espírita). Mas eu tive crises, de não dormir, de não comer, de só chorar, de me trancar. Eu já tentei me matar uma vez. Então tudo assim, em consequência da depressão que eu tive! E veio me afetar mais depois que eu perdi meu filho. Dos dezesseis anos pra cá. Acho que dali eu comecei a enxergar coisas, a delirar. Foram várias coisas assim. Em relação à depressão que eu tive. Dos dezesseis anos pra cá. Agora faz uns dois anos que eu estou bem. Mas estou bem em tratamento, tomando os remédios. Se eu não tomo, eu roo muito as unhas, chego a tirar sangue dos dedos de tanta ansiedade.

Os problemas sociais somados a redução dos recursos a assistência em saúde mental e poder biomédico tornam o processo de medicalização importante, difundindo a ideia do uso indiscriminado destas drogas, como já citado anteriormente. Os psicotrópicos transformam-se em uma espécie de "muleta social", amparando os indivíduos, que ficam presos a medicação, restringindo suas possibilidades de autonomia frente às dificuldades implícitas ao transtorno mental.

No que diz respeito às mulheres de menor nível socioeconômico, alguns autores (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; OLIVEIRA, 2000) analisam esse processo de medicalização, como resultado do relacionado com as precárias condições de vida e não efeito de um problema de saúde mental. Além disso, nas camadas populares o acesso a outras formas terapêuticas são escassos, considerando o custo e também a necessidade de acompanhamento contínuo e por longo período, onde a aderência às psicoterapias se torna restrita. Considerando as pessoas com melhor nível socioeconômico, o uso de medicamentos psicotrópicos serve como um modo de minimizar e mascarar as dificuldades enfrentadas no cotidiano: "ansiolíticos durante o dia, sonífero à noite e estimulantes pela manhã" (PEREIRA, 2007, p. 116).

Algumas vezes, a demanda individual e particular, solicita o tratamento exclusivamente medicalizado, evitando o enfrentamento das questões subjetivas. Essa configuração é sustentada pela ideologia de uma sociedade científico-mercadológica e pela oferta crescente de medicamentos (KEHL, 2009).

Neste período da adolescência que iniciam os sintomas de transtornos psicológicos, Maria descreve como se em determinados momentos ela vivesse cercada por uma parede de vidro.

Parecia que tinha uma parede, assim, sabe? Uma parede de vidro e as pessoas de outro lado. Até quando eu estava quieta. Ai eu pegava os meus cadernos e escrevia (que eu gosto muito de escrever). Escrevia umas poesias, uns pensamentos, né? [...] Mesmo no meio dos meus amigos, com eles conversando comigo, eu praticamente não ouvia nada (até umas coisas eu respondia) e na verdade mesmo, eram eles ali do outro lado da parede e eu aqui. Parecia que não tinha ninguém, que eles não estavam ali, que eu não estava junto na conversa com eles. Eu ficava escrevendo. Eu tinha essa mania. Porque na verdade eu comecei a me tratar com vinte poucos anos pra cá. Mas na verdade eu já tinha um problema de depressão desde criança por ter passado por tudo isso com a minha mãe e com meu pai longe de mim. Embora com ele eu não tenho esse ressentimento que eu tinha da minha mãe. Com a minha mãe a gente nunca teve uma conversa, sempre foi aos gritos, aos berros – sempre era uma discussão.

Segundo Maria, o aparecimento da depressão está relacionado com a falta de carinho dos pais na sua infância. As discussões com a mãe estão sempre presentes nas entrevistas.

As relações entre o passado e o presente se articulam na construção da narrativa sobre as memórias de vida de Maria e as memórias se confundem com a tentativa de traduzi-las em palavras. Na época da entrevista, Maria estava com alguns problemas em relação ao seu irmão que também é usuário do CAPS, pelo fato de que, mesmo em tratamento, ele estava agressivo e ela teria que cuidar dele sozinha, sem a ajuda da irmã. Este fato do presente se conecta com a memória de seus tempos de criança, quando a sua mãe biológica deixou de cuidá-la e as memórias emocionais, com o sentimento de abandono aparecem nas narrativas.

A memória do abandono e isolamento são presentes nas histórias de vida de indivíduos com transtornos mentais. Os hospitais psiquiátricos materializam a questão através dos procedimentos visíveis de aprisionamento dos sujeitos. Na atualidade, a partir da Reforma Psiquiátrica, este processo se dá de maneira mais sutil. A exclusão dos indivíduos com transtornos mentais não é mais visível, porém ainda existe nas relações sociais. Maria tem um círculo social restrito a alguns membros de sua família, amigos de infância e aos outros usuários do CAPS. Weyler (2006) chama a atenção para este fato através do conceito de desenraizamento, ao falar da trajetória de vida de ex-pacientes psiquiátricos. Trata-se de uma importante problemática [...] e seus estreitos laços com a historicidade desses sujeitos e suas experiências de perda dos suportes materiais da memória [...] (WEYLER, 2006, p. 385). A exclusão e o isolamento dentro da Reforma Psiquiátrica é simbólica e invisível. No manicômio as experiências e representações dos pacientes, seus elos com a família e a sociedade eram rompidos e visivelmente detectados.

Então eu fiquei só, sozinha com meus delírios, com as minhas coisas. Eu não sabia o que era aquilo que eu tinha, mas já era a minha depressão. Com o passar do tempo, quando eu tinha uns 20 anos, tinha vezes que eu me sentia um pouco melhor. Nesta época eu já estava separada. Mesmo assim eu continuava muito triste, me escondendo das minhas amigas, não queria conversar ou falar com

ninguém, só ficava chorando, emagreci muito porque eu não queria comer.

Além da restrição no convívio social, a carência de serviços de saúde mental são fatores importantes para entender a história de vida de Maria e o agravamento dos seus sintomas. Ela relata que não havia serviço e/ou profissional especializado para que ela pudesse ter acesso.

Desde os meus dezenove anos para cá, eu fiquei assim. Até antes de eu vir aqui para o CAPS, antes de eu passar pelo psicólogo. Eu passei, mais ou menos, uns dez anos assim. Parecia que tinha uma parede de vidro e eu sempre de um lado e as pessoas de outro. Não importava quais pessoas fossem, meus amigos ou não. Sempre. Até mesmo nos bailes. Eu ia e me divertia. Mesmo com bastante gente na volta, num baile ou num lugar assim, eu me sentia como se eu tivesse sozinha, num lugar só. Como se aquelas pessoas não estivessem ali. Estivesse somente eu. Eu vivi bastante tempo assim.

A reabilitação psicossocial vai para além da oferta e qualidade dos serviços de saúde mental:

Configura-se como conjunto de estratégias direcionadas a aumentar as possibilidades de trocas, a valorização das subjetividades e a proporcionar contratualidade e solidariedade, ultrapassando, assim, a mera implantação das redes de serviço (PEREIRA, 2007, p. 2).

Na época em que a Maria precisou de atendimento, este conceito de reabilitação social ainda não era discutido da forma como é na atualidade. Ela relata ter recebido um atendimento psicológico muito importante para a sua qualidade de vida naquele momento. Em vários momentos relatou a importância deste atendimento no momento tão crítico de sua vida.

A partir desse dia, o Dr. Marcelo, o psicólogo, começou a me atender. Foi nesse dia que eu comecei a melhorar bastante. Eu só conversava com ele, não tomava remédio nem nada. Eu fiquei fazendo tratamento com ele por cerca de dois anos e meio, três anos. Foi muito bom, ele me ajudou bastante com esse negócio da

minha mãe não ter me criado, porque isso me afetava bastante. Eu sempre me senti abandonada pela minha mãe, não fui criada com pai e mãe, só com a minha avó. Tudo isso eu tinha fechado dentro da minha cabeça e hoje eu tenho mais aberto. Em relação ao meu filho eu não falava mais a respeito dele porque eu não conseguia. Quando as pessoas vinham e me perguntavam: “Maria, tu teve um filho”? Maria, um dia tu já foste mãe? Era só falar isso para mim que eu já chorava muito, ficava irritada. Eu não queria tocar nesse assunto e saía de perto das pessoas. Então o Psicólogo me ajudou bastante em relação a isto também. Um tempo depois eu fiquei um tempo sem falar com o Psicólogo porque ele não estava mais lá no postinho e não tinha outro Psicólogo lá. Eu comecei a ficar muito mal de novo. Então ele voltou lá no postinho para conversar comigo e me explicou que ele não ia mais trabalhar lá e me transferiu aqui para o CAPS.

Em relação às restrições sociais, como o acesso e utilização dos serviços de saúde, a dificuldade em ter acesso ao mercado de trabalho limita a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental. Grande parte dos usuários dos serviços depende do auxílio financeiro da família ou do governo. Além disso, a renda média da maioria dos usuários não ultrapassa um salário mínimo. Há evidências na literatura científica de que existe uma relação entre nível socioeconômico e saúde (física ou mental), isto é, quanto maior o nível socioeconômico, melhor a situação de saúde (o contrário também é verdadeiro). As pessoas com pior situação socioeconômica tem, aproximadamente, duas vezes mais chance de ter algum problema de saúde do que aquelas em melhor condição socioeconômica (DOHRENWEND, 1990; NAJMAN, 1993; BARTLEY; OWEN, 1996). A situação socioeconômica, suporte social e comportamentos (cuidados) relacionados a saúde tem efeitos independentes, mas os três componentes, quando escassos, isto é, centralizados no pior extremo, tendem a potencializar piores condições de saúde (física e mental). Pessoas com pior condição socioeconômica tem maior probabilidade de ter menor nível de educação, piores condições de moradia, diminuição do acesso a serviços de saúde e menor suporte social. Soma-se a isto o fato de serem mais expostas a comportamentos e hábitos relacionados com uma série de agravos a saúde, como alcoolismo, tabagismo, pior condição de alimentação, entre outras condições (OMS, 2001).

Eu nunca tive sorte para serviço, sempre fiquei mais desempregada do que empregada. Então eu me amiguei várias vezes, quero dizer, namorei 5 vezes. Então eu vivia casada, fazia o serviço de casa, não saia para trabalhar. Eu fazia algumas faxinas quando aparecia. Eu fazia as faxinas e voltava para dentro de casa. Fazia as coisas direitinho dentro de casa como eu faço até hoje.

Ao contrário do que acontece entre os homens, a inserção da mulher no mercado de trabalho é limitada por uma série de fatores culturais e sociais, além disso, também se deve considerar as responsabilidades domésticas e familiares, tendo o emprego que ser adaptado às suas outras funções (JOSHI, 1990). Entre as mulheres são encontradas as maiores taxas de desemprego (HAMMARSTRÖM ET AL., 1988) e, nos países de baixa renda, são frequentemente encontradas trabalhando no setor informal da economia (MACHADO, 1991).

Entre os indivíduos com transtorno mental, esta situação de subemprego é ainda mais evidente. Um dos grandes desafios a rede de saúde mental é a inserção das pessoas com sofrimento psíquico no campo de trabalho. A redução do preconceito da sociedade por aqueles indivíduos com problemas de saúde mental tem sido alcançada através das políticas públicas do setor, no entanto, os indivíduos ainda ficam restritos ao convívio familiar e institucional, dentro dos serviços de saúde mental, restritos ao mercado de trabalho cada vez mais excludente.

As famílias dos usuários, por diferentes motivos, são afetadas e sentem-se sobrecarregadas na prestação de cuidados a este familiar (PEGORARO, CALDANA, 2006; ROSE, MALLINSON, GERSON, 2006; BANDEIRA, BARROSO, 2005; MAGLIANO et al., 2005; LOWYCK et al., 2004; KING et al., 2003; LAUBER et al., 2003; FUREGATO et al., 2002; MELMAN, 2002).

Rosa (2005) aponta que as famílias mais pobres, além da problemática relacionada com a saúde mental, apresentam dificuldade de convivência com este familiar. Além da pobreza, vivenciam a exclusão social. Discurso recorrente por parte dos profissionais de saúde envolveria afirmações taxativas quanto à desorganização das famílias de camadas de baixa renda, sem a preocupação de conhecer seu cotidiano e seus recursos emocionais e financeiros para o exercício do cuidado. Não

conseguindo a sua subsistência, esta população teria poucas condições para encarregar-se de um cuidado domiciliar de parentes que, além de não gerarem renda, demandam cuidados especiais.

De acordo com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, o processo de Reforma Psiquiátrica requer a implementação de políticas públicas que garantam e consolidem a criação de Programas de Geração de Renda e Trabalho e de Cooperativas e Associações de Usuários. A criação do projeto de Inclusão Social pelo Trabalho, pela Coordenação Geral de Saúde Mental, visa à implementação destas diretrizes.

A economia solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade (BRASIL, 2005b, p. 11).

Tais alternativas (ocupação informal e economia solidária) tornaram-se respostas comuns para um conjunto de trabalhadores/trabalhadoras excluídos do mercado formal e que encontraram em variadas formas de atividade econômica, com diferentes arranjos produtivos e institucionais (legais), possibilidades concretas de geração de trabalho e de renda. Um seminário realizado pelo Ministério da Saúde do Governo Federal brasileiro, em parceria com o Ministério do Trabalho (BRASIL, 2005b), pôs em relevo a necessidade de construir mecanismos de fomento e de apoio a iniciativas de economia solidária, como uma estratégia de desenvolvimento da autonomia dos usuários dos CAPS. Os relatos apresentados no seminário, provenientes de municípios diversos do território brasileiro indicam uma rápida disseminação de experiências de inserção laboral como parte da estratégia de inclusão social dos portadores de distúrbios psíquicos. Dentre essas experiências destacam-se: (i) a qualificação para o trabalho autônomo, (ii) o apoio à formação e assistência de grupos de economia solidária e (iii) a inserção laboral de doentes

mentais em situações de trabalho assalariado ou associado (em iniciativas de economia solidária).

Em pesquisa realizada por Gigante (2011) com as oficinas de Geração de Renda cadastradas junto ao Ministério da Saúde, a autora concluiu que "estes serviços não fazem parte da política de saúde mental dos municípios" (GIGANTE, 2011, p. 35). Em relação ao perfil da remuneração dos usuários das oficinas de geração e renda, aproximadamente metade destes (42%) recebiam um complemento de rendimento (aposentadorias e pensões), 22% relataram complementação de recursos recebidos por doações ou programas e apenas 14% disseram que a oficina de geração e renda era sua principal fonte de renda (GIGANTE, 2011, p. 45).

Considerando estes resultados, é possível concluir que, além do restrito número de serviços de saúde mental que estão vinculados as oficinas de Geração de Renda, entre aqueles usuários que têm a oportunidade de utilizar estas oficinas, quase metade destes dependem de outras fontes de renda para sobrevivência. Apenas três, a cada vinte indivíduos, sobrevivem com os rendimentos obtidos através destas oficinas. Isto significa a ineficácia destes serviços em relação a saúde mental, visto que não suprem o papel a que se destinam: fornecer renda aos usuários dos serviços de saúde mental, fortalecendo a sua cidadania e autonomia nas relações sociais.

O sofrimento mental interfere na capacidade produtiva das pessoas, seja por resultado de um transtorno mental específico, seja por relações de poder assimétricas entre as instituições e aqueles indivíduos com problemas de saúde mental. Entender melhor como essas pessoas se colocam no mercado de trabalho poderia auxiliar na compreensão de como promover um processo de reabilitação e inclusão social mais amplo e efetivo (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

Nesse novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços de saúde mental têm, além do acompanhamento terapêutico, o direito de se organizar em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros, inclusive no mercado de trabalho. A geração de

trabalho e renda por parte desses serviços vêm sendo uma estratégia para a reinserção social dos usuários da rede pública de saúde mental, na medida em que o trabalho é considerado uma ferramenta que eficientemente complementa e contribui com a terapia.

Segundo Tomasi e colaboradores (2008), avaliando os serviços de saúde mental em Pelotas, apenas 15% dos usuários referiram estar trabalhando no momento da entrevista; outros 15% afirmaram nunca ter trabalhado e 70% declararam não estar trabalhando. Dos usuários que já trabalharam, metade (49%) parou por causa do seu problema de saúde e não pode voltar ao trabalho. Um terço dos usuários estava aposentado e 17% recebia benefício temporário do INSS. Entre os que estavam trabalhando, 28% eram empregados domésticos (90% mulheres), 20% trabalhava como autônomo e 14% eram empregados no comércio. A grande maioria (93%) era remunerada pelo seu trabalho, tendo recebido em média um salário mínimo no mês que antecedeu a coleta de dados.

Neste estudo de caso, considerando a história de vida de Maria, é possível compreender as dificuldades do processo de reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental. Maria representa a realidade de muitos usuários dos novos serviços de saúde mental. Os CAPS conseguem realizar um trabalho psicoterapêutico efetivo, reconhecido por seus usuários, através da própria percepção de melhoria nos seus sintomas e alguns laços afetivos. No entanto, o processo mais complexo de inclusão social, ainda é um desafio para os serviços de saúde mental. Na atualidade, o acesso ao trabalho é fundamental para a independência dos indivíduos. Os usuários do CAPS, além do sofrimento psíquico, são desfavorecidos socialmente pelo fato da ausência de suporte social, por pertencerem aos estratos da população com baixo nível socioeconômico e escolaridade. A inserção no mercado de trabalho por parte dos usuários dos CAPS ainda é um importante desafio para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3.2 A HISTÓRIA DE VIDA DE JOANA

Joana é branca e nasceu em abril de 1953, na cidade de Cambará, Rio Grande do Sul. Na época da entrevista (2011) tinha cinco irmãos, quatro filhos e estava solteira. Mora em Pelotas com uma filha e o seu neto. Iniciou a frequentar os serviços de saúde mental por volta do ano 2000 e na época das entrevistas estava em tratamento no CAPS em Pelotas.

Morou na zona rural de diferentes cidades no interior do estado do Rio Grande do Sul. Sua memória sobre a infância remete a um período importante de sua vida, vivendo uma infância feliz, apesar de o pai ser alcoolista, segundo sua narrativa.

Da minha época de criança, eu me lembro do meu irmão que adoeceu e de sua ida ao Hospital com a minha mãe. Minhas irmãs ficaram no acampamento com o meu pai. Isto ocorreu durante a semana da Pátria. [...] Meu pai morava num acampamento, perto desta cidade. Ele trabalhava lá, abrindo estradas, estourando as pedreiras e plantando fumo [tabaco]. [...] A minha infância foi tão feliz, eu tenho saudade até quando eu tinha 12, 13 anos. Como eu fui feliz. Meu pai fazia barquinhos com lata de óleo vazia. Naquela época o Nescafé [café] vinha em latinhas e o meu pai colocava carbureto [carbeto?] dentro da latinha e fazia uma vela. Assim ele soltava o barquinho. O carbureto começava a ferver e impulsionava o barquinho. Então, essas coisas, assim? Sabe? Brincava no mato. Lá tinha aquelas pontes feitas com cordas e madeiras, onde a gente costumava andar. Nós colhíamos ingá [fruta] e íamos visitar as comadres da minha mãe. Também tinham as quermesses, muitas quermesses. Era muito bom, era diferente. [...] Eu vivia super bem com o meu pai e a minha mãe, apesar do meu pai ser alcoolista, ele nunca foi agressivo comigo e com a minha mãe, mas ele sempre foi rígido. Naquele tempo os pais eram rígidos com os filhos.

A reconstrução da memória em Joana inicia por aspectos positivos da sua vida. De acordo com Candau (2006) a reconstrução da memória se organiza também por núcleos estáveis, conservados desde a sua percepção original. As memórias positivas, de aspectos sadios da personalidade do indivíduo, também são importantes. Apesar do processo de esquecimento ser fundamental aos processos

da memória (POLLACK, 1992) e, de maneira geral, o esquecimento estar associado a memórias dolorosas, a reconstrução da memória a partir de elementos saudáveis pode ser considerado como um processo de reabilitação psicossocial, como resultado da situação de vida atual da Joana. De acordo com Pollack (1992), as lembranças de pessoas e lugares atravessam a história pessoal e, no processo de recordação, são mais intensamente registrados quando conectadas aos aspectos emocionais, sejam positivos ou negativos. De maneira geral, o conteúdo e forma das memórias são reconstruções, modificações e adaptações do passado.

O sujeito só retorna ao passado conforme sua visão no presente. Define-se pelas relações sociais que são estabelecidas por ele durante toda sua interação social, sua existência. Quem se lembra, o faz de maneira interpretativa, conforme sua visão de mundo, sua ideologia e sua representação da realidade social e pessoal, constituída ao longo da vida.

Tive uma infância muito bacana, muito boa. A última estrada que meu pai fez, durante a minha infância, foi perto de Camaquã. Este lugar era chamado Banhado do Colégio. O Brizola veio nessa localidade chamada Banhado do Colégio, para distribuir as colônias para os colonos. Fez a distribuição de forma justa, no papel, mas pediu que em troca eles plantassem milho. Porque depois de passado um ano, na época da colheita, ele voltaria para ver a colheita do milho. Ele disse: “olha, eu quero que vocês plantem milho”. E assim foi feito. Eles plantaram o milho – eram pés enormes, altíssimos, muito lindos. Passou-se um ano e o Brizola voltou. Quando ele veio, houve uma festa muito grande. A festa da colheita. Nesta época eu era menina, tinha entre doze e treze anos, mas me lembro que eles fizeram a escolha da rainha para a Festa do Milho e o pessoal de lá insistiu para que eu fosse uma candidata a rainha da festa, vê se pode! Eu era muito pequena, mas me lembro que o Brizola me ergueu no palanque, um palanque muito alto, e me pegou no colo. Eu tinha uma admiração muito grande por ele. Meu pai foi quem abriu a primeira estrada, da primeira Reforma Agrária do Rio Grande do Sul, nessa localidade chamada Banhado do Colégio. Eu tive uma infância muito boa, durante esse período que eu morei assim, em beira de estrada, em colônias.

São escassos os estudos que abordam a infância através do campo teórico das ciências sociais e humana, principalmente em relação às histórias de vida. A Psicologia tem teorizado sobre o desenvolvimento psicossocial do indivíduo,

considerando diferentes fases do ciclo vital, como a infância, adolescência, idade adulta e velhice. Alguns teóricos consideram que assim é produzida a psicologização da vida, ao se definir padrões de desenvolvimento psicossocial infantil, que são compartilhados por grande parte da população. Contudo, estes padrões nunca devem ser tomados como verdades absolutas.

De qualquer maneira, existe o campo teórico da Sociologia da Infância e pelo que parece, é um campo novo, incluindo a concepção de criança como ator social (DELGADO; MULLER, 2005). Porém é difícil analisar a memória de Joana sobre a sua infância - época feliz da vida, porém com o pai alcoolista. Na literatura que aborda o alcoolismo na família, é corrente a compreensão de que o uso abusivo de álcool está relacionado com situações de violência contra a mulher e a criança. Para Joana, apesar do abuso de álcool, o fato de seu pai nunca ter sido agressivo, é uma forma de justificar sua felicidade naquela parte de sua vida.

O fato de não ter sofrido violência durante a infância, "apesar de o pai ser alcoolista", é importante para ela. Talvez por ter conhecimento desta relação entre consumo de álcool e violência, talvez por conhecer outras pessoas que sofreram agressões em virtude disso, mas principalmente por ter convivido com um homem alcoolista e violento durante anos de sua vida, seu ex-marido.

Para compreender a história de Joana em relação a violência doméstica que sofreu, é preciso considerar o período da sua adolescência. Neste período ela relata as primeiras manifestações de sintomas relacionados aos problemas de saúde mental. Nessa mesma época ela conheceu seu ex-marido, que a agrediu fisicamente durante mais de dez anos. Ela considera que sempre teve uma conduta diferente de outras pessoas, umas "inquietações" que a faziam se diferenciar de outros indivíduos do seu grupo social.

Em relação a adolescência, muitos estudos procuram compreender e analisar os efeitos psicossociais recorrentes desta fase da vida. De maneira geral, considera-se este período através das intensas transformações que ocorrem na vida do indivíduo, o que em si caracteriza alterações ou mudanças no comportamento. Assim, mudanças características desta época da vida podem ser atribuídas com

possíveis modificações psíquicas, comportamentais ou emocionais. Em sua interpretação, Joana considera as mudanças nesse período como sinais destas alterações.

Quando eu tinha entre 13 e 14 anos estava tudo muito bem, mas eu sempre tinha umas inquietações. E essas inquietações deixavam a minha mãe muito preocupada. Como era uma época diferente, não tinha essas tecnologias, não tinha esses médicos, que fazem esses aperfeiçoamentos como se tem agora. Usavam muito benzedeiras. Levavam as pessoas em curandeiros e coisas do tipo. Porque eu tinha umas coisas muito estranhas. Então, a minha mãe achava que eu tinha dupla personalidade e que eu tinha algum encosto, aquelas bobagens dos antigos. Eu sempre me senti muito estranha. Sempre! E a minha mãe sempre disse, até hoje quando nós conversamos, que eu era realmente uma menina muito estranha. Porque tinha momentos que eu estava bem e daqui a pouco eu estava chorando, mas passava!.

Nesta narrativa, podemos perceber a representação sobre as tecnologias em saúde e a biopolítica ou biopoder¹³. Estes conceitos estão relacionados ao pensamento de Foucault, no entanto, este autor não teorizou especificamente sobre nenhum destes temas. De certa forma, estão conectados as relações micropolíticas do poder, a sociedade disciplinar e a construção do saber moderno, onde o autor defende a ideia de que a medicina, através da dominação do campo de conhecimento sobre o corpo humano, define as formas de relação entre os sujeitos e a realidade social, assim como define os padrões de comportamento a serem seguidos. Atualmente o biopoder é fortalecido pelas biotecnologias e também pelo uso indiscriminado de medicamentos, impulsionados pelo mercado (ROQUE JUNGES, 2011).

¹³ [...] Biopoder envolve um ou mais discursos de verdade sobre o caráter vital dos seres humanos; um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; estratégias de intervenção na existência coletiva em nome da vida e da saúde; e modos de subjetivação, nos quais os indivíduos atuam sobre si próprios em nome da vida ou da saúde individual ou coletiva (RABINOW; ROSE, 2006).

Ampliando a análise do processo de medicalização da sociedade, a partir do pensamento de Foucault, Martins (2008) aponta para as transformações que ocorrem na sociedade e que implicam a participação de diversas instâncias (leigos, profissionais, companhias de seguros, administrações governamentais, indústria farmacêutica, tecnologias e instrumentos diversos).

[...] vivemos no momento uma "nova biomedicalização" que conserva do processo de medicalização, ocorrido ao longo do século XX, a característica de expansão da jurisdição médica para novos domínios, mas repousa fortemente sobre as inovações trazidas pelas novas biotecnologias. Entretanto, o modo de funcionamento da nova forma de medicalização na sociedade contemporânea se caracteriza por intervenções que buscam não mais ajustar ou normalizar o que existe, mas transformar a própria vida (MARTINS, 2008, p. 334).

De acordo com a narrativa de Joana apresentada anteriormente, ela lembra uma passagem da fala de sua mãe, que sempre a considerou "estranha". Este estranhamento, é a marca principal do estigma (GOFFMAN, 1988). Conforme mencionado anteriormente, o estigma está relacionado a um contexto e a uma situação relacional. Na história de Joana, a relação "mãe e filha" era (e ainda é) carregada pela classificação, pelo estranhamento. Na percepção de sua mãe, Joana sempre foi uma pessoa diferente.

Este estigma de "estranha" levou Joana a procurar auxílio na religião e outros procedimentos "não científicos" enquanto ainda era criança. Principalmente antes do século XIX, a religião era o recurso procurado pelas pessoas para alívio do sofrimento psíquico, tanto pela representação de que a loucura era resultado da influência de possessões demoníacas e outras causas similares, como pelo fato da inexistência de uma compreensão racional sobre o fenômeno. Segundo Foucault (1997), na idade moderna é que começamos a classificar os indivíduos através da desrazão. Ou seja, a loucura se manifesta pela irracionalidade do pensamento e do comportamento humano.

Tanto pelo fato da crença que o comportamento de Joana era determinado por uma origem espiritual como pelo fato da inexistência dos serviços de saúde

voltados a atenção infantil, sua mãe procurou ajuda através de práticas religiosas, no caso, os benzedeiros. Na atualidade são escassos os serviços especializados para o atendimento de crianças com problemas de saúde mental, sendo que o CAPS Infantil¹⁴, na cidade de Pelotas, foi inaugurado no ano de 2011.

Joana conta que não teve acesso aos serviços de saúde no período da sua adolescência. A carência de serviços especializados na atenção a crianças e jovens portadores de transtornos mentais e a falta de políticas específicas para o cuidado a este grupo populacional vem de longo prazo. Nesta lacuna, instituições privadas e/ou filantrópicas foram as opções para o acompanhamento, orientação e atenção direcionada aos jovens e seus familiares, principalmente entre aqueles de baixa e média renda.

Para se promover um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas e alcançar o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e da família. No campo específico da Atenção à Saúde Mental, as diversas instituições implicadas com esses grupos, não raro, desenvolvem iniciativas que se superpõem ou se contrapõem, dispersando esforços, apontando assim para a necessidade de constituição de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes (BRASIL, 2005, p.10).

Os principais fatores relacionados aos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são, além do determinismo genético e danos cerebrais, a violência, a perda de pessoas significativas, eventos estressantes e problemas no desenvolvimento. Além de uma série de problemas culturais e sociais que repercutem de forma significativa no desenvolvimento do indivíduo. A associação entre problemas de comportamento e ambiente familiar tem sido verificadas de forma consistente. A quantidade ou qualidade de eventos negativos provenientes da

¹⁴ CAPS Infantil é uma modalidade de serviço de saúde mental, pautado no modelo de atenção psicossocial, voltado para o atendimento a crianças e adolescentes.

família é apontada como particularmente prejudicial ao desenvolvimento infantil, sendo fator que predispõe a problemas de comportamento e de saúde mental (FERREIRA; MARTURANO, 2002).

Na adolescência, Joana relata ter a primeira tentativa de suicídio de sua vida. Na literatura específica sobre o tema, o comportamento suicida é classificado em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Segundo Werlang, Borges e Fensterseifer (2005), apesar da existência de poucas pesquisas disponíveis sobre o assunto, alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de um possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre essas diferentes categorias. Assim, num dos extremos tem-se a ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar) e no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre eles. De acordo com Holmes (2001), as mulheres tem um risco três vezes maior de tentar suicídio do que os homens, embora os homens tenham maior taxa de letalidade em suas tentativas. As formas como estas diferenças atuam ainda não são bem conhecidas. Uma explicação para o fato das mulheres serem mais propensas a tentativas de suicídio está relacionada ao fato de terem mais quadros depressivos do que os homens, considerando assim o papel da depressão diante dos atos suicidas. Outra hipótese para explicar a diferença entre os sexos é que os homens, ao tentarem suicídio, utilizam técnicas mais violentas (arma de fogo, estrangulamento) do que as mulheres (corte dos pulsos, ingestão de medicamentos), aumentando as chances das tentativas por eles utilizadas serem bem-sucedidas (HOLMES, 2001). Segundo a narrativa de Joana, suas tentativas de suicídio estão relacionadas a ingestão de medicamentos. Relata que inúmeras vezes utilizou deste recurso para tentar por fim a sua própria vida.

Nessa mesma época eu fiquei mocinha, adolescente, e resolvi começar a trabalhar. Foi nesse período que começaram aquelas inquietações da juventude, de adolescente. Aquelas coisas de namorar, de sair e de rebeldia, contrariedades. [...] Então, alguns problemas começaram a aparecer, as contrariedades: a mãe não me deixava ir e isso me perturbava. Quando eu tinha 17 anos eu tentei me matar pela primeira vez. Eu me lembro que tomei 24 comprimidos do remédio “melhoral” com café. Esta foi a minha primeira tentativa

de suicídio. Depois desse dia eu comecei a ficar diferente. Quando acontecia qualquer contrariedade entre eu e os meus pais, eu tentava suicídio. Assim foi o começo dos meus problemas. [...] Eu tive várias tentativas de suicídio em decorrência dos maus-tratos do meu ex-marido. Eu fiquei casada 12 anos com ele porque eu não tinha pra onde ir. Meu pai não queria que eu casasse com ele e por isso eu não queria ir pra casa do seu pai, pedir ajuda para ele. Então eu fiquei assim, sofrendo por muitos anos para não dar o braço a torcer. Até que teve uma época que eu não aguentei mais e conseguiu me separar dele.

A violência sofrida por Joana durante doze anos ampliaram as tentativas de suicídio. Joana relata que mesmo após o início de seu processo terapêutico no CAPS ela teve tentativas de suicídio, utilizando medicamentos. Dessa forma, o CAPS não permite que Joana tenha a medicação na sua casa. O serviço de saúde controla a sua medicação durante a semana. Nos finais de semana ela leva para casa o número de comprimidos necessários para aqueles dias.

Joana reconhece que a adolescência é o início dos seus problemas psicossociais. Além das tentativas de suicídio, nesta época ela conheceu seu ex-marido. Ela começa o relato mostrando a diferença entre ela (branca) e ele (negro) e que por isto o seu namoro sempre foi motivo de discórdias entre ela e sua família. Ela considera que além deste "problema" o seu ex-marido também era alcoolista.

Nesta época eu conheci meu ex-marido, ele era moreno, preto, né? Negro. Como o meu ex-marido era negro, este namoro foi muito contrariado por meus pais e pelo pai dele também, porque o pai dele sabia que ele não estava preparado para o casamento, como de fato eu vim a comprovar depois, já que ele era um alcoólatra. Eu não consigo encontrar palavras que possam descrever esta parte da minha vida. Eu considero que foi o início do meu inferno.

Na adolescência, Joana começa o relacionamento com o homem com quem conviveu por vários anos. Neste período ele já apresentava sinais de agressividade e alcoolismo, no entanto Joana acreditava que ele mudaria o seu comportamento com o passar do tempo.

[...] esse meu marido passava as noites fora, bebia muito e me batia muito, sem dó nem piedade. Meu ex-marido me tirou do trabalho e eu fiquei dentro de casa, me sentindo escravizada. Não escravizada por fazer as coisas da casa, porque tinha empregada, tinha babá, tinha faxineira, dois/três carros na garagem e vivia uma vida boa. Sentia-me escravizada porque eu apanhava que nem bicho. Essas constantes agressões faziam com que aumentasse a minha vontade de morrer e eu tentava me matar constantemente. Eu tive várias tentativas de suicídio em decorrência dos maus-tratos do meu ex-marido. Eu fiquei casada 12 anos com ele porque eu não tinha pra onde ir. Meu pai não queria que eu casasse com ele e por isso eu não queria ir pra casa do seu pai, pedir ajuda para ele. Então eu fiquei assim, sofrendo por muitos anos para não dar o braço a torcer. Até que teve uma época que eu não aguentei mais e conseguiu me separar dele.

A violência sofrida é suportada pela expectativa de mudança, pela esperança. Talvez esta esperança esteja enraizada na construção das representações subjetivas sobre gênero, onde a mulher é educada a "amar e respeitar, na saúde e na doença". De uma certa forma, percebe a agressão do marido como algo natural, mesmo que numa compreensão inconsciente deste fato. Mas quais são os processos sócio-históricos, culturais, de gênero ou inconscientes que mantenham uma pessoa sofrendo agressões durante doze anos? Sofrendo agressões "*sem dó, nem piedade*" durante mais de uma década?

As situações de violência doméstica entre casais expressa dinâmicas de afeto e poder que denunciam a presença de relações de subordinação e dominação. Esta dinâmica relacional está fundamentada numa distribuição desigual de privilégios, direitos e deveres. As relações de poder assimétricas são manifestadas, principalmente, dentro do ambiente doméstico, conforme a literatura sobre a violência sugere.

A herança cultural do regime patriarcal, típico das sociedades ocidentais de influência judaico-cristã, media o convívio dentro do espaço privado dos casais, configurando o relacionamento cotidiano como gerador de uma complexa trama de emoções, em que a sexualidade, a reprodução e a socialização constituem esferas potencialmente criadoras de relações ao mesmo tempo prazerosas e conflitivas (DEEKE et al., 2008, p. 249).

Na atualidade é cada vez mais estudada a violência doméstica, apontado o papel central da violência masculina frente as mulheres (WATTS; ZIMMERMAN, 2002). Os agressores são os companheiros, que vivem no mesmo ambiente da vítima (GARCIA-MORENO et al., 2006). Do ponto de vista legislativo, no Brasil a Lei nº 11.340, sancionada em agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), estabeleceu a violência doméstica e familiar contra a mulher, definida como:

[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2010, p. 13).

Segundo Santi, Nakano e Lettiere (2010), a violência doméstica é praticada na maioria dos casos pelo companheiro da mulher. Revisando 48 pesquisas com populações de diferentes países, Heise e colaboradores (1999) identificaram que a prevalência de violência doméstica contra as mulheres esteve entre 10% e 50%, isto é, essa é proporção das mulheres que relatam terem sido maltratadas ou espancadas por seus parceiros em algum momento de suas vidas.

A violência física em relacionamentos íntimos é quase sempre acompanhada de violência psicológica. Além disso, entre 30% e 50% dos casos de violência contra a mulher envolvem a violência sexual (KOSS et al., 1994; ELLSBERG et al., 2000). No Brasil, estudo realizado com 749 homens de faixa etária entre 15 e 60 anos na cidade do Rio de Janeiro revelou que a violência física e psicológica foi usada, respectivamente, por 25% e 40% dos homens contra a parceira pelo menos uma vez na vida (ACOSTA; BARKER, 2003).

Saffioti (1997) procura entender a violência doméstica através de suas características específicas. Uma das mais relevantes é sua rotinização. As agressões rotineiras e sistemáticas que contribuem para o que chama de co-

dependência¹⁵. Desta forma uma relação violenta se constitui numa prisão. "Neste sentido, o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força: o homem deve agredir, porque macho deve dominar a qualquer custo; e mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu "destino" assim determina" (SAFFIOTI, 1999).

A violência contra a mulher é um problema social. Este problema está relacionado, entre outras coisas, com as relações de poder assimétricas entre homens e mulheres construídas ao longo dos séculos. Na idade moderna a mulher passa a ser responsável por cuidados ao marido e a família, sendo negado o direito ao trabalho, educação e outras formas de contato social (BENHABIB, 2006). A violência contra a mulher pode ser entendida através da categoria de gênero. Conforme citado anteriormente, "gênero é uma categoria histórica que pode ser concebida em várias instâncias: como aparelho semiótico, como símbolos culturais carregados de significados, como hierarquias de poder" (PRESSER; MENEGHEL; HENNINGTON, 2008, p. 127). Em síntese, gênero é a construção social do masculino e do feminino (SCOTT, 1995).

A violência contra a mulher pode se manifestar sobre diferentes formas e circunstâncias. Neste contexto, as situações de violência contra a mulher ocorrem, principalmente, no espaço privado. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), a violência doméstica refere-se a todas as formas de violência e aos comportamentos dominantes praticados no âmbito familiar. A violência doméstica é frequentemente invisível no contexto social, seja pela vergonha ou o medo da mulher em denunciar o fato, seja porque é socialmente aceita. Na história de Joana parece que ambas situações acontecem: vergonha e medo. Ela relata que decidiu não voltar para a casa de seu pai para "não dar o braço a torcer", isto é, por vergonha.

¹⁵ Uma pessoa co-dependente é alguém que, para manter uma sensação de segurança ontológica, requer outro indivíduo, ou um conjunto de indivíduos, para definir as suas carências; ela ou ele não pode sentir autoconfiança sem estar dedicado às necessidades dos outros. Um relacionamento co-dependente é aquele em que um indivíduo está ligado psicologicamente a um parceiro cujas atividades são dirigidas por algum tipo de compulsividade. Chamarei de relacionamento fixado aquele em que o próprio relacionamento é objeto do vício (GIDDENS, 1993, p.101-102).

No Brasil, crimes contra as mulheres, como o estupro e o atentado violento ao pudor¹⁶, foram incluídos no Código Penal como crimes hediondos apenas na década de 1990, regulados pela Lei 8.072/90 e Lei 8.930/94. Neste mesmo Código ainda se utiliza a expressão “mulher honesta” para caracterizar as vítimas dos delitos de ordem sexual tipificados como “rapto violento”, bem como a expressão “mulher virgem” para os crimes de sedução. Ainda se criminaliza também o adultério (PIMENTEL; PANDJIARJIAN; BELLOQUE, 2006).

Nos denominados “crimes de honra”, em especial nos casos de agressões e homicídios contra as mulheres praticados por seus maridos, companheiros, namorados ou respectivos ex (sob a alegação da prática de adultério e/ou do desejo de separação por parte da mulher) que a discriminação e violência contra as mulheres ganha máxima expressão.

A título de “defender a honra conjugal e/ou do acusado”, buscando justificar o crime, garantir a impunidade ou a diminuição da pena, operadores (as) do Direito lançam mão da tese da legítima defesa da honra ou da violenta emoção, e de todo e qualquer recurso para desqualificar e culpabilizar a vítima pelo crime, em um verdadeiro julgamento não do crime em si, mas do comportamento da mulher, com base em uma dupla moral sexual (PIMENTEL; PANDJIARJIAN; BELLOQUE, 2006, p. 80).

A violência doméstica está constantemente associada com o uso de álcool. O papel do álcool na violência doméstica pode ter várias interpretações. Caetano e colaboradores (2001) consideram o efeito desinibidor do álcool sob a pessoa, podendo contribuir para a manifestação extrema dos comportamentos agressivos. Outra compreensão sugere que a ingestão de bebida alcoólica serve como uma desculpa socialmente aceita para o comportamento violento. Ainda pode-se

¹⁶ Estupro. Art. 213 – Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça: Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. (Pena cominada pela Lei nº 8.072, de 25.7.1990); Atentado violento ao pudor. Art. 214 – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal: Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. (Pena cominada pela Lei nº 8.072, de 25.7.1990).

considerar que a junção de uso abusivo de álcool e comportamento violento sejam sinais de problemas psíquicos por parte dos agressores.

Joana sofreu agressões do seu ex-marido por aproximadamente doze anos. Esse fato foi um determinante para seu problema de saúde mental. Esta violência foi o princípio de uma reação de sofrimento psíquico, ou seja, o desenvolvimento da depressão.

[...] quase todos os dias pela manhã eu me sinto muito triste, a manhã é muito difícil para mim. Todos os dias! A manhã! Eu me acordo de manhã e eu tenho uma tristeza infinita. Eu sorrio porque tem outras pessoas na volta [...]. Eu ouço, vejo, esses programas que tem piadas e eu não acho graça! Eu não acho graça! É muito difícil eu rir. Eu sorrir, eu rir com vontade. Eu tenho uma tristeza muito infinita. Meu neto pergunta: "vó, porque que tu tá triste? Tu tá sempre triste". E eu não sei por que. Ora, eu sei o por que! Mas ele é uma criança, não vou explicar pra ele. Eu tenho uma tristeza infinita! Eu tenho uma ansiedade, uma angústia, uma depressão infinita. Se eu estou no ônibus, eu olho pela janela, sempre eu vejo uma coisa triste. Meu filho nem gosta que eu assista programas de jornalismo. Ele diz: "vai ver o pica-pau, mãe! Olha o pica-pau!". É uma tristeza muito grande. Eu tenho me sentido melhor agora, depois que eu fui me tratar no CAPS... mas antes?! Eu tinha uma sensação que o meu coração era uma pedra. E o meu coração me incomodava. Eu tinha vontade de tirar o meu coração fora. Parece que ele me incomoda. Hoje em dia, às vezes já não me incomoda tanto, com o acompanhamento deles aqui, com o tratamento.

No pensamento pós-estruturalista, o sujeito é resultado de discursos e práticas discursivas as quais fornecem posições de sujeito, onde os sujeitos podem assumir uma gama variada de posições dentro de diversos discursos. Desta forma, no conceito de sujeito pós-estruturalista, este é pensado como "um conjunto de subjetividades múltiplas e contraditórias" (MOORE, 2000, p. 22). Joana reconhece que está melhor na atualidade, mas ao mesmo tempo convive com o sentimento de uma "tristeza infinita". Embora sua saúde mental tenha melhorado durante os anos de atendimento no CAPS, uma parte da sua subjetividade ainda está relacionada à tristeza. De acordo com a sua narrativa, é possível perceber que independente de estar a dez anos em tratamento no CAPS, as marcas da violência sofrida ainda são persistentes. O resultado da violência física, além do óbvio, são profundas

alterações na saúde mental das mulheres, afetando suas relações sociais e sua condição de saúde durante muitos anos, ou durante toda a vida.

Considerando alguns aspectos das relações sociais de gênero na contemporaneidade, a compreensão da singularidade da experiência do sofrimento psíquico feminino deve se pautar numa reflexão que articule os problemas decorrentes de relações desiguais de poder entre mulheres e homens. Santos (2009) considera que os principais coadjuvantes nas relações sociais de gênero assimétricas são a violência de gênero e a pobreza. Esta última deve ser entendida como "um estado em que não se dispõe dos meios [econômicos, culturais] suficientes, incluindo a falta de recursos sociais ou educacionais" (OMS, 2001). A violência de gênero é entendida como:

[...] uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. [...] Estes papéis são consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzindo relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas. Ou seja, não é a natureza responsável pelos padrões e limites sociais que determinam comportamentos agressivos aos homens dóceis e submissos às mulheres. Os costumes, a educação e os meios de comunicação tratam de criar e preservar estereótipos que reforçam a ideia que o sexo masculino tem o poder de controlar os desejos, as opiniões e a liberdade de ir e vir das mulheres [...] (TELES; MELO, 2003, p. 20).

As mudanças nos padrões culturais e sociais em relação ao gênero são lentas, assim como as mudanças na forma de entendimento e cuidado a loucura. Tanto o movimento feminista, como o movimento da Reforma Psiquiátrica, atuam a pelo menos cinquenta anos. Neste período, algumas conquistas foram alcançadas, e há ainda muito por fazer.

Em relação ao tratamento no CAPS, Joana relata que tinha uma sensação de "não existir". Essa foi a forma que ela abordou sobre como se sentia. Para Joana, o CAPS é um ambiente que promoveu sua reabilitação. Ela considera que no CAPS, além do atendimento especializado, desenvolveu laços de amizade e carinho, recuperando uma parte da sua felicidade perdida pela violência sofrida durante

tantos anos. Conforme a definição fornecida pela OMS, o termo "reabilitação psicossocial" é compreendido como um processo, e não como uma técnica. Um processo que tem como objetivo oferecer aos indivíduos com sofrimento psíquico condições para exercerem suas potencialidades e capacidades de forma independente na sociedade (OMS, 2001). Para Saraceno (1999) a construção da cidadania tem com finalidade a realização das trocas sociais, afetivas e materiais. São eixos no processo de reabilitação psicossocial, a ampliação das redes sociais, o acesso a moradia e ao trabalho.

Considerando o arcabouço teórico dentro da Reforma Psiquiátrica, existe a compreensão de que o sofrimento psíquico é construído socialmente, considerando que a construção de um sistema de códigos e representações sociais em relação a forma como o sujeito deve sentir ou se comportar, está determinado por uma sociedade e um período histórico (SANTOS, 2009).

Goffman (1988), estudando os hospitais psiquiátricos, descreve como os processos sociais se desenvolviam nessas instituições totais, as quais tem a capacidade de modificar a identidade dos sujeitos. Desta forma, o indivíduo isolado no contexto manicomial acaba por ser alvo de padrões rotineiros de interação nesta nova situação, modificando características da sua personalidade.

De acordo com Goffman, a construção da identidade pessoal advém de um processo de atribuição tanto institucional quanto do meio social circundante à pessoa. Para este autor, existiria uma reciprocidade entre o *self*¹⁷ e a sua sociedade significativa, assim se esta submete o indivíduo a constantes esforços de diminuição ou destruição de sua identidade, isto acarretaria numa incapacidade de se manter o *self* original intacto. A construção da subjetividade dentro de um ambiente institucional, pode ir além dos aspectos de ruptura da identidade. Para Joana, a

¹⁷ Self (eu) tem diferentes definições, mas todas tem em comum a compreensão do *self* como a subjetividade do indivíduo. Para Goffman (1999) o *self* age a partir de significados já preestabelecidos, possibilitando, desde um primeiro momento, a interação.

experiência institucional do CAPS modifica a sua subjetividade, com características saudáveis para a sua vida atual.

Mas antes de eu vir pra cá era tão difícil. Agora quando eu chego aqui, eu tenho o carinho deles, atenção: conversa com um, conversa com outro. Mas tem dias que eu tenho um desânimo tão grande, que eu não tenho vontade de nada! Eu gosto muito de ir no programa de rádio (uma hora vou te convidar pra fazer uma entrevista contigo lá).

O mundo social, no qual está inserido o cotidiano dos sujeitos, é permeado por relacionamentos sociais e por dimensões da organização social. Nasi e Schneider (2011) encontraram situação semelhante com usuários do CAPS na cidade de Porto Alegre. Ao falarem sobre o seu cotidiano, os usuários apontam o CAPS como uma dimensão significativa, considerando uma melhoria na sua saúde mental. Neste local é que eles obtêm ajuda e no qual se sentem seguros com relação ao tratamento.

Outro aspecto presente no atendimento dos usuários no CAPS é a participação em oficinas terapêuticas no serviço, as quais podem se configurar em uma ferramenta para auxiliar na reorganização da vida dos usuários. As oficinas, assim como o trabalho e a arte, podem funcionar como catalisadores da construção de territórios existenciais, nos quais os usuários possam reconquistar o seu cotidiano. Além disso, a valorização das atividades em grupo, que propõem e facilitam a interação social, é fundamental para atender os propósitos da atenção psicossocial, propiciando o diálogo e o convívio social.

Eu faço parte do programa de rádio que o CAPS tem todos os sábados. Faço parte da internada, da associação dos usuários dos CAPS e considero que eu me reabilitei bastante lá. Eu me reencontrei. Senti-me mais querida e minha autoestima também está boa. Só não posso mais trabalhar.

Na história de vida de Joana é possível perceber os efeitos da violência doméstica na saúde mental das vítimas destas relações de poder assimétricas entre os sexos. A violência sofrida ao longo dos anos foi um fator determinante da sua

qualidade de vida. Reconhece a melhoria da sua saúde como resultado da nova política de saúde mental, através do CAPS. Contudo, o processo de reabilitação social é lento. As profundas marcas deixadas pela violência doméstica são obstáculos constantes para a sua "tristeza infinita".

CAPÍTULO 4 – ENTRELAÇANDO AS HISTÓRIAS DE VIDA

A história de vida é um encontro entre a vida íntima do indivíduo, sua subjetividade, e sua inscrição na história social e cultural. Neste processo, torna-se autor e protagonista da sua história e da sua memória, configurando um campo de renegociação e reinvenção de sua identidade. A relação entre as ciências sociais, psicologia e história são o grande desafio deste trabalho. Operam neste interjogo entre a subjetividade e o espaço sócio-histórico da sua existência, seja ampliando a compreensão dos fenômenos sociais e grupais, seja na oportunidade deste sujeito em recontar a sua narrativa sobre si mesmo, fora do contexto estritamente terapêutico ou social.

O espaço sócio-histórico das colaboradoras deste trabalho está relacionado com a falta de suporte social. Segundo Bowling (1997), suporte social pode ser definido como um processo interativo no qual o indivíduo tem um repertório de ajuda no campo emocional, instrumental ou financeiro obtido através do seu grupo social ou familiar.

Segundo Rodriguez e Cohen (1998), suporte emocional refere-se ao que as pessoas fazem ou dizem a alguém (dar conselhos, ouvir seus problemas, mostrar-se empático e confiável) e é percebido como expressão de carinho, cuidados e preocupação do outro. Suporte instrumental compreende as ajudas tangíveis ou práticas que outros (pessoas ou instituições) podem prover a alguém (cuidados com crianças, provisões de transporte, empréstimos de dinheiro ou ajudas com tarefas diárias). Suporte informacional inclui receber de outras pessoas noções indispensáveis para que o indivíduo possa guiar e orientar suas ações ao dar solução a um problema ou no momento de tomar uma decisão (ALMEIDA, 2003).

O suporte social envolve, além das questões referentes a estrutura emocional e familiar, também as condições socioeconômicas que favorecem um melhor desenvolvimento a esta estrutura, seja por maior acesso a educação, seja por maior acesso a serviços de saúde - incluindo serviços de saúde mental. A condição socioeconômica é amplamente entendida como um facilitador na aquisição de habilidades cognitivas e emocionais que facilita o desenvolvimento psicossocial dos indivíduos através das experiências sociais.

A falta de suporte social da família de Maria ou de Joana são importantes na compreensão de suas histórias de vida. A história de Maria demonstra uma carência em relação ao campo emocional e financeiro durante toda sua trajetória de vida, enquanto para Joana, estas carências se apresentam em momentos distintos: carência emocional durante o casamento e carência financeira após a separação.

Centrando a análise da história de Maria, utilizando como referência Almeida e colaboradores (2003), é possível entender as dificuldades enfrentadas por adolescentes grávidas no Brasil e a falta de suporte social. Além do perfil de baixa escolaridade e menor situação socioeconômica, as adolescentes grávidas tiveram que abandonar os estudos e/ou emprego para cuidar dos filhos em razão da falta de apoio da família (ALMEIDA, 2003). Entre as adolescentes grávidas, apenas uma em cada dez continuava trabalhando ou estudando após o nascimento do filho. De acordo com a história de Maria é visível a falta de suporte social de sua família. Apesar da presença de sua avó ocupando o papel de mãe, o impacto desta insegurança em relação ao carinho e cuidado de sua mãe é visível na sua história de vida.

Para a psicologia social, nas experiências sociais, (LANE; CODO, 1991) o indivíduo é sujeito da história, constituído de suas relações sociais e é, ao mesmo tempo, passivo e ativo (determinado e determinante). Ser mais ou menos atuante como sujeito da história depende do grau de autonomia e de iniciativa que ele alcança. Assim ele é história na medida em que se insere e se define no conjunto de suas relações sociais, desempenhando atividades transformadoras destas relações. Os indivíduos se inserem historicamente em um grupo social através da aquisição da linguagem, condição básica para a comunicação e o desenvolvimento de suas

relações sociais e da sua individualidade. A linguagem, enquanto produto histórico, traz representações, significados e valores existentes em um grupo social. Dessa forma, produz, transforma ou mantém relações de poder nas interações micro sociais ou micro políticas.

No cenário macro social as representações e relações de poder são compartilhadas e mantidas pelas instituições, formas jurídicas, políticas, religiões, manifestações artísticas, culturais e filosóficas. No cenário micro social se articula através da história de vida e inserção específica de cada indivíduo no contexto social.

Para a Antropologia, a experiência cultural passa através da análise dos significados simbólicos (GEERTZ, 1989). Trata-se de tornar visível a dialética das partes (formas simbólicas específicas) e do todo (a estrutura significativa do contexto cultural) que constituem o fenômeno cultural a ser compreendido. Neste caso está em jogo a relação entre a produção de sentidos culturais específicos em face de uma tradição como horizonte de significação. Trata-se de dar visibilidade à relação entre o todo e as partes, apontando para a dialética da reinvenção (GEERTZ, 1989).

Segundo Geertz (1989), o homem necessita de mecanismos de controle, de padrões de comportamento para que possa conviver em grupo. Dessa forma, a cultura é a principal representante destes padrões e mecanismos. Para o autor, a cultura é um entrelaçado de símbolos construídos historicamente que representam fontes de informação através das quais o homem se comunica, perpetua conhecimentos e atividades em relação à vida. Esses símbolos existem fora do indivíduo, independente de sua vontade e de suas escolhas.

Pode-se entender o papel de "ser mulher" através da imersão da subjetividade na cultura. As histórias de vida de Maria e Joana são permeadas pelos papéis cristalizados através das diferenças de gênero. A violência sofrida por Joana através das agressões físicas de seu marido são, infelizmente, um retrato dessas relações assimétricas entre a forma de constituição subjetiva dos papéis ou relações de gênero e o contexto sócio-histórico no qual o indivíduo está inserido ou se insere. No Brasil, de acordo com Fonseca e colaboradores (2009), cerca de uma entre cada

quatro mulheres com idade entre 12 e 65 anos sofreram agressões físicas (soco, tapa ou empurrão) do companheiro sob efeitos do álcool. "A violência de gênero no âmbito doméstico é um fenômeno extremamente complexo, que perpassa as classes sociais, os grupos étnico-raciais e as diferentes culturas de inúmeras famílias brasileiras" (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995). Tal complexidade pode ser entendida na história de vida de Joana. Ela sofreu agressões do marido durante mais uma década.

Em relação à Maria, a violência contra a criança e o adolescente vem sendo combatida ao longo das últimas décadas. No Brasil, estima-se que uma a cada cinco crianças e adolescentes sejam vítimas de alguma forma de violência (MINAYO, 2004), mas não há pesquisas em âmbito nacional que tenham avaliado a extensão dos maus tratos praticados contra indivíduos nessa faixa etária.

Um estudo nacional recente (COSTA et al., 2007), realizado na Bahia, revelou que entre os 1.293 casos de violência contra crianças e adolescentes, aproximadamente 80% ocorreram no domicílio. Entre essas violências denunciadas, a negligência apresentou o maior número de casos registrados (56%) seguidos pelas violências física (35%), psicológica (29%) e sexual (5%).

Vale lembrar que nem todos os casos de violência são notificados e nem todas as notificações são verificadas ou verificáveis, então, estes dados representam apenas uma aproximação da realidade (FERREIRA, 2005). Considerando esses números, além do fato de ser uma pesquisa recente e de que eles não refletem a totalidade dos casos, a violência psicológica corresponde a uma em cada três crianças que sofreram algum tipo de violência. Se pensarmos que na atualidade este número é menor do que a algumas décadas atrás, estes dados refletem a importante parcela da violência psicológica contra crianças e adolescentes, como na história de vida de Maria.

No que diz respeito aos agressores, o estudo de Costa et al. (2007) verificou que a mãe foi o principal agressor em relação a negligência (60,7%). Sacramento e Resende (2006) expõem que as agressões físicas e os maus tratos de ordem psicológica são remanescentes de uma cultura que compreende os castigos e

punições corporais, além da desqualificação moral ou a humilhação da pessoa como recursos de socialização e práticas educativas. De acordo com Minayo (2002) e Silva (2002) o agressor justifica a violência intrafamiliar¹⁸ como forma de educar e corrigir transgressões de comportamento.

Podemos considerar que o conceito de violência é construído culturalmente, isto quer dizer que está fortemente ligado a um processo histórico-cultural, determinado a partir das formas de relação entre os membros de uma sociedade. Contudo, esta compreensão não tem o objetivo de descaracterizar a violência do ato em si, somente contextualizar a violência (GOMES, et al., 2002).

Partimos do pressuposto de que a violência possui uma historicidade, assim como as teorias e discursos que se propõem explicá-la. Suas inúmeras manifestações particulares trazem ao debate questões universais, como a importância do valor da vida humana. Suas formas mais permanentes, reproduzidas socialmente de maneira institucionalizada (como os maus-tratos e as violências conjugais), propiciam uma reflexão sobre a intensidade e a dimensão da experiência individual (GOMES, et al., 2002, p. 708).

Embora a violência intrafamiliar não seja uma ocorrência exclusiva de determinada classe, faixa etária ou população, ela tende a vitimizar, prioritariamente, certos grupos da sociedade, como mulheres, crianças e idosos. Além disso, alguns fatores são tidos como agravantes, podendo facilitar a ocorrência de violência na família, incluindo abuso de bebida alcoólica (DOSSI, et al., 2008).

De acordo com pesquisas realizadas com o objetivo de compreender a violência doméstica no Brasil, pode-se perceber que o perfil dos agressores e das vítimas são condizentes com as histórias de Maria e Joana. A primeira sofreu violência psicológica da mãe durante a infância e a segunda foi vítima da violência

¹⁸ Violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue (Day et al., 2003, p. 10).

física do marido durante doze anos. Além disso, de acordo com as narrativas apresentadas anteriormente, percebe-se o grau de sofrimento que estas violências produziram nestas mulheres bem como o impacto que tiveram na história de suas vidas, provocando amplos danos psicológicos, emocionais e sociais.

As memórias das colaboradoras deste trabalho estão direcionadas para as situações de violência familiar. Em suas narrativas, a constituição de suas subjetividades foram direcionadas para a situação da loucura e/ou da depressão em razão das violências sofridas. A construção das narrativas sobre a sua história possibilita um entendimento do seu processo de adoecimento. Dessa forma, implicitamente, entendem sua própria história através das memórias sobre o sofrimento.

Para além das memórias sobre violência, as colaboradoras deste trabalho se enxergam numa situação de vida diferente na atualidade. Apesar do sofrimento psíquico que carregam consigo através dos anos, elas conseguiram que suas vidas fossem transformadas através do tempo. Elas atribuem a melhora da sua situação de vida aos serviços de atenção psicossocial. Nos CAPS elas constituem novos vínculos. Embora a autonomia de vida em relação ao trabalho, por exemplo, ainda seja restrita, a reinvenção de suas histórias parece ter uma forte influência do acesso ao tratamento de base comunitária e aos vínculos com outros indivíduos em situação de sofrimento psíquico. Ainda que em suas representações sobre o processo saúde-doença considerem a medicação como fator importante para a recuperação e controle da depressão em detrimento de outras alternativas psicoterapêuticas, existe uma eficácia do modelo de atenção psicossocial sobre a vida destas mulheres.

O modelo de atenção psicossocial possibilita espaços de ampliação da subjetividade, para além da doença. De acordo com as falas das entrevistadas nesta pesquisa, é possível perceber mudanças nas suas histórias de vida, entre como estavam no passado e como estão agora. Dessa forma, estas narrativas vão de encontro com a literatura sobre os processos da memória, considerada como uma constante reinvenção do passado e, em certa medida, uma possibilidade de reinventar o presente. Alistair Thomson, explora algumas interações chave dentro da

história oral: relações entre reminiscências pessoais e memórias coletivas, entre memória e identidade e entre entrevistador e entrevistado. Para este autor "compomos nossas reminiscências para dar sentido à nossa vida passada e presente" (THOMSON, 1997, p. 56).

A composição, neste contexto, remete aos processos de reconstrução das imagens do passado através da elaboração atual, utilizando as linguagens e significados conhecidos dentro da nossa cultura. Porém as imagens e linguagens disponíveis nem sempre são passíveis de adaptação as experiências pessoais.

Portanto, os relatos coletivos que usamos para narrar e relembrar experiências não necessariamente apagam experiências que não fazem sentido para a coletividade. Incoerentes, desestruturadas e, na verdade, "não lembradas", essas experiências podem permanecer na memória e se manifestar em outras épocas e lugares - sustentadas talvez por relatos alternativos - ou através de imagens menos conscientes. Experiências novas ampliam constantemente as imagens antigas e no final exigem e geram novas formas de compreensão. [...] Que memórias escolhemos para recordar e relatar (e, portanto, relembrar), e como damos sentido a elas são coisas que mudam com o passar do tempo (THOMSON, 1997, p. 56-57).

A constante (re) elaboração e (re) construção das memórias e suas narrativas atravessam "a necessidade de compor um passado com o qual possamos conviver" (THOMSON, 1997, p. 57). Dessa forma se fundamenta uma relação de reciprocidade entre identidade e memória. Nossas identidades (entenda-se subjetividade) influenciam o processo de construção das reminiscências e ao mesmo tempo são por elas influenciadas. "Construímos nossa identidade através do processo de contar histórias para nós mesmos - como histórias secretas ou fantasias - ou para outras pessoas, no convívio social" (THOMSON, 1997, p. 57).

Ao narrar uma história, identificamos o que pensamos que éramos no passado, quem pensamos que somos no presente e o que gostaríamos de ser. As histórias que relembramos não são representações exatas de nosso passado, mas trazem aspectos desse passado e os moldam para que se ajustem às nossas identidades e aspirações atuais (THOMSON, 1997, p. 57).

As narrativas sobre situações de sofrimento psicológico e violência física parecem ter um forte impacto nas memórias das entrevistadas. Embora ocorram ajustes das memórias sobre o passado com a identidade / subjetividade atual, as situações de violência devem estar minimizadas, já que narrar situações de sofrimento psíquico são atenuadas com o passar dos anos a medida que o indivíduo compreende como conviver com elas. Isto faz parte do processo psicoterápico. Se o sofrimento não fosse atenuado a situação de saúde mental tenderia a declinar com o passar dos anos. A reelaboração das memórias sobre as violências devem corresponder a uma parte que ainda não foi elaborada e, provavelmente, as situações de violência mais profundas sejam destinadas para fora da consciência, ao inconsciente. Assim se processa a construção da identidade / subjetividade dos indivíduos, atreladas ao conceito da multiplicidade.

Hall (2000) afirma que o sujeito contemporâneo apresenta-se composto de várias identidades. Desse modo, ele é definido como um indivíduo que não possui uma identidade permanente, como uma unidade subjetiva, e sim uma multiplicidade de desconcertantes e cambiantes identidades possíveis, podendo-se com cada uma delas se identificar. De acordo com esse enfoque é possível pensar que todos são submetidos continuamente a influências de diversos sistemas culturais que se interpenetram e se entrecruzam, promovendo uma heterogeneidade cultural pela convivência de vários códigos simbólicos dentro de um mesmo grupo e até mesmo em um só sujeito. Hall (2000) defende que a identidade também pode ser pensada como várias máscaras sociais e ideológicas que nos identificam como seres humanos em momentos distintos. Em suas palavras, “em vez de falar da identidade como uma coisa acabada, deve-se falar de identificação, e vê-la como um processo em andamento” (HALL, 2000, p. 39).

Ciampa (1991) fala da identidade como conhecimento de si, que é dado pelo reconhecimento recíproco dos indivíduos identificados através de um determinado grupo social que existe objetivamente, com sua história, suas tradições, suas normas, interesses, entre outras coisas. A identidade com forte componente temporal, restrito a um momento originário, onde existe uma identificação, como por exemplo, "sou depressivo", e na qual o sujeito adquire e incorpora esta identidade.

Esta identidade pode ser alterada ou mantida em outros momentos futuros através da reflexão. Assim "estabelece-se uma intrincada rede de representações que permeia todas as relações, onde cada identidade reflete outra identidade, desaparecendo qualquer possibilidade de se estabelecer um fundamento originário para cada uma delas" (CIAMPA, 1991, p. 67). Dessa forma a identidade é a continuidade das características do indivíduo através do tempo, enraizadas na memória, no hábito e nas formas de tradições comunitárias. "É algo que se modifica de maneira lenta e imperceptível, por sofrer pequenas mudanças e variações em relação à sociedade da qual faz parte" (LANE; CODO, 1991, p. 83) . Entender o processo de organizações de pequenos grupos sociais fornece uma compreensão da identidade social dos indivíduos (LANE; CODO, 1991).

O indivíduo, na sua relação com o ambiente social, interioriza o mundo como realidade concreta, subjetiva, na medida em que é pertinente ao indivíduo em questão, e que por sua vez se exterioriza em seus comportamentos. Esta interiorização-exteriorização obedece a uma dialética em que a percepção do mundo se faz de acordo com o que já foi interiorizado, e a exteriorização do sujeito no mundo se faz conforme sua percepção das coisas existentes (LANE; CODO, 1991, p. 83).

Dessa forma, o mundo social e institucional é visto como uma realidade objetiva, concreta, esquecendo-se que esta objetividade é produzida e construída pelos indivíduos através de um processo histórico. O indivíduo apreende os papéis sociais através do processo de socialização primária e secundária (LANE; CODO, 1991). A primeira ocorre através das relações micro sociais, dentro da família, onde a criança internaliza aspectos "decorrentes da inserção da família numa classe social, através da percepção que os pais possuem do mundo" (LANE; CODO, 1991, p. 84). Dentro de uma leitura marxista, a segunda forma de socialização acontece através da "própria complexidade existentes nas relações de produção, [...] levando o indivíduo a internalizar as funções mais específicas das instituições" (LANE; CODO, 1991, p. 84).

[...] a história de vida de cada membro do grupo [social] também tem importância fundamental no desenrolar do processo grupal. Para fins

de observação e análise, entretanto, poder-se-ia dizer que a história de cada um acha-se condensada, no grupo, pelo sistema de papéis que ele assume e desempenha no decorrer do processo. Ou seja, a história de cada um presentifica-se pelas formas concretas através das quais ele age, se coloca, se posiciona, se aliena, se perde ou se recupera ao longo do processo. Isso não exclui, entretanto, a necessidade de uma pesquisa sistemática da história de cada um, quando isso se fizer necessário (LANE; CODO, 1991, p. 85).

Silvia Lane (1991) também estuda a relação entre psicologia e gênero, ou seja, da construção social da identidade feminina. "Esta cristalização faz com que os papéis sejam vistos como tendo uma realidade própria, exterior aos indivíduos que têm de se submeter a eles, incorporando-os" (LANE; CODO, 1991, p. 83). Esta construção formata a subjetividade através dos componentes culturais e sócio-históricos.

Na história de vida de Joana e Maria, é possível verificar a cristalização do papel feminino, através da falta de apoio e suporte na rede familiar, da redução do acesso ao mercado de trabalho por sua condição psíquica e da violência na qual estiveram inseridas, tornando-se uma armadilha social que as aprisionou na situação de sofrimento.

Estas histórias de vida são singulares, mas que compartilham componentes, no contexto social, com as mulheres que sofrem violência doméstica. Estas características de restrição a uma série de possibilidades aprisionam as mulheres em papéis femininos que não são favoráveis ao seu desenvolvimento psicossocial e econômico. Ou seja, é possível visualizar a complexa relação entre os componentes macro e micro sociais que configuram a vida de um indivíduo. Em alguns casos essa configuração pode facilitar o desenvolvimento psicossocial, em outros casos podem limitar o indivíduo durante anos, impedindo que consiga se reconhecer detentor de habilidades e, principalmente, da capacidade de mudança.

Numa compreensão sobre as histórias de vida, Jacques Marre assinala que história oral leva em conta "a descontinuidade e as rupturas ocorridas tanto ao nível da vida individual como coletiva" (MARRE, 1991, p.91). A descontinuidade deve ser

interpretada como uma "ruptura entre um significado imediato e um significado reconstruído" (MARRE, 1991, p. 134).

Colocando a problemática do uso da história de vida nessa perspectiva, encaminha-se, assim, uma forma de iniciar a construção de um objeto científico, cujo fundamento é um conjunto real e histórico de relações sociológicas e empíricas vividas por um grupo, mas captadas através das histórias de vida. Essas são totalidades sintéticas. Cada uma forma um todo. Mas, entre elas, não há elos de continuidade, mas muito mais descontinuidades (MARRE, 1991, p. 110).

As histórias de vida criam a possibilidade de uma diversidade de conteúdos, pautadas no reconhecimento da singularidade, isto é, a capacidade relativa de um único sujeito expressar tendências gerais e comuns a um grupo social. As histórias de vida possibilitam o entendimento do geral e do particular, a "face externa da vida, com seus acontecimentos e objetivos" e a "face interna, o vivido, o provado" (MARRE, 1991, p. 102). As histórias de vida, através daquilo que há de particular, a trajetória singular de cada indivíduo, está inserida dentro de um contexto social, referente a realidade de um ou mais grupos sociais. "Ela é um pequeno universo, uma totalização do sistema social, ou seja, uma maneira sintetizada de cada indivíduo apreender o social, narrá-lo e reconstruí-lo" (MARRE, 1991, p. 132).

O indivíduo compartilha com o seu grupo social a língua, a classe social, a visão de mundo, as representações e relações sociais ou de poder. Seus significados constituem-se em lembranças e memórias. Quando a lembrança faz parte da memória do indivíduo, é o grupo social onde está inserido ou a cultura que influencia o que deve ser registrado, lembrado. Os sujeitos se identificam com os acontecimentos importantes para o seu grupo, sejam eles fatos ou estruturas. Considera-se que no âmbito social ou individual a memória é seletiva. Dessa forma, um dos objetivos do pesquisador é desvendar ou atribuir os princípios desta seleção da memória de seus colaboradores.

A memória é um elemento formador da subjetividade ao permitir a construção da continuidade e coerência para um indivíduo ou sociedade. A memória

busca reforçar sentimentos de pertencimento, nos quais a referência ao passado serve como um meio para manter a união dentro de um determinado contexto ou grupo social. Segundo Pollak "manter a coesão interna e defender as fronteiras daquilo que um grupo tem em comum, [...], eis as duas funções essenciais da memória comum" (POLLAK, 1989, p. 9). A memória pode ser compreendida como forma de organização da subjetividade.

No momento em que a memória se encontra constituída, ela também sofre processos de manutenção, continuidade e de reorganização. As permanências e as ausências possuem um caráter de extrema importância, porque "é necessário compreender as palavras que jamais foram ditas [...] é necessário fazer falar os silêncios da história, estas terríveis pausas em que ela não diz nada e que são justamente seus acentos mais trágicos" (RANCIÈRE, 1994, p. 70). Isto é, memórias e silêncios, lembranças e esquecimento convivem em um mesmo espaço e acabam dependendo uns dos outros para sobreviverem. "A memória é constituída tanto de lembrança como de esquecimento, pois só esquecendo aprendemos e por conseguinte produzimos memória" (PINHEIRO, 2004, p. 91).

Nesta acepção a memória torna-se uma forma de produção do conhecimento. O conhecimento sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. A experiência subjetiva que considera o aparecimento das reflexões e percepções sobre a realidade é a ferramenta fundamental na construção do conhecimento. A relação entre o conhecimento e a história é um dos objetivos estabelecidos por Michael Foucault no seu livro *As palavras e as coisas*. As ciências humanas, segundo Foucault (1995), é um campo do saber iniciado conjuntamente com a época moderna, onde o saber é voltado para o homem. Segundo o autor, a origem das ciências humanas reside nas ciências empíricas e na filosofia.

[...] o homem passa a desempenhar duas funções complementares no âmbito do saber: por um lado, é parte das coisas empíricas, na medida em que vida, trabalho e linguagem são objetos - estudados pelas ciências empíricas - que manifestam uma atividade humana; por outro lado, o homem - na filosofia - aparece como fundamento, como aquilo que torna possível qualquer saber. [...] o homem não é

mais considerado como objeto ou sujeito, mas como representação (MACHADO, 2009, p. 112).

Compreendendo a memória como produto da linguagem, podemos considerá-la como parte simbólica, integrante do imaginário social. Assim, tanto a memória quanto a tradição estão conectadas com uma situação social e cultural específica, enquanto testemunhas históricas das representações sociais. No espaço da memória é que podemos perceber a relação entre história e subjetividade, seja individual ou coletiva. A memória acomoda uma diversidade de representações, incluindo aquelas referentes ao processo saúde-doença. As memórias individuais são representantes de uma realidade social compartilhada. Os acontecimentos da vida cotidiana, embora singulares, acabam apresentando conexões com o contexto social do indivíduo.

As histórias de vida de Maria e Joana são diferentes, mas ao mesmo tempo compartilham similaridades, como, por exemplo, a situação da violência de gênero sofrida por ambas narradoras: a violência psicológica sofrida por Maria, na qual a "agressora" foi a mãe e a violência física sofrida por Joana, na qual o agressor foi o marido.

As duas histórias compartilham contradições nas memórias, ou seja, as duas narram suas infâncias como um período feliz de suas vidas. Para Maria, apesar de ter sofrido com as constantes violências pela mãe, considera sua infância feliz amparada no fato de que sua avó exerceu o papel de mãe, fornecendo carinho e cuidados básicos, segundo sua narrativa.

A minha infância foi muito boa. Foi feliz. A minha avó me tratava muito bem. Nunca me faltou alimentos, roupas, brinquedos. Eu frequentei a creche, fui ao colégio. Viajei com ela para o Rio de Janeiro. Inclusive morei dois anos lá no Rio com ela, quando eu tinha entre 9 e 11 anos de idade. Depois nós voltamos para cá. Eu tinha os meus amigos, lá da rua de casa, do colégio. Foi uma infância boa, bem feliz até os catorze anos. Nessa época morávamos eu, a minha avó, a minha mãe e os meus irmãos.

Para Joana, apesar de não relatar nenhuma forma de violência do seu pai, parece consenso na literatura em saúde mental que a presença de um indivíduo alcoolista na família gera um grande sofrimento a todos os envolvidos e, em alguns casos, pode ocasionar profundas alterações na forma de comportamento dos indivíduos da família. Soma-se a isto o fato de Joana ter se relacionado com um indivíduo alcoolista e agressor.

O casamento e a maternidade estão relacionadas com o adoecimento psíquico entre as mulheres das camadas populares com baixa escolaridade (SANTOS, 2009). A violência de gênero esteve presente nessas narrativas e ocupa um lugar importante.

Entre essas mulheres, a vivência do adoecimento psíquico não as impede de desempenhar as prescrições tradicionais de gênero; desta forma, desempenham os papéis de mãe e de esposa e se encarregam das tarefas domésticas. A tarefa do cuidado socialmente atribuído às mulheres faz com que estas, mesmo enfermas, sigam cuidando de seus familiares (SANTOS, 2009, p. 1180).

As histórias de vida deste trabalho demonstram que o adoecimento psíquico feminino mantém uma estreita relação com o problema da violência contra as mulheres, seja psicológica ou física. As narrativas das usuárias são relacionadas com agressões físicas e psicológicas. Não é possível estabelecer uma relação causal entre as agressões e o desenvolvimento do transtorno mental. Apesar de o processo de construção e registro das memórias e a distância temporal entre as agressões e o momento das entrevistas serem diversificados, é importante considerar, ao menos, a forte influência que estas agressões tiveram na manifestação do transtorno mental.

Uma questão importante de pensar é a relação entre as políticas públicas de saúde e a questão da violência contra a mulher. Estas políticas não estavam disponíveis ou integradas a rede de saúde mental. Atualmente existe uma integração entre tais políticas?

As mudanças no sistema psiquiátrico brasileiro, a partir do paradigma da desinstitucionalização e a implantação do CAPS em todo o país, propõem uma reflexão acerca do cuidado aos pacientes com transtornos mentais severos. A família neste contexto assume um papel de fundamental relevância, uma vez que neste novo modelo de atendimento psiquiátrico procura-se manter os vínculos do paciente com a sociedade em geral.

Desta forma, cabe indagar a respeito de quais são as pessoas que se encarregam da questão do cuidado no âmbito extra-hospitalar. De maneira geral, as pesquisas relatam que o papel de cuidador dentro da família é realizado por mulheres. Nas histórias de vida de Maria e Joana, além de lidar com seus sofrimentos psíquicos, elas também exercem papel de cuidadoras. Maria cuida do seu irmão e Joana cuida da sua filha. Os cuidados direcionados a elas, segundo suas narrativas, são realizados apenas nos serviços de saúde mental. A falta de estrutura familiar e social é um importante aspecto nas suas histórias de vida.

Um dos desafios a ser enfrentado no âmbito da sociedade brasileira, em particular no movimento da Reforma Psiquiátrica, está relacionado com uma das premissas básicas deste movimento: incluir os portadores de transtornos mentais nas relações sociais. Isto significa propiciar formas de integração com a sociedade, não restringindo o contato social do usuário apenas a família e ao serviço de saúde. Portanto, desenvolvendo as habilidades sociais e ampliando o acesso dos usuários em relação a educação, trabalho e cultura. Significa descentralizar as práticas terapêuticas para que não fiquem restritas as terapias psicofarmacológicas e lúdico terapêuticas. Estas últimas são necessárias, mas não são suficientes. Significa que os usuários dos serviços de saúde mental necessitam de políticas amplas de inclusão social para além dos serviços de saúde mental.

CONCLUSÕES

Este trabalho teve como objetivo compreender e analisar a perspectiva de duas usuárias dos CAPS e o impacto da Reforma Psiquiátrica brasileira nas suas experiências individuais, na cidade de Pelotas, no ano de 2011. Através das histórias de vida dessas mulheres, que compartilharam suas memórias, suas angústias, seus traumas, suas potencialidades e seus desejos, foi possível analisar algumas das implicações da Reforma Psiquiátrica brasileira no cotidiano, ou seja, no usuário do serviço de saúde mental, a pessoa com sofrimento psíquico.

Estas histórias de vida, mesmo que de um número reduzido de entrevistadas, refletem, de forma singular, as histórias de vida de outras usuárias dos serviços de saúde mental em todo país. Para além do diagnóstico médico, psiquiátrico ou psicológico, existem complexas redes de relações e representações sociais que contribuem de maneira significativa no direcionamento das histórias de vida de pessoas com sofrimento psíquico.

No caso das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, a violência foi analisada com o principal contribuinte para o desenvolvimento e manutenção dos transtornos mentais. A enorme produção científica sobre o tema da violência, em específico contra a mulher, consegue identificar o tamanho do problema, isto é, qual o número de pessoas que são afetadas pelas violências domésticas e também o perfil das vítimas e dos agressores, ou seja, quais as características relacionadas com a violência. No entanto, a compreensão dos determinantes sociais (se eles existirem e se isto for possível), sejam eles históricos, culturais, sociais ou psicológicos ainda é um desafio para a ciência nesta área do conhecimento.

A compreensão das relações de gênero e saúde mental ainda é um campo do conhecimento que precisa ser ampliado. As escassas pesquisas sobre o tema

não conseguem fornecer uma compreensão entre a articulação destes dois temas - dificuldade enfrenta também neste trabalho. Compreender a saúde mental através das relações de gênero é uma tarefa bastante difícil, tanto pelas limitações teóricas como pelos delineamentos de pesquisa. Focar a relação de gênero na medicalização da mulher e nas classificações diagnósticas que identificam as mulheres como tendo maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais é uma perspectiva muito limitada.

Se considerarmos o estágio do conhecimento atual sobre as relações humanas, tudo o que já sabemos, conseguimos ter uma pequena ideia da complexidade de estudar o campo da saúde mental e suas implicações com outras áreas do conhecimento. Este trabalho teve um grande desafio de tentar estabelecer um diálogo entre áreas do conhecimento que conversam pouco ou que conversam apenas em tópicos específicos. Compreender a história de vida individual, através de processos sociais, no campo da saúde mental e das relações de gênero não foi/é tarefa fácil.

Este trabalho teve a pretensão de compreender como as transformações no âmbito institucional (macro social) envolvem os indivíduos e suas relações sociais (micro social), procurando estabelecer categorias de análise que englobassem os dois aspectos, micro e macro social, através das relações de gênero. Através das histórias de vida de duas mulheres, usuárias dos serviços de saúde mental, procurou analisar as vivências e experiências sociais e de gênero em relação a sua situação de saúde atual. Foi possível identificar algumas características compartilhadas entre mulheres que vivem situações sociais diversas. A experiência do isolamento social, produzido pela própria doença, foi agravada pela inexistência de políticas públicas direcionadas as mulheres. Na história de Maria, a condição social desfavorecida torna-se um agravante. Na história de Joana, a separação do agressor e o desenvolvimento do transtorno mental, a colocaram numa situação social desfavorecida. Além disso, as duas narrativas demonstram que a ausência dos serviços de saúde mental no início dos sintomas foram fatores opostos para a sua saúde. A inserção nos serviços de saúde mental comunitários é identificada como um divisor na história de vida em relação a saúde. No entanto, a restrição em

relação a inclusão social e acesso a condições de trabalho ainda são uma realidade na vida destas duas mulheres.

Dessa forma, conclui-se que os "novos" serviços de saúde mental desempenham um papel importante no âmbito da assistência a saúde mental, contudo, as políticas de saúde mental devem incluir abordagens mais amplas, para que os usuários dos serviços possam, efetivamente, ser incluídos nos processos de interação social, através dos processos de trabalho e no cotidiano da vida.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, F.; BARKER, G. **Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2003.

ALMEIDA, Ana Maria de et al. Maternidade na adolescência: um desafio a ser enfrentado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, out. 2003.

ALMEIDA, Kamila Siqueira de; DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, Ana Kalliny. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2010.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.10, n. 20, dez. 2006.

AMARANTE, Paulo. Novos tempos em saúde mental, **Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de estudos de saúde** (CEBES), Nº 37, dezembro de 1992.

ARAUJO, Taís Castelo Branco Crisóstomo de; MOREIRA, Virginia; CAVALCANTE JUNIOR, Francisco Silva. Sofrimento de Sávio: estigma de ser doente mental em Fortaleza. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jun. 2008.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 2000.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.54, n.1, p.34-46, 2005.

BARTLEY, M., OWEN, C. Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change. **British Medical Journal**, 313, 445-449, 1996.

BENHABIB, S. "Modelos de espacio publico". In: **El ser y el otro em la ética contemporânea: feminismo, comunitarismo e posmodernismo**. Barcelona: Gedisa, 2006.

BENITES, A. P. O., BARBARINI, N. "Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero". **Psicologia e Sociedade**; 21 (1): 16-24, 2009.

BENOIT, Lelita Oliveira. Feminismo, gênero e revolução. **Revista Crítica Marxista**, 2000.

BERGER, P. LUCKMANN T. A. **A construção social da realidade**. Petrópolis, Editora Vozes, 2009.

BORENSTEIN, Miriam Süssking et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. spe, nov. 2008.

BOWLING, A. **Measuring health: A review of quality of life measurement scales**. Philadelphia: Open University, 1997.

BRASIL. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. (Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**, 2002. (Disponível em <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>)

BRASIL. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Lei Maria da Penha : Lei **no 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 9**, Ano VI, nº 9, julho de 2011. Brasília, 2011.

BRITO, Maria Noemi Castilhos. Gênero e cidadania: referenciais analíticos. **Revista Estudos Feministas**, volume 9, 2001.

CAETANO, R.; SCHAFFER, J.; CUNRADI, C. Alcohol related intimate partner violence among white, black and hispanic couples in the in the United States. **Alcohol Research and Health**, Port Royal Road, v. 25, n. 1, p. 58-65, 2001.

CALAZANS, Roberto; LUSTOZA, Rosane Zétola. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 60, n.1, abril, 2008.

CANDAU, Joel. **Antropologia de la memoria**. Buenos Aires: Nueva Vision, 2006.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 9, n. 1, abr. 2004.

CARVALHO, I. S., COELHO, V.L.D. Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. **Estudos de Psicologia**, 10(2), 231-238, 2005.

CIAMPA, A. C. **Identidade**. In: LANE,S.T.M.: CODO,W. (org.) **Psicologia Social**: o homem em movimento. São Paulo, Brasiliense, 1984. cap.2, p.58-75.

COIMBRA, V. C. C. (Org.) ; KANTORSKI, L. P. (Org.) . **Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária PREC -UFPEL, 2010. v. 1. 407 p.

COSTA, Maria Conceição Oliveira et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, Oct. 2007.

DAY, Vivian Peres et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2012.

DEEKE, Leila Platt et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, Junho, 2009 .

DELGADO, Ana Cristina Coll; MULLER, Fernanda. Apresentação. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n.91, agosto, 2005.

DELORY-MOMBERGER, C. Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.32, n.2, p. 359-371, maio/ago. 2006.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, Vol. 6, Nº 1, 2007.

DIGIAMPIETRI, Maria Carolina Casati. **Narrativas de mães ouvintes de crianças surdas: oralidade, metáfora e poesia**. 2009. 226 f. Dissertação (Mestrado em Letras). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, jun. 2006.

DOHRENWEND, B. P. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 25, 41-47, 1990.

DOSSI, Ana Paula et al . Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Aug. 2008.

ELLSBERG, M. et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. **Social Science and Medicine**, London, v. 51, n. 11, p. 1595-1610, 2000.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios**, Rio de Janeiro, 1830-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ENGEL, Magali Gouveia. Sexualidades interditas: loucura e gênero masculino. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p. 173-190, jun. 2008.

FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.231-242, jun. 2008.

FERREIRA MCT, MARTURANO EM. Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicologia Reflexão e Crítica**, 2002.

FERREIRA, Ana L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 81, n. 5, Nov. 2005.

FIGUERA, Sérvulo. Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica. In: FIGUEIRA, Sérvulo. **Efeito Psi: a Influência da Psicanálise**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

FLAX, Jane. **Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista**. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque. Pós-modernismo e política, Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1992.

FONSECA, Arilton Martins et al. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, out. 2009.

FONSECA, T.M.G.; PERRONE, C.M.; ENGELMAN, S. Bárbaros no século XXI? What is barbarity in actuality? In: LINS, D.; PELBART, P.P. (Orgs.). **Nietzsche e Deleuze: bárbaros e civilizados**. São Paulo: AnnaBlume, 2004. p.221-34.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 17ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michel. In: MOTTA, MB (org). **Ética, Sexualidade, Política**. Ditos e Escritos. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 7. ed. São Paulo: M. Fontes, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FUREGATO, A.R.F. et al. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.11, n.3, p.51-6, 2002.

GALVANI, Debora; BARROS, Denise Dias. Pedro e seus circuitos na cidade de São Paulo: religiosidade e situação de rua. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2010.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, London, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, 2006.

GARRIDO, Pedro B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2010.

GEERTZ, Clifford. **Negara**: o Estado teatro no século XIX. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil ; Difel, 1980.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTD, 1989.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: UNESP, 1993.

GIGANTE, Marisa Petrucci. **Perfil das oficinas de geração de trabalho e renda no âmbito da atenção psicossocial no Brasil**, 2011. (Dissertação) Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais. Universidade Católica de Pelotas.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GOMES, Romeu et al. Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, June 2002.

GONÇALVES, Rita de Cássia; LISBOA, Teresa Kleba. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Katálisis**, Florianópolis v.10, n. esp. p. 83-92, 2007.

GOULART, M. S. B. & DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, 22(1), 112-120, 2010.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis, Editora Vozes, 1996.

GUERRA, Camila Peixoto Pessôa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 42, abr. 2009 .

GUIMARÃES, Jacileide. **Sobre a criação do hospital Santa tereza de Ribeirão Preto: outras raízes de uma história**. Ribeirão Preto, SP, EERP, USP, 2001. Dissertação de Mestrado apresentada à escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

GULLESTAD, M. Infâncias imaginadas: construções do eu e da sociedade nas histórias de vida. **Educação e Sociedade**, Campinas, vol. 26, n. 91, p. 509-534, Maio/Ago. 2005.

GUSMÃO, D. S. & JOBIM E SOUZA, S. História, memória e narrativa: a revelação do “quem” nas histórias orais dos habitantes do Córrego dos Januários. **Psicologia & Sociedade**, 22(2), 288-298, 2010.

HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós-Modernidade**. 4 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

HAMMARSTRÖM, A. JANLERT, U. 'THEORELL, T. Youth employment and ill health: Results from a 2-year follow-up study. **Social Science and Medicine**, 26:1025-1033, 1988.

HEISE, L.; ELLSBURY, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. *Population Reports*, Baltimore, v. 27, n. 4, p. 1-43, 1999.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais** (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2001.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. **Em busca de lugares perdidos: Assistência ao doente mental revelada através da história de vida**. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. História de Hélia: referência existencial da esquizofrenia paranóide. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.13, n.1, p. 55-65, 2000.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. História de vida: instrumento para captação de dados na pesquisa qualitativa. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.11, n.2, p. 32-37, 1998.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. Representação da identidade de Armindo. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.7, n.1, p. 43-49, jan/mar, 1994.

JOSHI, H. E. Changing roles of women in the British labour market and the family. In: **Frontiers of Economic Research**, London: Macmillan, 1990.

JOSSO, MC. História de vida e projeto: a história de vida como projeto e as "histórias de vida" a serviço de projetos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 11-23, jul./dez. 1999.

KEHL, M.R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KING, S. et al. Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. **Psychiatry Res.**, n.117, p.211-22, 2003.

KOSS, M. P. et al. **No safe heaven: male violence against women at home, at work, and in the community.** Washington, DC: American Psychological Association, 1994.

LANE, Silvia T. M.; CODO, Wanderley (Org.). **Psicologia social: o homem em movimento.** 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LAUBER, C. et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. **Eur. Psychiatry**, n.18, p.285-9, 2003.

LE MOS, Flavia Cristina Silveira; CARDOSO JUNIOR, Hélio Rebello. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, Dec. 2009 .

LEVI, Giovanni. Sobre a micro-história. IN: BURKE, Peter. **A escrita da história: novas perspectivas.** São Paulo: Editora da UNESP, 1992. p. 133-161.

LIMA, José Carlos de Souza; PERET, José Ricardo; PENELLO, Liliane Mendes; VAISSMAN, Magda; COMDE, Mariza Velloso F.; RABACOV, Mauro; COSER, Orlando Alberto; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; SILVA, Pedro. A psiquiatria no âmbito da Previdência Social. **Revista Saúde em Debate**, nº 10, abr/mai/jun, 45-48, 1980.

LOWENTHAL, David. Como conhecemos o passado. **Projeto História**, São Paulo, PUC/SP, n.17, novembro de 1998.

LOWYCK, B. et al. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. **Eur. Psychiatry**, n.19, p.395-401, 2004.

MACHADO, L. M. V. The problems for woman headed households in a low-income housing programme in Brazil. In: **Women, Human Settlement and Housing**, London: Tavistock Publications, 1991.

MACHADO, Roberto. **Introdução** In: FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a Ciência e o Saber**. Editora Jorge Zahar, 2007.

MAGLIANO, L. et al. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. **Soc. Sci. Med.**, v.61, p.313-22, 2005.

MALUF, Sônia W. Gênero, subjetividades e saúde mental. Práticas e representações sobre "saúde mental" através de uma abordagem de gênero. Projeto de Pesquisa, UFSC, 2006.

MARRE, Jacques L. História de vida e método biográfico. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, UFRGS, v. 3, n. 3, p. 89-141, 1991.

MARTINS, Anderson Luiz Barbosa. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n. 3, Dec. 2008.

MATTOS, Rafael da Silva; LUZ, Madel Therezinha. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. 5ª ed., São Paulo: Loyola, 2005.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

MENEGHEL, Stela Nazareth. História de vida - notas e reflexões de pesquisa. **Athenea Digital**, número 12:155-129, 2007.

MENEGHEL, Stela Nazareth; INIGUEZ, Lupicínio. Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Aug. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, June 2004 .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal, Márcia Faria. **Violência e criança**. São Paulo, Edusp, 2002.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC-Abrasco, 1992.

MINUCHIN, Salvador. **Família, Funcionamento e Tratamento**. Porto Alegre, Artmed, 1982.

MINUCHIN, Salvador. **La recuperacion de la familia: relato de esperanza y renovacion**. Buenos Altes: Paidos, 1993.

MOORE, Henrietta L. Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. **Cadernos Pagu**, 2000.

MORAES, Maria. L.Q. de. Cidadania no feminino. In: Jaime Pinsky & Carla Bassanezi Pinsky (orgs.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2005.

MOREIRA, Virginia; GUEDES, Dilcio. Largada pelo marido! O estigma vivido por mulheres em Tianguá-CE. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, abr. 2007 .

MOREIRA, Virgínia; NOGUEIRA, Fernanda Nícia Nunes. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2008 .

NAJMAN, J. M. Health and poverty: past, present and prospects for the future. **Social Science and Medicine**, 36(2), 157-166, 1993.

NARDI. H.C. **Trabalho e ética: os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999)**. Tese

(Doutorado em Sociologia). Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

NARVAZ, M. G., KOLLER, S. H. A concepção de família de uma mulher-mãe de vítimas de incesto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2006.

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011.

NATIONS, Marilyn K.; LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. Stigma, deforming metaphors and patients' moral experience of multibacillary leprosy in Sobral, Ceará State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, jun. 2009.

NEGRÃO, T. Feminismo no plural. In: M. TIBURI, M. M. MENEZES, EGGERT, E. (Orgs.), **As mulheres e a filosofia** (pp. 271-280). São Leopoldo: UNISINOS, 2000.

NETO, Antonio Quinto. A Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: Do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. **Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de estudos de saúde** (CEBES), Nº 37, dezembro de 1992.

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**; 43 (Supl. 1): 101-108, 2009.

OLIVEIRA, E. N. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química**. Sobral: Edições UVA, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva (CH): World Health Organization; 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sobrecarga em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicol. Estud.**, v.11, n.3, p.569-77, 2006.

PELUSO, Érica Toledo Piza; BLAY, Sérgio Luís. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 2010.

PEREIRA, Verbena Laranjeira. Gênero: Dilemas de um conceito. In: STREY, M.N. CABEDA, S.T.L. PREHN, D.R. (orgs). **Gênero e cultura**: questões contemporâneas, vol. 1. Coleção Gênero e Contemporaneidade. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. A Reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: Estratégias em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, julho-agosto, número 15, volume 4, 2007.

PIMENTEL, Silvia. PANDJIARJIAN, Valéria, BELLOQUE, Juliana. "Legítima Defesa da Honra" Ilegítima impunidade de assassinos: Um estudo crítico da legislação e jurisprudência da América Latina. In: Vida em família: uma perspectiva comparativa sobre "crimes de honra". **Revista Pagu**, Campinas, 2006.

PINEAU, G. As histórias de vida em formação: gênese de uma corrente de pesquisa-ação-formação existencial. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.32, n.2, p. 329-343, maio/ago. 2006

PINHEIRO, M. J. **Museu, memória e esquecimento**: um projeto da modernidade. Rio de Janeiro, 2004.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1995.

POLLACK, Michael. Memória, Esquecimento, Silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 3, 1989.

POLLAK, Michael. Memória e identidade social. In: **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 5, n.10, 1992. (Disponível em <http://www.cpdoc.fgv.br/revista/arq/104.pdf>, acessado em 12 janeiro de 2011)

PORTELLI, Alessandro. Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral. IN: Ética e História Oral. **Projeto História**. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC-SP. São Paulo, vol. 15, 1997, p. 13-49.

PORTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2010.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Coleção Loucura & Civilização, vol. 4. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PRÁ, J. R. O feminismo como teoria e como prática. In: STREY, M. (Org.), **Mulher**: Estudos de gênero (pp. 39- 57). São Leopoldo: UNISINOS, 1997.

PRESSER, Adriana Dewes; MENEGHEL, Stela Nazareth; HENNINGTON, Élida Azevedo. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, Setembro, 2008.

RABINOW, P. ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política Trabalho Revista de Ciências Sociais**, 1(2), 27-57, 2006.

RANCIÈRE, Jaques. **Os nomes da história**: Ensaio de Poética do saber. São Paulo: EDUC/Pontes, 1994.

RODRIGUEZ, M. S. & COHEN, S. **Social support**. Encyclopedia of Mental Health, 3, 535-544, 1998.

ROMERO-SALAZAR, Alexis et al . El estigma en la representación social de la lepra. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 1995.

ROQUE JUNGES, José. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. **Acta bioethica**, Santiago, v.17, n. 2, nov. 2011.

ROSA, L.C.S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. Rev.**, v.11, n.18, p.205-18, 2005.

ROSE, L.E.; MALLINSON, R.K.; GERSON, L.D. Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, v.20, n.1, p.41-51, 2006.

ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROVINSKI, Sônia Liane Reichert. **Dano psíquico em mulheres vítimas de violência**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen.2004.

SACRAMENTO, Livia de Tartari e; REZENDE, Manuel Morgado. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, Canoas, n. 24, dez. 2006.

SAFFIOTI, H.I.B. **Mulher Brasileira**: Opressão e exploração. Rio de Janeiro: Achiamé, 1984.

SAFFIOTI H.I.B. & ALMEIDA S.S. **Brasil: Violência, poder, impunidade**. In: Violência de Gênero: Poder e Impotência, p. 3-27, Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1995.

SAFFIOTI, H.I.B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, Dec. 1999.

SAFFIOTI, H.I.B. **Violência de gênero: lugar da práxis na construção da subjetividade**. Lutas Sociais. São Paulo, PUC, 1997.

SAFFIOTTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, 22(2), 382-387, 2010.

SANTI, Liliane Nascimento de; NAKANO, Ana Márcia Spanó; LETTIERE, Angelina. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio

recebido em seu contexto social. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, set. 2010.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 25, n. 1, jun. 2008.

SANTOS, Nádia Maria Weber. **A tênue fronteira entre a saúde e a doença mental: um estudo de casos psiquiátricos à luz da nova história cultural (1937-1950)** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História, 2000.

SANTOS, Nádia Maria Weber. **Histórias de Sensibilidades: Espaços e Narrativas da Loucura em Três Tempos (Brasil, 1905/1920/1937)**. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

SAYÃO, Deborah Thomé. Corpo , poder e dominação: um diálogo com Michelle Perrot e Pierre Bourdieu. **Revista Perspectiva**, volume 21, número 1, 2003.

SCHWANTES, Cíntia. A voz da louca, a voz da Outra. **Revista Estudos Feministas**. Labrys agost/dez, 2005. (disponível em <http://hdl.handle.net/10482/3737>)

SILVA, Gisele da; SANTOS, Manoel Antônio dos. Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 26 (1), 85-92, janeiro-março, 2009.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife, EDUPE, 2002 (Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1492_M.pdf Acessado em Janeiro de 2012).

SILVA, L. L., COELHO, E. B. S., CAPONI, S. N. Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 11(21), 93-103, 2007.

SILVEIRA, Maria, L. da .**O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

SUIT, Dafne; PEREIRA, Marcos Emanuel. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2008.

TEIXEIRA, Mônica. Estigma e esquizofrenia: repercussões do estudo sobre discriminação experimentada e antecipada. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, jun. 2009.

TELES, M. A., MELO, M. **O que é violência contra a mulher** (Coleção Primeiros Passos, 314). São Paulo: Brasiliense, 2003.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, Oct. 2008.

THOMSON, Alistair. Reconstituo a memória: questões sobre a relação entre a História Oral e as memórias. **Projeto história**. São Paulo: PUC/SP, n.14, fevereiro de 1997.

TOLEDO, C. **Mulheres:** o gênero nos une, a classe nos divide. Série Marxismo e opressão. São Paulo: José Luís e Rosa Sundermann, 2003.

TOMASI, E., SILVA, R., FACCHINI, A. et al. **Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas, RS.** Relatório Final da Pesquisa, 2008.

VASCONCELLOS, Cristiane Teresinha de Deus Virgili; VASCONCELLOS, Silvio José Lemos. A doença mental feminina em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (1870-1910). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (5): 1041-1049, mai., 2007.

VIDAL, Raquel. **Conflicto Psíquico y Estructura Familiar.** Montevideo: Editorial Ciencias. 1991.

VIEIRA, Cintia Adriana. **Depressão:** experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade. 2005. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WADI, Ionissa. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e argumento**, Florianópolis, v.1, n.1, p. 68-98, jan./jun./ 2009.

WADI, Yonissa Marmitt. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). **História Unisinos**, 10(1): 65-79, Janeiro/Abril, 2006.

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

WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude. **Lancet**, London, v. 359, n. 9313, p. 1232-1237, 2002.

WERLANG, B. S. G., BORGES, V. R. & FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, 39(2), 259-266, 2005.

WEYLER, Audrey Rossi. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. **Imaginário - USP**, Vol. 12, nº 13, 2006.

WILLIAMS, J.M.G.; WATTS, F.N.; MacLEOD, C.; MATHEWS, A. - **Cognitive Psychology and the Emotional Disorders**. John Wiley; Sons, Chichester, 1997.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo César. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, Apr. 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Senhor (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "TRAJETÓRIAS DE VIDA E SAÚDE MENTAL: PROCESSOS HISTÓRICOS E SOCIOLÓGICOS", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo de compreender e analisar, a partir da metodologia da história oral de vida, a perspectiva dos usuários dos serviços de saúde mental na cidade de Pelotas e quais os eventos relacionados com a trajetória de vida e com o sofrimento psíquico. Além disso, objetiva compreender qual o impacto da Reforma Psiquiátrica brasileira subjacente na experiência individual.

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Pelotas

Profa. Lorena Almeida Gill. Rua Cel. Alberto Rosa, 154 - Caixa Postal 354 - Pelotas/RS - CEP: 96010-770.

Telefones: (53) 32845542 e (53) 32845543.

ANEXO 2

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2 - HISTÓRIA DE VIDA

Relações sociais na infância: quais as memórias infantis; pessoas que fazem parte dessa história infantil; como era a relação com os pais, familiares, amigos, vizinhos e pessoas da sociedade em geral;

Relações sociais na juventude: idem – alguma relação afetiva marcante, algo que o(a) entrevistado(a) considere importante.

Relações institucionais na infância e Juventude:

Teve alguma situação de procura a médico, hospitais ou instituições em geral relacionados a problemas de saúde ou sociais em geral; Se teve: quando, onde e como foi?

Como vê os serviços dos CAPS e dos hospitais psiquiátricos?

Papel dos médicos, dos enfermeiros, dos profissionais da saúde?

Relações na maturidade:

Casamento – companheiros – filhos – netos – pessoas mais importantes em sua vida

Relações com a sociedade:

Como as pessoas se relacionam com ela?

Como as pessoas do serviço se relacionam com ela?