



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Francisca Suassuna de Mello Freyre

**Entre a história no papel e o papel na história
no âmbito das doenças mentais**

Tese de Mestrado em Sociologia

Área de Especialização em Sociologia da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação de

Prof. Doutora Maria Engrácia Leandro

Prof. Doutor Jean Martin Rabot

Dezembro/2006

DEDICATÓRIA

«Um sonho sonhado só é só um sonho;
Um sonho sonhado junto é realidade»
Raul Seixas

À memória do meu pai, pelos sonhos partilhados.

AGRADECIMENTOS

Eu sempre acreditei que os agradecimentos de uma dissertação fizessem parte apenas do ritual de compor este trabalho final, com a mesma importância que têm o resumo, a introdução, a conclusão... Mas não é. E foi enquanto escrevia a cada página, sobretudo distante de casa, da família e dos amigos brasileiros que percebi a dimensão da importância de cada um deles. Porque a casa vem comigo, com seu cheiro de terra molhada depois da chuva, com as cigarras, os cães, as corujas e os saguis. E a família e os amigos, sobretudo a família de amigos, de sangue e de alma, esta compõe os meus poros e acrescenta-me amigos que já são como irmãos a partilhar com a delicadeza de sementes de papoilas, estes dois anos de Mestrado, estes dois anos da minha história em Portugal. E acrescento também a família de amigos que passei a constituir no além-mar, partilhando delícias e sabores entre o frio congelante e o calor de caldeira acesa. Portanto, dizer obrigada à minha colecção de preciosidades é o mínimo. Então depois de dizê-lo, escolho fiar em silêncio, em reverência. Dizendo com o coração!

Às pessoas que participaram desta pesquisa, especialmente Carmo, Virgínia, Dinoca, Conceição Barbosa, Veroca, Carla, Serafina, Teresa Peixoto, Laurinda, Fátima, Conceição Morais, Fernanda, Conceição Martins, Manuela, Marlene e Maria José. Elas são o tesouro deste baú que está sendo aberto, o tesouro vivo, pulsante, valioso de todo este trabalho.

Aos que fazem a Casa de Saúde do Bom Jesus, pela credibilidade, aconchego e portas abertas àquele jardim colorido, morada de tantas borboletas. Obrigada pela «Hospitalidade».

À minha mãe, Cristina, pela vibração, pelo colo sempre presente, pela distância que não nos separa.

Aos meus irmãos, Gil e Nando e às minhas cunhadas-irmãs Claudinha e Vivi, pelo bem-querer, presenças e visitas, pela proximidade sem limites nem fronteiras.

À minha avó Dinda, pelo DNA afectivo de Portugal.

Ao meu avô Gilberto, pelo DNA afectivo da Sociologia.

Ao Adriano Moreira, amigo herdado, pelo bem-querer ancestral.

Ao Venâncio, pelo zelo, por fazer-se perto, por estar presente de verdade e trazer a família consigo.

Ao Prof. Moisés, pela informalidade partilhada, pela leveza com que apresentou-me o curso e a Universidade. Pelo palavrear que antes de atravessar o mar já cintilava os meus ideais portugueses.

À Prof. Engrácia, uma amiga que o Mestrado me deu de presente, uma Mestra que a amizade só dilata os limites da admiração e carinho. Obrigada pelo cuidado com a minha história.

Ao Prof. Rabot, pela chegada meteórica, pela sensibilidade do olhar, pelo entusiasmo com que clareou novas ideias, com sotaque iluminista.

À Alexandra, pela incansável disposição de ajudar com a paciência de quem tece em fios de nuvens.

Às pessoas da Secretaria da Pós-Graduação, pelo sorriso constante, pela presteza e simpatia.

À Céu e Ângelo, pelos encontros divertidos e passeios gastronómicos pela cozinha italiana. Pela amizade regada ao sabor de limongello e vinho do Porto.

À Xico, João Madureira e suas famílias, pelo sentimento de família partilhado, pela partilha até da dor de quem não viu-se sozinha quando anoiteceu em pleno dia.

Aos meus primos portugueses pelas uvas colhidas, pelo vinho fabricado, pela vida docemente cuidada.

À D. Zinha e Seu João pelo calor humano de Tamandaré atravessando as fronteiras do mar e perpetuando uma afeição ao perfume das camélias.

À Jamille e Francisco pelo cuidado, pela benquerença desfronteirada, pela noite de Natal em família.

À Irene, pela integridade, pela verdade do encontro, pelo bem-querer cantado em versos de imortalidade, pela suavidade da presença como quem canta em versos crioulos.

À Nilza, N'DGinga, Nilza, Nini, Domingas pela África partilhada, do calor humano às brincadeiras, dos dialectos à farta, deliciosa e colorida gastronomia.

À Susete, pela doce companhia, pelo cuidado saboroso colhido da sua terra, pelo vinho e pelo sorriso.

À Noemí, pela Espanha bordada no meu coração com sotaque portunhol e bem-querer vegetariano e pela família cheia de alegria que ganhei para além de mais uma fronteira.

À Pri-Ri, Mualide, Margreet e Camille, pelo carinho e entusiasmo, recheando-me de palavras de incentivo singulares com sotaques plurais, vindos do Brasil, Moçambique, Holanda e França.

À Carulina, Marcio e Jonas, pela cumplicidade única e rara.

A Du Bacelar pelo rouxinol que voou dos EUA, trazendo doçura ao além mar...

À Adri, Gê, Tio Walter e Tia Tetê pela presença preciosa, pela certeza do bem-querer.

À Andréa e Pedro, pela amizade rara, pelos sonhos partilhados, alimentados à feijoada.

À Helena Santiago, pela credibilidade e oferta do mapa do tesouro escondido na CSBJ.

À Cláudia, João e Lita, pela amizade cuidadosamente plantada no terreno da eternidade.

À Dra. Beatriz pela acolhida sorridente e de braços sempre abertos, sobretudo na sua doce e colorida família, que passou a ser minha também.

A Adiel e Raidinho por cuidar e guardar os meus tesouros como se fossem seus, com carinho.

Às crianças do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, no Recife, com as minhas sinceras desculpas pela ausência, sobretudo pela ausência das histórias em seus tratamentos.

Às pessoas que fazem seus tratamentos psiquiátricos no NAPPE, no Recife, pelos passos que ensinaram-me a dar, pelos riscos que ensinaram-me a correr, pelas histórias que ensinaram-me a ouvir, pela vida que ensinaram-me a ver e, especialmente, pela lúcida compreensão da minha ausência para estar em Portugal.

À Roseana Murray, pela coragem dos ventos que ensinou-me a pedir... e a receber.

À Manoel de Barros, Rodari, Cascudo, Lorca, Pessoa, Galeano, Bucay, Florbela e Calvino, pelas leituras deleitantes ao deitar, pela inspiração, pelo cafuné em palavras.

E, sobretudo, ao Criador, que com um sopro, deu vida a toda essa gente que compõe a sinfonia da minha história.

RESUMO

O presente trabalho é fruto de um rastreio literário somado às pegadas de uma pesquisa de campo realizada na Casa de Saúde do Bom Jesus, em Braga. Propõe uma reflexão acerca dos papéis sociais desempenhados por mulheres em tratamento de doenças mentais buscando acrescentar ao tratamento Ateliers de Histórias e Expressão Dramática, como via de acesso à uma tomada de consciência dos papéis desempenhados na história pessoal, através do reconhecimento de atitudes familiares com personagens das histórias literárias. Isto constitui o cerne de uma nova prática, onde cada indivíduo possa actuar de maneira activa no seu tratamento, revisitando e re-significando papéis por vezes exercidos de maneira 'automática' sem a clareza necessária que pede a lucidez.

Caminhamos num constante entrelace através das linhas de Michel Foucault a contar a história da loucura e Erving Goffman a apresentar os (des)caminhos da institucionalização na vida das pessoas em tratamento. Também contamos com o contributo de Canguilhem acerca da noção de normalidade X patologia e Durkheim clarificando o caminho da compreensão do suicídio. Talcot Parsons emprestou-nos as noções de papel social necessárias à realização do trabalho prático envolvendo histórias e arte dramática, que contou com a contribuição de Gilbert Durand e Michel de Certeau, ao tempo em que Gilberto Freyre acenava para um lúcido entendimento do importante papel da Sociologia na conquista de um território mais humanizado na imensidão global da Medicina.

Para tanto, adoptou-se uma metodologia qualitativa e a colecta de dados constou de observação participante.

Apresentamos a importância das histórias literárias enquanto contributo ao tratamento à doença mental, a funcionarem como fontes de acesso às histórias humanas, oferecendo atenção e estabelecendo vínculo baseado na confiança, sinceridade e ética.

Palavras-chave: Papel Social, Doenças Mentais, Histórias

«Entre l’histoire sur le papier et le rôle dans l’histoire dans le domaine des maladies mentales»

RÉSUMÉ

Ce travail est le fruit d’une étude qui a eu pour base la littérature et une recherche réalisée dans la *Casa de Saúde do Bom Jesus*, à Braga. Il propose une réflexion sur les rôles sociaux joués par des femmes en traitement de maladies mentales ainsi que sur l’importance d’associer à ce traitement des Ateliers d’Histoires et d’Expression Dramatique, compris comme voie d’accès à une prise de conscience des rôles joués dans l’histoire personnelle, au moyen de l’identification de leurs attitudes à des comportements se rapportant aux personnages des histoires littéraires. Cela constitue le noeud d’une nouvelle pratique, où chaque personne agit de façon active dans son traitement, revisitant et réinterprétant son identité, parfois exercée de manière « automatique », sans la clarté nécessaire que la lucidité exige.

Nous avons réalisé ce travail dans un constant débat avec les idées de Michel Foucault, qui nous raconte les états de folie, et celles d’Erving Goffman, qui nous présente les perversités de l’institutionnalisation dans la vie des personnes sous traitement. Nous avons également mis à profit la contribution de Canguilhem au sujet des notions de normalité X pathologie, et de Durkheim qui nous offre une meilleure compréhension du suicide. Nous avons emprunté à Talcott Parsons les notions de rôles sociaux, nécessaires à la réalisation du travail pratique qui implique les histoires et l’art dramatique, et nous avons pu compter sur les apports essentiels de Gilbert Durand et de Michel de Certeau, à une époque où Gilberto Freyre s’employait à souligner l’importance de la Sociologie dans la conquête d’un territoire plus humanisé dans le domaine de la Médecine.

Nous avons adopté une méthodologie qualitative et pour la recherche des données, nous avons eu recours aux observations participatives.

Dans ce travail nous avons mis l’accent sur l’importance cruciale des histoires littéraires dans le traitement des maladies mentales, dans la mesure où elles fonctionnent comme des moyens d’accès aux histoires humaines, en suscitant l’attention et en permettant le renforcement de liens fondés sur la confiance, la sincérité et l’éthique.

Mots clés : Rôle social - Maladies Mentales - Histoires

ÍNDICE	pagina
DEDICATÓRIA	II
AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	V
RÉSUMÉ	VI
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1: A HISTÓRIA NO PAPEL	14
1.1. A arqueologia da loucura	15
1.2. O papel social de doente	20
1.3. O sentido de doença	26
1.4. A doença mental como fio que tece a morte-social	28
1.5. Apressando o final da história: o suicídio	32
1.6. A literatura a auxiliar a saúde mental a ‘des-cobrir’ a história que habita em sua doença	38
1.7. A palavra para lavrar um terreno semeado de histórias	45
1.8. Alguns terrenos conceituais	49
1.9. Algumas Hipóteses	51
1.10. Metodologia	51
1.10.1. Amostra	52
1.10.2. Objectivos	53
1.10.3. Método	54
1.10.4. Instrumentos de Pesquisa	56
1.10.5. Os resultados	57
CAPÍTULO 2: AS DOENÇAS MENTAIS E O CENÁRIO DESTA HISTÓRIA NA CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS	58
2.1. A história do internamento	58
2.2. A institucionalização da singularidade	67
2.3. Um passeio pela Doença Mental em Portugal	72

2.4. Actividade Assistencial dos Institutos Religiosos em Portugal	75
2.5. A Casa de Saúde do Bom Jesus... o cenário vivo desta história	78
2.5.1. A Congregação fundadora	78
2.5.2. Missão e Valores	79
2.5.3. A Casa de Saúde do Bom Jesus - CSBJ	80
2.5.4. Estrutura Profissional	82
2.5.6. Estrutura Funcional	82
2.5.7. Serviços de Reabilitação	82
2.5.8. Acolhida	83
2.5.9. Projectos de Reabilitação	84
2.5.10. A Comunidade religiosa	85
2.5.11. Pastoral da Saúde	86
Capítulo 3: O PAPEL NA HISTÓRIA: DILATANDO OS LIMITES DOS PRÓPRIOS PAPÉIS	89
3.1. A primeira história...	91
3.2. Como a brisa que pode principiar o vendaval... A Unidade de tratamento às pessoas com transtornos agudos	92
3.3. O vendaval na constância de uma brisa.... As Unidades de tratamento às pessoas com doenças crónicas	97
3.4. O encontro consigo através das histórias	98
3.5. A criação de histórias: um momento singular narrado por vozes plurais	105
3.6. A Expressão Dramática em cena real: a força de transcender os limites dos próprios papéis	114
3.7. O papel da família nas linhas deste cenário	119
AS HISTÓRIAS LITERÁRIAS, MOVENDO PAPÉIS NA HISTÓRIA HUMANA - a esquina de um recomeço, o começo de uma conclusão	124
Rumo à ponta do fio: mais algumas considerações...	133
BIBLIOGRAFIA	135
ANEXOS	139

INTRODUÇÃO

*«Prefiro as linhas tortas, como Deus.
Em menino, eu sonhava em ter uma perna mais curta
(Só para poder andar torto).
Eu via o velho farmacêutico de tarde,
a subir a ladeira do beco, torto e deserto... toc ploc toc ploc.
Ele era um destaque.
Se eu tivesse uma perna mais curta,
todo mundo haveria de olhar para mim:
lá vai o menino torto subindo a ladeira do beco toc ploc toc ploc.
Eu seria um destaque. A própria sagração do Eu.»*
Manoel de Barros

O presente trabalho é fruto de um rastreio literário somado às pegadas de uma pesquisa de campo realizada na Casa de Saúde do Bom Jesus, em Braga/Portugal. Propõe uma reflexão acerca dos papéis sociais desempenhados por mulheres em tratamento de doenças mentais – agudas ou crónicas – buscando acrescentar ao tratamento Ateliers de Histórias e Expressão Dramática, como via de acesso à uma tomada de consciência dos papéis desempenhados na história pessoal, através do reconhecimento de atitudes familiares com personagens das histórias literárias. Isto constitui o cerne de uma nova prática, onde cada indivíduo possa actuar de maneira activa no seu tratamento, revisitando e re-significando papéis por vezes exercidos de maneira ‘automática’ sem a clareza necessária que pede a lucidez.

Ao caminhar na trajectória literária da história da loucura, sobretudo pelas linhas dos escritos de Michel Foucault, percebe-se o alvorecer da Psiquiatria no papel de modelo disciplinador e, por sua vez silenciador – o que por muito tempo conduziu o internamento como sanção aos que demonstrassem atitudes a-sociais. Muito desta relação da pessoa em tratamento com a instituição onde se trata e os reflexos desta n’aquela ganhou ares alados e cristalinos a partir da contribuição de Erving Goffman.

Também foi possível contar com o precioso contributo de Canguilhem no que envolve a noção de normalidade X patologia, colaborando para um pensar na loucura para além da concepção de doença e com Durkheim para um breve

esclarecimento acerca do suicídio, por vezes também encontrado por entre as linhas das histórias de vida de pessoas que vivem com doenças mentais.

Talcott Parsons nos forneceu as noções de papel social necessárias à realização do trabalho prático envolvendo histórias e arte dramática, também iluminado pelo palavrear de Gilbert Durand e Michel de Certeau. Enquanto Gilberto Freyre acenava para um lúcido entendimento do importante papel da Sociologia na conquista de um território mais humanizado na imensidão global da Medicina.

Ao longo dos anos, as doenças mentais vêm tornando-se cada vez mais predadoras humanas, favorecendo, sobretudo, a morte social das pessoas que atravessam a ténue linha que separa o «normal» do que foge à norma.

Importa-nos apresentar vias que ofereçam às pessoas que estão em tratamento psiquiátrico a oportunidade de olhar-se nos próprios olhos e perceberem quem são, o que andam a fazer nesta vida, que papéis andam a desempenhar voluntária ou automaticamente, que capacidades lhes são tolhidamente acorrentadas ao papel de 'doente' e por que razão este é o papel desempenhado com maior afinco por estas pessoas e com 'total apoio' de boa parte de suas famílias, que alimentam-se do desejo veemente de mantê-las internadas. Como oferecer outros caminhos para este cortejo de gente que anda ao embalo do vento, sem porto e sem destino, às vezes não sabendo sequer quem são, pela força do desatino?

Estas questões punham-me inquieta, desde o ano de 2002, quando iniciei um Estágio Supervisionado para a obtenção do título de Psicóloga Clínica na Universidade Federal de Pernambuco (Recife/Brasil), no Núcleo de Atenção Psicossocial de Pernambuco - NAPPE, um hospital-dia para tratamento psiquiátrico, mantido pelo Serviço Único de Saúde - SUS brasileiro.

Na convivência com as pessoas, percebia a força dos papéis que desempenhavam e o quando lhes custava perceber alguns destes a agonizar dentro de si na adaptação à vida adoecida. Gente que assistia serem amputadas as suas possibilidades de trabalho a partir da força do carimbo de «aposentadoria por invalidez». Gente que via a sua palavra ser desacreditada

pela imposição do diagnóstico. Gente que era atingida pelo golpe da anulação do papel de pai, mãe, marido, que precisava esconder dos vizinhos o tratamento, mas que não conseguia esconder de si a desilusão. E eu percebia o quanto sentiam-se apunhaladas aquelas pessoas que viam desintegrar-se laços de famílias, sem forças para lutar por eles. Percebia, sobretudo, o quanto há papéis que são predadores, há papéis adoecedores e, numa mesma convivência, seja ela familiar, social, profissional, o encontro deles é segregador.

E, percebendo isto, o meu papel de pesquisadora – e, sobretudo de curiosa, acenava-me a buscar explicações para estas questões e, mais ainda, a buscar soluções, ideias, possibilidades, não encerrando-me apenas no conhecimento pelo conhecimento, pois pretextando as correlações ou conivências existentes entre o normal e o patológico, Durkheim afirmou que «*Já não podemos dizer que o pensamento é inútil para a acção*» (E. Durkheim, 1973:49). E reverenciando a máxima que disse Gilberto Freyre, no seu discurso de «*Adeus ao Colégio*», em Novembro de 1917 e que norteia os meus passos curiosos: «*O saber deve ser como um rio, cujas águas doces, grossas, copiosas, transbordem do indivíduo, e se espriem, estancando a sede dos outros. Sem um fim social, o saber será a maior das futilidades*». Assim, dentre as possibilidades, busquei a de tornar o encontro das pessoas com os papéis desempenhados em suas histórias algo que lhes fizesse crescer, que lhes facultasse serem donos de si, autónomos em suas vontades, mesmo obedecendo aos limites da sua realidade. Mas acreditei sempre que, sabendo quem são, as pessoas terão a oportunidade de questionar quando quiserem fazê-las acreditar que são diferentes daquilo que conhecem, sobretudo quando quiserem fazê-las acreditar que são mais incapazes do que realmente o são. Sabendo quem são, pode doer menos ouvir o que pensam de si os seus familiares, sobretudo ao considerar como lacre de identidade as suas (in)capacidades.

Então, partindo do princípio de que o auto-conhecimento pode favorecer a auto-estima e esta, por sua vez, é alimento em potencial da autonomia, foram propostas as histórias – sim, histórias que costuma-se deixar de ouvir quando se está apegado à crença de são ‘histórias para as contar aos miúdos’. E então nos

deparamos com as mesmas histórias da infância a fazer mais uma vez o papel que elas sempre fizeram e poucos davam-se conta: tornar claro às pessoas os papéis que desempenham em suas histórias humanas a partir do reconhecimento com papéis de personagens das histórias literárias.

A partir de então, um sortido banquete de possibilidades é servido à mesa. As pessoas reconhecem atitudes que costumam tomar, atitudes que gostariam de tomar, atitudes que temem tomar, atitudes que tomam sem querer, atitudes que são 'obrigadas' a tomar, atitudes que deixaram de tomar, atitudes que arrependem-se de ter tomado e até atitudes que outras pessoas tomaram e prejudicaram o andamento das suas.

«Quando a gente não tem sono, dá para reflectir esta história e vir à mente coisas que a gente passou a vida inteira para entender» Clara, 55 anos¹.

E sabendo serem as doenças mentais crónicas a situação de toda uma vida, propomos atitudes que possam, não cercar-se unicamente do foco da doença em si, mas da noção de existência singular e sofrimento plural dos que vivem esta experiência do internamento, como um dia nos sugeriu Amarante (1999), chamando atenção para que deixemos de nos ocupar da doença e nos ocupemos das pessoas doentes, para que o tratamento e a instituição de cuidados passem a afastar-se da via única de prescrição de medicamentos e aplicação de terapias e passem a tornar-se o preenchimento quotidiano do tempo, do espaço, dos afazeres, do lazer, do ócio, do bem estar, do sair, da organização de uma actividade conjunta.

Isto significa propor um novo formato de cuidado. Um cuidado afastado daquela ideia de exclusão e isolamento comum aos séculos passados. Um cuidado pautado na democracia, cooperação e complacência em relação à diferença. Uma maneira de cuidar como sugere a semântica da palavra cuidado: zelar, acolher, amparar, curar. Sim, o cuidar brota no caminho do curar. E brota enquanto atitude de dedicar atenção, ofertar interesse, partilhar e estar com o outro com agrado, não numa atitude de relação que se costuma ter

¹ Anotação de Diário de Campo. O nome está trocado para a manutenção da privacidade.

entre pessoas e coisas, de domínio sobre estas, de ingerência, mas entre pessoas e pessoas outras, de coexistência, de interação (L. Boff, 1999).

Este trabalho conta com três capítulos, donde o Capítulo 1 apresenta as teorias que o fundamentam, desde a antiguidade, estabelecendo uma espécie de arqueologia da loucura até a actualidade, com o papel social de doente, o sentido que vem tomar a doença mental, sobretudo em relação à morte social e não só, por alimentar também as estatísticas do suicídio. É apresentada a literatura enquanto contributo à saúde mental, de maneira a auxiliá-la na descoberta da história da sua doença, utilizando-se da palavra para lavar na salubridade do terreno adoecido. Também são apresentadas as hipóteses que nortearam o trabalho em busca de confirmação e a metodologia desenvolvida para encontrá-la.

No Capítulo 2 indicamos o cenário da doença mental desde a história do internamento como uma sucessão à lepra, passando pela institucionalização da singularidade. Expomos também um pouco dos aspectos actuais da doença mental em Portugal e a importância dos Institutos Religiosos no tratamento às pessoas acometidas por este infortúnio. Com maiores detalhes apresentamos a Casa de Saúde do Bom Jesus, por ter-se feito como o cenário desta pesquisa.

Em seguida, no Capítulo 3, começamos a apresentar os frutos propriamente do trabalho, de que artifícios utilizamos para comprovar as hipóteses e as respostas que tivemos acerca da presença das histórias no tratamento das pessoas que vivem com doenças mentais, sendo a criação de histórias literárias e a apresentação cénica de histórias humanas os marcos de comprovação da funcionalidade desta prática no tratamento psiquiátrico. Também trazemos um pouco do cenário encontrado, relativamente à vida familiar de algumas pessoas participantes deste estudo.

E concluímos com a sensação de que chegamos apenas a uma esquina, a esquina de mais um recomeço, onde a ancestralidade das histórias aponta-nos caminhos pioneiros de auto-conhecimento, auto-estima e autonomia, essenciais para a manutenção da saúde mental, essenciais para o final feliz da história humana.

CAPÍTULO 1: A HISTÓRIA NO PAPEL

*«A ciência pode classificar e nomear os órgãos de um sabiá,
mas não pode medir seus encantos.
A ciência não pode calcular quantos cavalos de força
existem
nos encantos de um sabiá.
Quem acumula muita informação perde o condão
de adivinhar: divinare.
Os sabiás adivinham»
Manoel de Barros*

Neste trabalho, caminharemos no terreno onde habitam as pessoas que vivem com doenças mentais e propomos a considerar «comum» este nosso universo, povoado de pessoas com diagnósticos de doenças agudas ou crônicas. Doenças que as exclui do que poderemos chamar de «universo paralelo», porque é assim que a vida fora dos limites da instituição de tratamento vai, para muitas, sendo considerada paulatinamente. Digo para muitas, porque o universo pesquisado é o universo feminino, em uma instituição de acolhida hospitaleira e tratamento psiquiátrico de mulheres, na cidade de Braga: a Casa de Saúde do Bom Jesus.

Procuramos compreender como dá-se o elástico ou mesmo a ruptura dos laços sociais com a família e a comunidade quando há a necessidade do internamento prolongado. Os dissabores da separação. A acidez do abandono. O amargor da solidão. E que papéis andam a desempenhar estas pessoas a partir do internamento. Que papéis se percebem a desempenhar e que papéis se propõem a desempenhar a partir do trabalho com histórias, do rastreio das suas histórias humanas abandonadas e reencontradas a partir do contacto com as histórias literárias.

Mas a vida é bendita e pede passagem em meio a esta indigestão. E oferece possibilidades, roteiros, convites a caminhar por novas veredas, ainda que para isto seja preciso desfazer-se na correnteza dos papéis desempenhados antes do estabelecimento da doença. Os papéis, sim, os papéis. Para muitas pessoas o internamento acarreta o gesto de rasgar muitos dos papéis outrora desempenhados. E o papel de mãe, de avó, de dona de casa, de filha, de

empregada, de patroa é arrancado pelo caule e sacudido à boa distância para que nem a sua sombra faça-se mais ver naquele terreno. E a anulação de uma singularidade é imposta como uma avalanche, quando não se tem hipótese de fuga, não importando sequer, para a família, questionar-se se aquele adoecer deu-se pelo depositário excessivo das suas frustrações.

Acerca do objecto ora estudado, isto é, dos papéis sociais reconhecidos, reempossados e/ou abandonados por pessoas em tratamento de doença mental, não foi encontrada literatura disponível, nem mesmo um trabalho semelhante que pudesse nortear o caminho escolhido. De maneira que toda a trilha aqui traçada, vem deixar pegadas precursoras ao recolher das histórias elementos que permitam pensar cientificamente este problema.

1.1. A arqueologia da loucura

*«E o que até ontem havia sido um possível futuro,
hoje não passava de um brinquedo na esfera de vidro»*
Ítalo Calvino, 1990

Desde uma antiguidade longínqua, rituais de interpretação de sonhos, delírios e alucinações eram exercidos de maneira a propiciar elementos de reintegração social, sob as recomendações de médicos e sacerdotes, para com povos chineses, indianos, egípcios, gregos e persas. Eram utilizadas as fábulas e os mitos para falar das verdades da Vida, do funcionamento das culturas e das sociedades, das regras de conduta e comportamento, dos propósitos que devem ser almejados. Desde uma antiguidade longínqua, as histórias literárias compunham a história humana com todo o arsenal da sua riqueza.

Mas também, desde um tempo um pouco menos antigo – a Idade Média (compreendida dentre os séculos V – XVI) – outro cenário também compunha a história da humanidade: a lepra – grande vendaval que dizimou milhares de pessoas na Europa, enfim, quase desaparece do mundo ocidental. O advento da lepra levou a exclusão social a ganhar forças em todo o Velho Continente. Mesmo passados muitos anos do desaparecimento da doença, dos leprosários já andarem vazios, o valor das pessoas doentes, as suas imagens de dor ainda carregavam o sentido genuíno da exclusão, uma inversão da exaltação.

Tornavam-se pessoas temidas «*que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado*» (M. Foucault, 2005:06).

Seguiam-se os anos e o movimento da exclusão ecoava pelos portões abertos a ganhar as cidades e populações. Pessoas pobres, prostitutas, desempregadas, presidiárias e ‘loucas’, enfim, pessoas que não ‘se encaixavam’ ao jogo da nova ordem social, passaram a conviver em instituições fechadas, deixando as cidades quase desertas, estéreis e inabitáveis, como se pertencessem ao desumano (M. Foucault, 2005).

Surge então a Psiquiatria no século XVIII, quando passou a ser também papel do Médico o cuidado àquelas pessoas que se encontravam isoladas, afastadas da população considerada sã; aquelas pessoas cujo comportamento não era aceite perante os defensores da moral da época.

Com o passar do tempo, a partir da Revolução Francesa, outras ideias no que tange a organização económica e social das populações foram apresentadas. Desta maneira, aqueles indivíduos anteriormente demarcados e excluídos, passaram a ganhar espaço no mercado de trabalho e acabaram por deixar os asilos. Ficaram os ditos ‘loucos’. Ficaram aqueles que as instituições de internamento passaram a considerar doentes, «doentes mentais», susceptíveis assim de tratamento e do domínio das ciências médicas sobre eles. Fica então o Estado ‘despreocupado’ ao considerar insanas e doentias as atitudes manifestadas contra ele, sabendo portanto diferenciar quando os transgressores da lei devem ser encaminhados às prisões ou aos manicómios.

O Psiquiatra francês Philippe Pinel foi das maiores expressões da apropriação da loucura pela Medicina, ao desconsiderar os factores sociais da sua génese e postular o isolamento social dos considerados “loucos”, em nome da ciência.

Pinel defendeu o isolamento como indispensável para executar os regimentos de guarda interna e observar a sequência de sintomas para descrevê-los. Desta maneira, a atitude de Pinel de liberar as pessoas doentes mentais das correntes, não oferecia-lhes uma possibilidade de liberdade, mas, pelo contrário, estava ele a constituir a ciência que os cataloga e os submete a

objecto de saberes/discursos/práticas inseridos na instituição da doença mental (P. Amarante, 1995).

A partir de então, os manicómios passaram a ser considerados «instrumentos de cura» e não apenas de exclusão e clausura.

O internamento de uma pessoa que vive com doença mental deve promover uma nova direcção aos seus pensamentos e às suas emoções, tentando conter a desordem, o distúrbio do qual ela possa ser a razão e para evitar o mal que ela possa fazer a si mesmo e aos outros, ao ser mantida em liberdade. Garantindo-lhe novas impressões, escapando de seus hábitos e alterando seu estilo de vida, chega-se àquilo que se destina o isolamento (Esquirol, 1838, in I. Pessotti, 1996).

No alvorecer do século XIX começou-se a perceber a superlotação dos manicómios. Os estudos em anatomia patológica requeriam constantes buscas às causas orgânicas da loucura, desenvolvendo procedimentos físicos e medicinais para o seu tratamento.

E foi em nome desta recente verdade que o acolhimento manicomial transformou-se em um agrupado de intervenções ora mais, ora menos violentas para com as funções orgânicas, donde aplicar procedimentos de violência e sofrimento físico para actuar no cérebro doente, passou a ser rotineiro, a chamada 'rotina terapêutica'. O manicómio não funciona mais enquanto 'instrumento de cura'. Nem como instrumento! Este passou a ser o *locus*, reduziu-se ao lugar onde a pessoa que vive com doença mental está depositada, entregue, confinada, para submeter-se à diversidade de 'tratamentos físicos', neste que não é mais que um panorama sombrio (I. Pessotti, 1996).

Fluiu o tempo e mudam-se as formas de pensar a loucura: suas causas e consequências. Enquanto isso, vem se perpetuando a ideia do manicómio já a contar com toda uma fundamentação teórica que 'justifique' até mesmo a sua forma de ser: invasiva, castradora e violenta. O manicómio nem aproxima-se do que poderia se denominar «instrumento de cura» da loucura e o que consegue é cronificá-la enquanto engessa a vida e toda uma população, excluindo-a 'em nome da ciência'.

E foi, passada a 2ª Guerra Mundial que o mundo começou a perceber a necessidade de re-significar este modelo de tratamento. Os próprios Psiquiatras passaram a criticar actos violentos e excludentes dos manicómios, buscando unir-se com outras ciências – por exemplo, as Ciências Sociais – de maneira a transplantar novas atitudes à sua prática, onde as pessoas em tratamento pudessem também participar activamente do seu processo de cura e o bem estar social fosse o fim a que se quer chegar por meio do tratamento e não somente da exclusão.

Mas esta é uma longa história e o caminho até este fim, longo como ela...

Pois a exclusão social passou a ser a maior e mais grave herança da lepra, uma herança complexa que a Medicina carecerá da ajuda da Sociologia para se apropriar, precisando «preocupar-se com *'seres humanos no seu ambiente e na sua multidão de ansiedades e de emoções'* do mesmo modo que com a sua patologia» (G. Freyre, 2004:164).

A doença mental, diferente do que muita gente acredita, não é resultado de fracasso pessoal. Uma estimativa da Organização Mundial de Saúde indica que cerca de 450 milhões de pessoas, no ano 2001, sofriam de transtornos mentais ou neurobiológicos, ou problemas psicossociais como os ligados ao uso abusivo de álcool e drogas. (OMS, 2001).

A Organização Mundial de Saúde – OMS prognostica que o percentual de adoecimento mundial atribuído aos transtornos mentais e de comportamento aumente de 12%, apurado no ano de 1999 para 15% no ano de 2020. Este aumento será especialmente marcado pelo envelhecimento da população e acelerada urbanização. As repercussões sociais e económicas e a perda da produção devido às altas taxas de desemprego entre as pessoas com transtornos mentais e seus cuidadores são alguns dos custos mais visíveis e mensuráveis desta projecção. Como custos menos visíveis é possível nomear a diminuição da qualidade de vida e a tensão emocional sofrida pelas pessoas doentes e seus familiares (OMS, 2001).

Muitas pessoas sofrem caladas e, para além do sofrimento ainda têm que lidar com a estigmatização, a vergonha, a ignorância, o medo, a exclusão, os

tabus em torno do adoecer mental e, com maior frequência do que se imagina, com a morte. Rara é a família que não conte, dentre os personagens de sua história, com um parágrafo a nomear uma vivência de transtornos mentais.

Em todo o mundo, 70 milhões de pessoas estão a sofrer de dependência do álcool. Em torno de 50 milhões sofrem de epilepsia e mais 24 milhões, de esquizofrenia. A depressão grave tem sido a maior razão de incapacitação em todo o planeta e está entre as dez principais causas da carga patológica mundial. Estando correctas as projecções, nos próximos 20 anos competirá à depressão a ambígua distinção de ser a segunda das principais causas da carga mundial de doenças. Além disso, um milhão de pessoas cometem suicídio a cada ano e entre 10 a 20 milhões tentam suicidar-se. Uma, a cada quarto pessoas será atingida por um distúrbio mental em alguma fase da sua vida. O risco de alguns transtornos, aumenta com a idade, nomeadamente a doença de Alzheimer, sobretudo para a população que está a envelhecer no mundo (OMS, 2001).

E quando o homem deixa de perceber a pessoa que vive com doença mental como seu semelhante, sente a necessidade de excluí-la até mesmo do seu campo visual. Daí a rejeição do convívio e encaminhamento aos manicómios, onde, depois de desfiguradas, estas pessoas dificilmente voltariam a ser reconhecidas como humanas, como semelhantes. Desde sempre a figura do “ex-louco” não ultrapassa as linhas da utopia. E é afastando-se dele que o homem vai perdendo a sua proximidade, no movimento de esquivar-se da possibilidade de um dia esta ser a sua imagem vista ao espelho. Um acção em que, no silêncio de uma lápide, o homem acaba por afastar-se da sua pareença, quando nega a familiaridade com o próprio homem.

«A loucura é a revolução permanente na vida de uma pessoa (D. Cooper, 1978: 35). Desta maneira, torna-se cada vez mais clara a importância de se considerar a situação psicossocial da pessoa que vive com doença mental e desviar um pouco a atenção unicamente da sua doença. O seu contexto familiar, suas relações de afecto, seu ambiente sociocultural, os seus hábitos e ritos e não é

difícil perceber dentro deste terreno «os mais relacionados com a sua saúde e não com poucas das suas doenças» (G. Freyre, 2004:23).

1.2. O papel social de doente

«Quero asas de borboleta azul.
Para que eu encontre o caminho do vento.
O Caminho da noite.
A janela do tempo.
O caminho de mim»
Roseana Murray

O Psiquiatra suíço Carl Gustav Jung, no seu texto 'O Conceito de arquétipo', reflectindo acerca da interferência da personalidade do observador na percepção da realidade, lança-nos uma questão: «será possível que um homem só possa pensar, dizer e fazer o que ele mesmo é?» (C.G.Jung, 2000:150). Isto para nos apresentar o conceito de arquétipo, um termo concedido pela filosofia para designar a ideia no sentido platónico (idem, pp.149). O sentido de arquétipo alude a um factor inato anterior às características da personalidade humana, haja vista, cada pessoa apresentar singularidades que a diferem dos demais humanos e, segundo Jung, «é impossível supor que todas essas particularidades sejam criadas só no momento em que aparecem» (Idem, pp.151).

Desta maneira, não podemos negar que nascemos com possibilidades potenciais de comportamentos aptas ao desenvolvimento, sobretudo a capacidade de diferenciar-se ao desenvolver a própria personalidade. E este potencial exclusivamente humano foi nomeado, por Jung, de arquétipo. Assim, é possível tirar do colectivo a total responsabilidade de moldar a personalidade humana, pois são as experiências pessoais, vivenciadas por um único ponto de vista que possibilitam o desenvolvimento da personalidade – que por sua vez é revelada no ambiente colectivo, a partir das expectativas e padrões comuns à sociedade a que se pertence.

Jung diz ainda que «a base essencial de nossa personalidade é a afetividade» (C.G. Jung, 1999:78). Cada homem pode perceber o mundo apenas

com os seus olhos, os seus sentimentos, os seus desejos e a sua singularidade. E à medida em que este homem vai experienciando a vida e as vivências carregadas de afecto vão constituindo-o, os arquétipos vão sendo adornados em sua maneira de ser, especialmente na sua maneira de ser com o outro, pois é esta relação entre o individual e o colectivo que faz do homem aquilo que ele é.

Por vezes as pessoas portam-se não unicamente como desejaríamos ou pretendiam portar-se, mas também como as pessoas ao seu redor, apegadas a símbolos, a mitos, a convenções, a modelos pré-estabelecidos como sendo «normais», esperam que elas se comportem no desempenho do seu papel social.

E como papel social, Talcott Parsons (1974) nos explica ser o tipo de componente estrutural preferencial na função adaptativa, como sendo apropriado para definir um grupo de indivíduos que, entre expectativas mútuas, participam de determinada colectividade. Desta maneira, os papéis abarcam as faixas básicas de interpenetração entre o sistema social e a personalidade do indivíduo. Todavia, um papel nunca é idiossincrático de determinado indivíduo. Uma mãe é mãe para os seus filhos em sua maternidade, porém é igualmente mãe em termos da estrutura de papéis da sua sociedade. E, ao mesmo tempo, também se associa a diversos outros contextos de interação, ao representar, por exemplo, um papel profissional.

As pessoas agem sob a expectativa relacionada a um contexto de interação, levando em conta o que os outros esperam de si e das suas atitudes e também esperando reacções dos outros ao que elas fazem. Quando as expectativas passam a ser definidas e duradouras, são consideradas padrões e as reacções provocadas são as chamadas sanções. E, ao terem as suas pegadas guiadas pelos limites entre os padrões e sanções comuns à sociedade a que pertence, é possível dizer que as pessoas estão a desempenhar papéis (Parsons, 1951).

Ao partilhar valores comuns, as pessoas tendem a evitar sanções negativas e, conseqüentemente a portar-se de acordo com o comportamento esperado para elas, ainda que o comportamento vá de encontro aos seus actuais interesses. Entretanto, ao serem estes valores assimilados e não herdados,

acabam por tornar-se parte da personalidade e as mais profundas motivações caminham para preencherem as expectativas ligadas aos papéis desempenhados, mantendo assim, unida a sociedade, onde os interesses colectivos acabam por tornar-se as necessidades dos indivíduos (Parsons, 1951).

É ainda nesta sua obra, *The Social Systems*, que Parsons (1951) apresenta a questão do desvio como facto sociológico e não psiquiátrico, definindo-o como repulsa ou incapacidade do ego em interiorizar certas regras. É neste sentido, também, que Roger Bastide repara «*que a nossa sociedade é uma sociedade industrial, que nossa ideologia é uma ideologia da produção, que o desvio é definido pelos nossos modos de produção e que, por conseguinte, a loucura é antes de mais uma forma de improdutividade*» (R. Bastide, 1977:270).

A partir da década de 50, a teoria parsoniana debruçou-se directamente sobre a problemática do sistema médico. Talcott Parsons é considerado como um dos pais do funcionalismo, um posicionamento teórico que compreende a sociedade como em equilíbrio sustentado por padrões compartilhados de normas e valores em insistente batalha contra os processamentos disfuncionais, como a doença. Desta maneira, a medicina é percebida como fundamental para a subsistência do equilíbrio social, por mover-se contra a doença, uma das mais perigosas causas de disfunção e desvio.

A partir do seu conceito de papel social em geral e de papel de doente, em particular, Parsons constituiu suportes importantes para o aperfeiçoamento de estudos das ciências sociais no terreno das ciências médicas. Aos olhos da sua teoria, o papel social de doente traduz uma série de expectativas esperadas que revelam as normas e valores próprios das pessoas que estão doentes e das demais que interagem com elas. Neste padrão, a norma é constantemente reforçada e o desvio punido. E como nenhuma das partes pode definir o seu papel autonomamente em relação à outra, a relação humana em geral e a relação entre o médico e a pessoa que está doente em particular, distante de apresentarem maneiras naturais de interacção social, acabam por determinar-se a partir de um jogo de expectativas recíprocas socialmente instituídas, de

maneira que médicos e pessoas que estão doentes tendem a agir de maneira previsível e permanente no meio social do qual fazem parte.

Mesmo criticado por apresentar uma visão tida como absoluta e sistémica da sociedade – o que inclui a ideia de mudança social adaptativa e integrativa, de forma que os conflitos e desvios subordinam-se à indicação valorativa do consentimento social, o contributo parsoniano foi um dos mais importantes marcos no território sociológico da Medicina, chegando a suscitar pesquisas e a influenciar um largo número de trabalhos e posições teóricas.

Seguindo por este fio, uma separação teórica passou a ser constituída entre os terrenos objectivos e subjectivos da doença, ficando os primeiros em cercanias das ciências médicas para a sua apreensão e compreensão e os seguintes, dentre as cercanias imateriais das ciências sociais, tendo em vista o desígnio destas ser investigar como o adoecer é compreendido, aquilatado e decifrado por uma cultura, uma comunidade, uma classe, um grupo social.

Com efeito, os terrenos da Sociologia da Medicina voltaram seus olhares ao comportamento social relacionado à doença, especialmente no ‘infortúnio’ que ela oferece, já que este apresenta uma vasta interpretação e diversos modelos de comportamento, variando conforme o costume social de cada indivíduo. O interesse nos estudos sociais do ‘infortúnio’ justifica-se pelo facto de ser a apreensão subjectiva do indivíduo acerca dos seus sintomas de mal-estar que o leva a enxergar a possibilidade de doença e buscar cuidados médicos.

W. Watson, em 1958 publicou um estudo antropológico sobre os Mambive, na Rodésia do Norte/África, apresentando que nesta autêntica sociedade «primitiva» não se espera que a pessoa doente mantenha-se doente por mais de três dias, porque passado este prazo, ela é considerada vítima de mau-olhado ou bruxarias e não mais de doença, para eles, natural. E, sendo vítima de bruxaria, ou ela volta ao normal por efeito da contra-bruxaria ou pela sociedade é considerada irre recuperável e conseqüentemente perdida para a tribo – que não dispõe de recursos para prolongar-lhe a vida anormal. Dentro desta condição sócio-cultural, pessoas doentes de doenças crónicas sobrevivem

portando-se não como doentes – desempenhando papel social específico de doentes, mas como membros socialmente normais da tribo (G. Freyre, 2004).

Na civilização ocidental, quando é focado o papel de ‘doente’ isto torna-se ainda mais forte e, conseqüentemente mais grave. Se todas as pessoas que estão em tratamento são chamadas por ‘doentes’, e são desvalorizados seus nomes enquanto pessoa, esse papel acaba por ser-lhes sempre renovado, por ser-lhes tatuado, abandonando uma atitude de mudança enquanto se favorece a presença inerte no papel de (in)completudes e (in)competências preestabelecidas pela doença. Se quando é utilizada a palavra ‘doente’ é a uma pessoa ou a um grupo delas a que se refere, esta será a palavra que os guiará enquanto reconhecimento de papel social, porque é assim que passou a ser autenticada a sua existência. E com a permissão da fraqueza da sua doença, este papel de doente foi tornando-se túnica a encobrir os desígnios de se ser pessoa. E ser ‘qualquer coisa’ diferente de doente pode torná-la irreconhecível e então, eternamente presa na solidão do seu calvário.

Sendo assim, se somos todos desiguais, os constructos teóricos acabam por assumir uma importância crucial na definição das nomenclaturas que agrupam como iguais pessoas diferentes. Porque «ser» doente vai ultrapassar o «estar» doente, por mais crónica que seja a doença e vai tornar-se, devagar, um papel mais cómodo, onde se é menos exigido, menos cobrado, talvez mais cuidado e todas as atitudes acabam vestindo-se com o manto nebuloso da doença, da incapacidade, a correr o risco de tornar-se real o dizer do poeta:

*«... fiz de mim o que não soube,
e o que podia fazer de mim não o fiz.
O dominó que vesti era errado.
Conheceram-me logo por quem não era e não
Desmenti, e perdi-me.
Quando quis tirar a máscara,
Estava pregada à cara.»*

(F. Pessoa, Tabacaria, 2002:66)

E é desta forma que vamos entrando em comunhão. Cientistas e poetas em busca de uma mais valia pluralizada para contribuir na evolução da humanidade, sobretudo no cuidado com os humanos. Caminhamos para um terreno onde a parceria com a arte o colore e empresta respostas criativas às questões científicas que, se permanecerem entre muralhas da ciência, acabarão por tornar-se território de acesso restrito a quem faz ciência. Porque é segregando os grupos que acabamos por favorecer atitudes de doença.

«É clássico o horror ou a aversão que tem caracterizado a atitude dos grupos sadios de várias sociedades com relação aos grupos de doentes de certas doenças, deformadoras e contagiosas, e, por isto, segregadoras dos mesmos doentes: perturbadoras profundas de vários tipos de convivência. Doenças – não só estas como as mentais e nervosas – que separam esposo de esposa, filho de mãe, avô de neto, prejudicando a própria convivência familiar no que ela tem de mais afetivo. Doenças que fazem de certos tipos de doentes grupos de prisioneiros de hospitais, hospícios, sanatórios, segregados dos grupos sadios da sociedade ou das sociedades de que provém estes segregados» (G. Freyre, 2004:68)

E esta segregação é adoecedora. Algumas das pessoas que fazem parte deste trabalho – a maioria delas – referiu o seu adoecimento agudo ou crónico às relações familiares, sobretudo ao descarrilo da relação conjugal. Porque desilusões e dissabores são adoecedores. Traições e males de amores são adoecedores. Abandonos, negligência de cuidados e de cuidadores são adoecedores.

Mas, aos poucos, a figura do dito ‘louco’ vai tornando-se cada vez mais familiar, mais próxima, mais usual. E denunciar a loucura torna-se uma forma habitual de crítica. Nas histórias e anedotas, o personagem do Louco, do Simplório, do Bobo movimentava-se da margem com um perfil familiar e caricato, ao centro do palco, no papel de detentor da verdade, contrapondo-se ao ofício que assume a loucura nas páginas da vida.

«Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano.

Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem comédia desatar no cómico: ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos» (M. Foucault, 2005:14).

1.3. O sentido de doença

«Ao final de tudo, somos o que fazemos para mudar o que somos.»

Eduardo Galeano.

Nos dias actuais, cada vez mais frequentemente muitas pessoas sabem serem as suas vidas particulares um sequencial de esparrelas, quando se dão conta de que, dentro dos seus mundos quotidianos, não conseguem superar suas próprias preocupações. Suas competências acabam por limitar-se ao cenário que circunda-as, nomeadamente o emprego, a família, a vizinhança... E quanto mais consciência as pessoas passam a ter das pretensões e ameaças que ultrapassam seus panoramas actuais, mais encurraladas parecem sentir-se. E isto é adoecedor.

Georges Canguilhem (1990), ao escrever sobre o normal e o patológico, em 1943, levantou a bandeira de que o episódio patológico não pertencia exclusivamente às ciências médicas, mas sim ao homem como a comunicação do seu infortúnio, do seu mal-estar. É a queixa quem vai conceituar o seu estado de vida. E a linha mestra entre a normalidade e a doença oscila pelos caminhos do desempenho do organismo humano, defendendo como essencial na medicina a clínica e a terapêutica, isto é, o movimento de estabelecimento e restabelecimento do normal.

No terreno da saúde mental, o adoecer, o sofrer, o curar estão definidos pela Medicina, dentro das suas terminologias e conceitos, predominando a sua prática como tratamento. Mas já se é possível avistar a costa. A saúde mental já não permanece em meio ao mar dos paradigmas unicamente médicos. Hoje é sabido que muitas das doenças físicas e mentais sofrem influência de uma combinação de factores biológicos, psicológicos e sociais. A relação entre saúde

física e mental dá-se de maneira cada vez mais estreita. Sabemos que os transtornos mentais são o resultado de diversos agentes, tendo a sua base física no cérebro. São agentes que podem afectar qualquer pessoa e em toda a parte do globo, porém, com maior frequência do que se pensa, também podem ser tratados de maneira eficaz. Hoje já há no tratamento à doença mental a intervenção dos Psicólogos, Assistentes Sociais, Educadores, Sociólogos e Artistas. Sobretudo os Artistas, pois já se tem percebido a arte e suas diferentes roupagens como presença imprescindível, sobretudo por oferecer uma outra linguagem de expressão e compreensão, por oferecerem as cores, os gestos, as metáforas e aproximarem-se, sobretudo, do discurso delirante.

Para se compreender a pessoa doente é necessário que se olhe para ela a olhar para a pessoa e não para a doença. Como alguém *«psicossocializado em pessoa»* (G. Freyre, 2004:162), sem nunca privar-lhe a condição de pessoa dentro do olhar. E assim, para se trabalhar em prol da saúde, é necessário um olhar mais amplo, desdobrado, mas sem perder a limpidez. Um olhar que alcance as relações com a sua família, seu trabalho, seus amigos, suas aspirações e esperanças – incluindo também aqui a falta delas – suas frustrações, seus vícios, seus hábitos, seus mecanismos de compensação e fuga; como vivia antes de adoecer, como lhe veio a doença, enfim, a sua história. Como dá-se a existência desta pessoa, para que a visão de si não se confine àquela imagem retratada entre os prontuários, mas, sobretudo, inteirar-se dela através da própria pessoa – sempre que possível – das suas condições ou falta de condições de vida (G. Freyre, 2004), numa preocupação primeira em olhá-las nos olhos que auscultar-lhe o coração, pois é evasivo observar clinicamente o indivíduo biológico sem a escuta desdobrada dos factores sociais, económicos, psicológicos, que possam ter contribuído de alguma forma para que a doença encontrasse espaço e manifestasse os seus sintomas de maneira tão complexa, muitas vezes transformada em doença crónica que favorecerá a segregação de laços talvez por toda uma vida.

René Leriche, citado por Canguilhem (1999:180), define a saúde como *«a vida no silêncio dos órgãos»*. Esta definição, que data de 1925, vem derrubar a

ideia de potencialidade imbuída na noção de saúde, de potencialidade frente a limites; o que leva o homem a um movimento estruturante de ousar superá-los, de forma a se superar ao domá-los. A saúde seria então esta força superadora de limites, pois só se estando doente ou arriscado a tal, que a saúde acena a possibilidade de ausência. Dentro deste olhar, é preciso que uma situação-limite exista e seja dominada – ou que pelo menos exista o movimento de tentativa de superação – para que as pessoas se sintam saudáveis.

«O valor da 'saúde' é, de certo um dos valores supremos nas modernas civilizações ocidentais, mas não é o único, nem, ao que parece o mais fácil de ser recomendado, sozinho, a um homem – o civilizado moderno – que busque com afã auto-realizar-se por meio da apropriação de um conjunto de valores, a seu ver, essencial a essa sua auto-realização. Parece que, em vários casos, a saúde é incluída nesse conjunto mais como um veículo indispensável que como um fio ou um ideal suficiente em si mesmo»
(G. Freyre, 2004:115)

1.4. A doença mental como fio que tece a morte-social

*«Os sonhos iam viajar.
Helena ia até a estação do trem.
Da plataforma, dizia adeus aos sonhos
com um lençinho.»*
(Eduardo Galeano)

David Cooper (1978) aponta não encontrar grandioso valor na normalidade estatística, que é alguma coisa como a morte-em-vida, onde as pessoas passam a ser reconhecidas pelo estereótipo dos seus papéis sociais. Por outro lado, a sanidade está intimamente relacionada com a doença mental e descobre-se na oposição à normalidade. O que torna diferentes a pessoa sã e a pessoa que vive com doença mental, por exemplo uma pessoa hospitalizada com diagnóstico de esquizofrenia, é que a primeira guarda razoáveis estratégias para defender-se e apenas defender-se das ciladas da inutilização do mundo que considera-se normal, tentando esquivar-se desta morte-em-vida, da morte social.

Porque o poder da morte tem muitas faces. Não é unicamente a morte biológica quem nos mata, há também outras mortes que inspiram-nos os seus malefícios. A morte psíquica, por exemplo, que torna frágil aquele que dela padece e acaba por reduzir todos estes a uma igualdade horrível é a morte psíquica da pessoa que vive com doença mental, seja da pessoa a sofrer de melancolia, seja a sofrer de esquizofrenia, totalmente morta em seu autismo. Terrível, enfim, é a morte social – que a nós nos é familiar. Afastamento, psiquiatrização ou simplesmente o abandono de um ente num hospital psiquiátrico.

Dentro destes exemplos, reconhecemos um gesto comum: o poder de separação, de ruptura, de desenlace sempre atrelado à morte. Assim, alienado, preso simbolicamente ao nível da linguagem, acaba tornando-se participante de um grupo segregado do grupo de gente considerada normal, por exemplo pela etiqueta: *Fulano é esquizofrénico*. Os cidadãos não produtivos, os que cometem delinquências e crimes, são gente socialmente morta: rejeitada, marginalizada. Este pôr-se à distância acaba por tornar-se um forte agente excludente – voluntário ou não – de mais uma vítima, seja ela um cadáver biológico que vai ao cemitério ou o cadáver social do «louco», do «velho» ou do «presidiário», porém jamais privados do olhar de Deus (L.-V. Thomas, 1978).

«O desatino da loucura substitui a morte e a seriedade com que a acompanha. Da descoberta desta necessidade, que fatalmente reduzia o homem a nada, passou-se a contemplação desdenhosa deste nada que é a própria existência» (Foucault, 2005:15-16). Desde o início desta história, a loucura aparece muito atrelada à figura da morte, como uma outra forma de se morrer: a morte em vida, a morte da razão. Porém, não uma morte total, pois a verdade pede passagem na voz dos ditos ‘loucos’ e esta é a grande prova de que continuam vivos. Falam por palavras ditas e escritas, gestos e imagens. A comunicação brota de sabedoria própria, nem sempre acessível à comunicação comum.

Por entre os corredores da Casa de Saúde, eu me perguntava: será que os factores sociais são menos importantes que os biológicos porque não podem ter o seu valor de gravidade comprovado em análises de laboratório?

Os raios X, as análises não acusam opressões, não acusam marginalização, não acusam desajustamento social, não acusam abandono... Também não se sabe que repercussão teria se acusasse. Porque estes são sinais que parecem não interessar tanto à família e aos profissionais de saúde tão preocupados com sintomas de males comprovados em laboratório. Talvez por isso a humanização dos cuidados de saúde foi sempre desejada e nunca plenamente alcançada. Ela não é matéria. Não pode ser comprovada. Mas a sua ideia precisa correr nas veias dos que cuidam de pessoas adoecidas. Precisa ser sempre lembrada. Prestigiada. Reverenciada.

«Nenhuma contribuição mais importante da parte do Antropólogo ou do Sociólogo para a formação do Médico moderno do que a capaz de tornar este Médico, desde estudante, sensível aos elementos psicossociais, numa ciência, como a médica, em numerosos casos, também arte. De tal modo arte (...) que o Médico precisa de saber mais do que a Medicina, e de intuir e não apenas de conhecer. Inclusive de reconhecer que a doença pode despertar em doentes uma criatividade ou uma sensibilidade que lhes faltaria se fossem sempre monotonamente sadios» (G.Freyre, 2004:185).

E quando iluminamos os passos da saúde social, despindo a saúde unicamente biológica, acabamos nos defrontando com uma doença muito mais difícil de curar. A compressa, a injeção, a pílula de oito em oito horas, o chá na hora de dormir para engolir o comprimido, já não são remédios definitivos para a cura.

O que acontece é que há uma maior dificuldade em atingir com estes medicamentos as pessoas socialmente doentes do que as pessoas com doenças biológicas (G. Freyre, 2004).

Pois sabemos haver uma imensa influência da vida social no adoecimento mental. Esta foi uma das máscaras com as quais a doença mental veio aparecendo à humanidade ao longo da História. O estilo de vida das pessoas, sobretudo as que vivem nas grandes cidades, nos meios sociais exageradamente exigentes e agressivos, descrito por inadequada alimentação e ausência de exercícios físicos, exposição a componentes tóxicos e ritmos de vida antagónicos à regulação circadiana do organismo, acaba por torná-las

vulneráveis às doenças crônicas por representar um eficiente abatimento na sua qualidade de vida. Isto vem facilitar a propagação do *stress* como principal efeito negativo deste estilo de comportamento, deixando de ser um conceito unicamente biológico – referente ao equilíbrio fisiológico e passando a ser também considerado pelas ciências sociais e humanas e pelo senso comum para designar o mal-estar referente ao quotidiano, sobretudo quando percebe-se uma desproporção entre as exigências sociais e as competências humanas, desencadeando uma instabilidade consoante o estado emocional da pessoa, às condições físicas do seu ambiente de vida, a tradução ela faz da situação e a interpretação das demais pessoas acerca da situação global (C. Paúl & A. Fonseca, 2001).

O divórcio e a solidão também são questões facilmente desencadeantes de um adoecer mental ao facilitarem, a partir da baixa auto-estima e do isolamento social a anunciação de comportamentos depressivos, de comportamentos auto-destrutivos e mesmo da depressão enquanto doença.

Mas aqui mergulharemos na sutileza com que a arte – em especial a literatura dos mitos, contos e lendas – pode tornar-se aliada deste humano em sofrimento, a fim de tornar clara para si a sua história, conduzindo-o a uma trilha entre o auto-conhecimento, a auto estima e a autonomia e os diversos caminhos com que esta arte pode mobilizar o mesmo social que o faz adoecer em prol da sua saúde.

Porque nós *«vemos as coisas mesmas, o mundo é aquilo que vemos – fórmulas desse gênero exprimem uma fé comum ao homem natural e ao filósofo. Desde que abre os olhos, remete para uma camada profunda de ‘opiniões’ mudas, implícitas em nossa vida. Mas essa fé tem isto de estranho: se articulá-la numa tese ou num enunciado, se perguntarmos o que é este ‘nós’, o que é este ‘ver’ e o que é esta ‘coisa’ e este ‘mundo’, penetramos num labirinto de dificuldades e contradições...»* (Merleau-Ponty, 1984:15).

1.5. Apressando o final da história: o suicídio

«Gilliatt tinha o hábito feroz do ente que não se julga estimado; andava de longe. Ainda criança, vendo pouco agasalho no rosto dos homens, tomou o costume, que depois tornou-se-lhe instinto, de andar sempre afastado.»

Victor Hugo, 2003: 359

Algumas pessoas participantes deste estudo relataram que em determinados momentos de suas histórias tentaram uma ou mais vezes adiantar o momento do ponto final, tentaram uma ou mais vezes dar cabo da vida através de atitudes suicidas, especialmente através da ingestão exagerada de medicamentos.

Diversas foram as causas que as levaram a isto: uma história de amor interrompida pela fuga do cônjuge ou a sua traição, os mais diversos desgostos de família somados ao mórbido sentimento de solidão apresentavam-se como subterfúgios para a busca da morte voluntária. Não se sabe – e nem elas mesmas souberam responder se realmente tinham a intenção de morrer. Fica a dúvida. *“Como saber que móbil determinou o agente, como saber se, ao tomar a sua resolução, desejava efetivamente a morte, ou tinha outro fim em vista? A intenção é algo demasiado íntimo para poder ser atingida do exterior, a não ser por aproximações grosseiras”*, explica Durkheim (2005:145) que traz consigo a definição de suicídio que adoptamos para perceber a presença deste acto por entre os capítulos de algumas das histórias humanas presentes neste estudo: *«Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia produzir este resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado»* (Idem, p. 147)

Não é possível se restringir o acto do suicídio unicamente ao indivíduo e ao seu psiquismo adoecido ou não. Não é possível desresponsabilizar a sociedade nem tão pouco responsabilizá-la pelas vidas que resolvem encerrar à metade do caminho, pois como então explicar-se-ia o facto de nem todos que sofrem por amor tentarem matar-se? Porque algumas pessoas resistem e outras

não aos dissabores da vida? E a resposta para estas questões encontra-se no seio da própria sociedade. «Cada sociedade tem portanto, em cada momento da sua história, uma aptidão definida para o suicídio» (Idem, p. 149), isto é, há um número flutuante de suicídios, uma taxa relacionada a cada grupo social, que «não se pode explicar nem através da constituição orgânico-psíquica dos indivíduos nem através da natureza do meio físico» (Idem, p. 157). Pois as causas do suicídio não estão nos indivíduos, mas em factores exteriores a eles, quando eles entregam-se à tendência suicida que, de maneira delicada, envolve a sociedade com um fino véu.

«As razões com que se justificam o suicídio ou que o suicida arranja para si próprio para explicar o ato, não são, na maior parte das vezes, senão as causas aparentes. Não só não são senão as repercussões individuais de um estado geral, mas exprimem-no muito infielmente, dado que permanecem as mesmas e que ele difere. Estas razões marcam, por assim dizer, os pontos fracos do indivíduo, através dos quais a corrente que vem do exterior para incitá-lo a destruir-se se introduz mais facilmente» (Idem, p. 152).

Porque são as condições sociais que podem explicar as diferentes manifestações do fenómeno suicida em diversas sociedades, as diferenças de mortos voluntários em distintas faixas etárias e grupos sociais, os seus diferentes hábitos, ritos, costumes, ideias. Durkheim (2005) aponta alguns factores para a tendência suicida que, de uma maneira geral estão presentes nos diversos casos por ele estudados, comuns a diversas sociedades: ele chama atenção para o temperamento dos indivíduos, a sua natureza como primeiro factor capaz de apontar para uma atitude suicida. Depois a maneira como os indivíduos estão associados, inseridos na sociedade a que pertencem. E ainda alguns eventos passageiros que perturbem o funcionamento da vida colectiva, como crises económicas, de saúde pública, etc.

E se a relação entre o indivíduo e a sociedade é um dos factores determinantes do suicídio, quanto menos o indivíduo sentir-se integrado nesta sociedade, maior a probabilidade de cometer o que Durkheim (Idem) chamou

de *suicídio egoísta*, percebido a partir da ideia de que quanto mais se debilitem os grupos sociais a que o indivíduo pertença, menos irá depender deles e, desta maneira, dependerá cada vez mais de si mesmo para admitir como regras de conduta somente as que reconheça nos seus interesses particulares. E, ao entender como egoísta esta atitude do eu individual sobreposto ao eu social, Durkheim determina como egoísta o padrão de suicídio em que o indivíduo se afasta dos outros seres humanos na atitude oriunda de uma valorização excessiva de si.

«Eu tinha um relacionamento com um indivíduo que era um drogado. Todas as pessoas que sabiam disso falavam ao pé de mim que ele não era homem para mim. Mas eu insistia. Gostava dele e não me restava muito por fazer a não ser ficar com ele. Ele gostava de mim também – quer dizer, parecia gostar, pois quem gosta verdadeiramente, não faz o que ele fez. Ele às vezes perdia a cabeça e dizia-me coisas terríveis que nem tenho coragem de as repetir, mas eu o desculpava, pois sabia que ele estava sob efeito de drogas.

Um dia contaram-me que ele estava com a minha melhor amiga. Eu perguntei-lhe e ele disse-me para cuidar da minha vida. Depois eu os vi juntos e tive certeza que era verdade. Foi quando a minha vida virou o caos autêntico, pois percebi que eu não tinha nenhuma importância para ele nem para ela. Nesta altura também perdi o meu emprego, pois trabalhávamos juntos. Fiquei fechada em mim mesma. Eu era o meu mundo e bastava-me sozinha. Não tive ajuda de ninguém. Tranquei-me no meu quarto e escrevia por horas e horas sem fim. A vida bastava-me com a caneta e o caderno. Passei a ter medo e vergonha das pessoas e a não querer ver nem a minha família.

Um dia apeteceu-me acabar com aquele sofrimento e morrer para deixar a culpa nos que me fizeram sofrer, porque todas as pessoas pagam por seus actos aqui na terra. Deus os vê a todos e Ele saberia perdoar-me porque a minha vida estava resumida ao sofrimento. Eu entrei em coma e fui levada ao hospital. Passados alguns dias, já estava de volta à casa. Mas a vida não mudou muito e só agora começo a ver uma luz ao fundo do túnel» (Emília, 34 anos)².

² Nota de Diário de campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade, cognome escolhido por ela.

Por outro lado, ainda explicado por Durkheim na mesma obra, quanto mais integrado esteja o indivíduo da sociedade, maior pode ser a manifestação de um outro modelo de suicídio: o *suicídio altruísta*, resultante de uma individualização insuficiente, de um intenso altruísmo, identificando-se com o que lhe é exterior e reconhecendo-se em um dos grupos a que pertence, às vezes reconhecido como um dever, como a única possibilidade de não separar-se de outrem após a sua morte, morrendo por lealdade a uma causa que julga nobre.

«Quando o meu pai morreu, eu estava no ciclo. Foi um ano de dificuldades, o meu pai era boa pessoa. Fui chamada na Psicóloga, que fez uns exercícios comigo. Falei para ela que gostaria de trabalhar com crianças, ser Educadora de Infância é o meu sonho. Tenho vontade de tirar o curso, mas tenho medo da reacção das monitoras. Queria também fazer curso de jardinagem. Sei fazer coisas simples como plantar e cavar. Tentava arranjar emprego e quando as pessoas olhavam-me, diziam que já não precisavam mais. Acabei por fazer asneiras e tomar medicamentos para matar-me. Eu queria morrer, queria mesmo morrer. O meu Médico de Família e a minha mãe acharam bem eu vir para cá. Quando vou à casa, acabo por não sair, pois ninguém vai me ver à casa. Ninguém importa-se comigo e muitas vezes penso que se eu tivesse morrido com os medicamentos talvez a minha família estivesse mais feliz agora, pois não teriam que preocupar-se comigo para sempre. (choros) Não sei. Por enquanto, vou ficando por aqui. Às vezes sou feliz aqui». (Maria de Fátima, 22)³.

E há ainda um terceiro tipo de suicídio analisado por Durkheim (Idem), que é o *suicídio anômico*, resultante de instabilidades sociais motivadas por crises económicas e políticas na sociedade que é percebida enquanto poder regulador e tem as suas bases de sustentações desequilibradas, rompendo autoridades, normas, minquando referências ao gerar mudanças financeiras como falências e enriquecimentos, capazes de produzir uma crise moral de adaptação à nova situação e a pessoa vê os seus valores e regras desmoronarem-se em torno de si.

Durkheim explica que, em condições habituais, as *correntes suicidogêneas* – egoísta, altruísta e anômica – compensam-se uma à outra. Desta maneira, o indivíduo encontra-se num «estado de equilíbrio que o preserva de qualquer idéia de

³ Idem.

suicídio. Mas, se uma delas ultrapassar um certo grau de intensidade em prejuízo das outras, tornar-se-á, ao individualizar-se e pelas razões expostas, suicidogênea» (E. Durkheim, 2005:304).

O suicídio é um ato racional e humano – por mais bárbaro que também consiga ser, tendo ele um destinatário a atingir para além da pessoa suicida ou não e tendo a Sociologia que unir-se à Psicologia e Psiquiatria para buscar e refutar explicações dentre os factores sociais, psíquicos e individuais que levam à travessia voluntária do ténue fio que separa a vida e a morte.

Mas, diferente do que muita gente pensa, explica-nos Durkheim, a suposta afinidade entre o suicídio e a loucura não passa de uma coincidência, pois nem todas as pessoas com doenças mentais têm tendência para tornarem-se assassinas de si mesmas. Diz o autor que a alienação mental é, possivelmente, dentre a totalidade das moléstias, a transmitida com maior frequência, dado que a repetição da doença no cerne da mesma família pode não estar relacionada à sua transmissão pela hereditariedade, mas a de um temperamento frequente favorável a casualmente adquirir e gerar o mal. Desta maneira, o que se transmitiria seria não a tendência para matar-se precisamente, mas um campo permissível de lhe favorecer o desenvolvimento (Durkheim, 2005).

E, mesmo não nos tocando directamente, o suicídio é um tema que nos diz respeito, por fazermos parte de uma sociedade onde constantemente alguns indivíduos optam por abdicar da vida pelas mais diversas justificativas. É preciso se superar os tabus que envolvem este tema, o moralismo que cerca esta atitude e perceber com franqueza que este acto tem estatística crescente e não se pode negar a nossa responsabilidade social para com as outras pessoas. É preciso uma certa dose de altruísmo para não se cair em completo egoísmo e esta ausência provocar uma anomia.

De acordo com as Propostas e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde Mental, reunido em Lisboa no ano de 2002, verificou-se que o número de

suicídios dentre os países da Comunidade Europeia é igual ou superior ao número de pessoas mortas em acidentes de viação (CNSM, 2002).

Neste ano de 2006 a Organização Mundial de Saúde escolheu o suicídio como tema central da efeméride, na altura em que se comemorou, ao 10 de Outubro, o Dia Mundial da Saúde Mental. O Secretário-geral das Nações Unidas, Kofi Annan, lembrou em carta aberta a grandeza deste problema de saúde pública, onde lamenta que *«apesar de existirem maneiras eficientes e pouco dispendiosas de tratar estes distúrbios, nem todos os que precisam têm acesso a elas. A falta de pessoal qualificado e de medicação é agravada pela ignorância sobre os distúrbios mentais e os comportamentos suicidas, bem como pelos estigmas a eles associados»* (Agência Lusa/a, 2006).

A depressão, o afastamento dos amigos e da família, o isolamento, a baixa auto-estima e o sentimento de desesperança perante a vida são contributos essenciais para a idealização suicida, causa da morte de mais de um milhão de pessoas por ano em todo o mundo.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a região do Alentejo apresenta as mais elevadas taxas de mortalidade por suicídio dos últimos 10 anos, tendo sido superado pela região do Algarve apenas nos anos de 1990, 1992 e 1994. A partir de atendimentos observados nos serviços de urgência, estipula-se que para cada suicídio consumado hajam 40 para-suicídios.

A partir de um perfil traçado pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), em Portugal a maioria das pessoas com êxito na tentativa de suicídio é homem, a viver na Grande Lisboa, Alentejo ou Algarve, apresenta mais de 50 anos e situação de desemprego ou reforma ou divórcio ou viuvez, é isento de práticas religiosas, tem comportamento deprimido e diversos problemas afectivos, económicos ou de saúde física ou mental, inclusive relativos ao uso abusivo de álcool e distúrbio da personalidade. Tem ideias prévias de suicídio ou mesmo anteriores tentativas, das quais deixa transparecer subtis avisos ou mesmo avisos declarados. Estas pessoas ultrapassam os limites da vida por

enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento ou trucidação (Agência Lusa/b, 2006).

1.6. A literatura a auxiliar a saúde mental a 'des-cobrir' a história que habita em sua doença

*"Há dentro de nós uma coisa que não tem nome,
essa coisa é o que somos"*
José Saramago, 1995

As histórias narradas às pessoas que vivem doentes não diferem muito das histórias lidas pelo povo. *«A literatura popular encena heróis pelos quais o povo tem uma profunda simpatia e aos quais ele identifica-se afectivamente. Permite ao comum dos mortais escapar à dura realidade da existência pelo sonho, libertar-se das normas que a sociedade lhe impõe, podendo, o indivíduo, colocar-se na pele do fora da lei, do bandido e de todos os defensores dos oprimidos. A literatura está portanto ligada ao ressurgimento de mitos como bem o mostrou Gilbert Durand. (...) O romance e o cinema contribuem ainda hoje e talvez mais do que nunca para o processo de reencantamento do mundo, ao mitificarem a descrição personagens e situações. Recordam-nos a imperiosa necessidade que o homem tem em fantasiar sobre as suas origens, em lutar contra o domínio que o tempo exerce infalivelmente sobre nós, em enfrentar a morte. Assim, Mircea Eliade mostra que a personagem fantástica do super-homem encarna o mito do eclipse do herói que enfia as roupas do homem comum, deixando-se até dominar pela sua companheira. Este mito fortifica-nos na medida em que evoca a imagem de um herói dissimulado em cada um de nós. (...) Da mesma forma, podemos afirmar que a personagem heróica de um romance a qual nos identificamos vem fortalecer a nossa participação mágica em acontecimentos marcantes aos quais não fomos convidados e vem compensar o declínio das crenças e das práticas que dizem respeito ao sobrenatural. Em todo o caso, esta identificação constitui o pretexto da nossa ingenuidade, nem que mais não seja às escondidas, nessa trama do mundo feita 'de provas, de mortes e de ressurreições' (Eliade)» (Rabot, 2004: 375-377).*

Contar histórias é um ato de extrema troca, de partilha de sentimentos, onde se revisita antigos ritos da tradição oral e o ensinamento que trazem

consigo, capazes de deixar marcas ou reactivar as apagadas, mantendo constante o poder de conduzir os ouvintes a mundos encantados, criando ali a saudável ilusão de eternidade.

Contar histórias é também uma arte: a arte de dizer. E se a arte de dizer é uma arte de pensar e uma arte de fazer, ela pode funcionar, ao mesmo tempo, enquanto teoria e prática desta arte. E para demonstrar a estreita correspondência da teoria com as acções das quais ela aparece como efeito, é oferecida a possibilidade de um discurso narrativo no formato de histórias, de maneira que a narração das práticas a partir das metáforas apresente uma 'maneira de fazer' textual, obedecendo a acções e estratégias próprias (Certeau, 1994).

As actividades de escuta e criação de histórias podem recobrar o lado doce, alegre e já bem distante, da infância, desenvolvendo elementos que alimentem a imaginação e a criatividade, trazendo a possibilidade de uma produção própria capaz de remodelar a auto imagem tão emaranhada de preconceitos e exclusões comuns à vida das pessoas com doenças mentais.

Como as histórias trazem consigo o encantamento de tocar a quem as ouve onde precisa ser tocado, funcionam também como uma valiosa fonte de nutrição emocional, resgatando fatos e sentimentos de capítulos passados da história pessoal que mais pareciam ter sido esquecidos dentro do baú junto aos velhos livros de contos... E assim, vêm activar a auto imagem que muitas vezes parece tão pouco importar. Elas, as histórias, parecem ser depositárias de parte da identidade das crianças que foram: crianças que gostavam de ouvir histórias e, como as outras, deixaram de gostar porque cresceram. Mas... será que deixaram de gostar mesmo? Ou simplesmente estavam presas àquela normatividade social em que embarcamos sem nos dar conta de para onde estamos indo, o que estamos fazendo... simplesmente seguimos...

As histórias retornam a um passado recordado a partir da simplicidade da sua linguagem costumeiramente lírica, simbólica, poética. Uma linguagem ingénua, geralmente utilizada na infância - porém, diferente da linguagem

infantilizada, dado que a infância é um tempo cronologicamente ultrapassado em nós, mas, simbolicamente, só se permitir-mos que seja.

É pela via das histórias que a imaginação passa a remeter o pensamento à felicidade simples da meninice, não propriamente à infância em si. Mas também a uma manifestação de sensações perfumadas por uma história de vida desapropriada, colonizada por terceiros, onde, a partir de uma crise, passa-se ao papel de colonizado, somado às insignificâncias de outros papéis desempenhados, enfraquecendo a pureza de se ser quem se é.

«A infância não é uma coisa que morra em nós e seque desde que conclua o seu ciclo. Não é uma recordação. É o mais vivo dos tesouros e continua a enriquecer-nos independente de nós... Infeliz daquele que não consegue recordar a sua infância, voltar a captá-la em si mesma como um corpo no seu próprio corpo, um sangue novo no seu velho sangue: está morto a partir do momento em que ela o abandonou» (Documentos Secrets de Franz HELLEN, in Bachelard, 2004:117).

E trazer à tona, na idade adulta as cores e o perfume do poder imaginativo da infância, é fio de conduta deste trabalho, pois sabe-se ter a imaginação a função de suavização, mas não simplesmente disfarce ou mentira. Porém, e sobretudo, a actuar como semente de força criativa que tenta melhorar a condição das pessoas no mundo.

Desta forma, ao ir buscar a fonte singular de vida na pluralidade das infâncias esquecidas, as histórias acabam assumindo um papel de portal libertário da normatividade que teima em querer tornar iguais as diversas formas de se ser humano, buscando, na Casa de Saúde do Bom Jesus, ser uma via de exercício à liberdade do historicamente dito “louco”, pois sendo ele um ser humano, a liberdade deve existir enquanto direito: *«Toda pessoa tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.»*⁴ E o momento da criação de histórias, onde cada pessoa é livre para encontrar-se com os seus mais ‘absurdos’ devaneios, vem reconhecer esta pessoa como ser capaz de criar; a mais complexa e singular das

⁴ Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Assembleia-geral das Nações Unidas em 10 de Dezembro de 1948, Artigo XIX.

capacidades humanas, respeitando-a enquanto 'diferente' ao invés de pressioná-la a entrar no padrão segundo os moldes de uma 'normalidade' produtora de comportamentos em série, que talvez a ela nunca tenha sido questionada se lhe parece 'normal'.

E, ao partirmos do princípio de que as histórias narradas são indissociáveis das histórias de vida; de que estas alimentam o enredo daquelas, passamos a reconstituir importância 'científica' à antiga prática da tradição oral, da narração de histórias vividas. *«Neste caso, o conto popular fornece ao discurso científico um modelo e não somente objetos textuais a tratar. Não tem mais o estatuto de um documento que não sabe o que diz, citado à frente de e pela análise que o sabe. Pelo contrário, é um 'saber dizer' exactamente ajustado ao seu objecto e, a este título, não mais o outro do saber, mas uma variante do discurso que sabe e uma autoridade em matéria de teoria. Então se poderiam compreender as alternâncias e cumplicidades, as homologias de procedimentos e as imbricações sociais que ligam as 'artes de dizer' às 'artes de fazer'; as mesmas práticas se produziriam ora num campo verbal ora num campo gestual; elas jogariam de um ao outro, igualmente táticas e sutis cá e lá; fariam uma troca entre si – do trabalho no serão, da culinária às lendas e às conversas de comadres, das astúcias das histórias vividas às da história narrada»* (Certeau, 1994:153).

Porque as histórias nos convocam a percebê-las para além do que é dito. Elas narram, não descrevem e isto faculta a transposição da história ouvida para o cenário da história pessoal. Para dizer o que dizem as histórias não há outra linguagem senão elas mesmas. Só uma história contada de novo pode dizer mais de si do que a primeira escuta. Ela e só ela. Conta-se que Beethoven tocava de novo quando alguém lhe perguntava o sentido de uma sonata. Com as histórias acontece da mesma maneira. Elas não contentam-se em descrever movimentos, elas incitam-nos (Certeau, 1994). E o deleite de contar histórias vai encontrando pertença científica quando exerce sobre quem as ouve a arte de pensar – entendida na Grécia antiga como uma das fontes de saúde – ainda que um distúrbio dentre as vias do pensamento seja diagnóstico a intitular capítulos de vidas de algumas pessoas.

Em geral, as histórias de vida das pessoas em tratamento psiquiátrico carregam imensa carga aflitiva, por vezes até trágica mesmo. São histórias acrescidas de sofrimentos, angústias, inúmeras perdas afectivas, económicas, materiais, perda até mesmo da posse do lápis com que se escrevia a própria história. Agora estas pessoas puderam encontrar um espaço onde, transcendendo as suas histórias para a linguagem simbólica e atemporal comum aos contos e lendas, elas pudessem ser revisitadas e lhes pudesse ser conferido um outro significado, talvez menos sofredor. Um significado mais humano que literário quando percebem que até mesmo os príncipes muitas vezes também parecem um bocado infelizes por carecerem de quem lhes diga a verdade em meio aos adutores que dissimulam uma amizade.

«Eu adorei esta história, ela é muito simbólica. E tem magia e sentimentos. Por exemplo, ninguém tem dentro de um pote saudades. Mas se pensamos que este pote pode representar o nosso coração, vemos que tem sentido. E isto torna a história encantada, bonita» (Conceição, 44 anos)⁵.

Diagnosticadas com doença mental, as pessoas, além de tornarem-se ‘prisioneiras’ de sua moléstia, acabam por se encarcerarem em sua linguagem ‘depauperada’. Depauperada de sentidos comumente compreensíveis, levando-as à constante repetição de justificativas várias ao motivos que levaram-nas ao encontro com a doença. A necessidade de falar de algumas, contrasta com o silêncio de asa de libélula de outras. A paciência por vezes minguia e rompem-se laços com uma facilidade desigual:

«Ela fala demais. Toda hora só quer falar dela. Já ouvimos esta história outras vezes. Todo dia é a mesma história. Eu já estou farta. Ou ela cala-se ou eu vou-me embora! Ela pode ficar chateada, mas vou-me embora na mesma!» (Eulália, 22anos)⁶

Mas as histórias conseguem dar a volta a este tipo de situações. Povoam o imaginário de quem as ouve de novas representações, de histórias semelhantes, de situações reconhecíveis. De poesia. De uma olhar lírico à sua

⁵ Referência à história «O avental encantado e o fio do segredo, de Ana Carol Lemos (2005) no trecho que dizia assim: *«Um dia, o silêncio peneirou o véu da noite e a luz do céu entrou no aconchego do sono. Uma senhora de vestido longo, cor de pôr-do-sol, tomou seu Velhino pelas mãos, colocou no colo e partiu nas asas do vento, a caminho do azul do céu. E, mesmo dormindo, seu Velhino seguiu.... Seguiu sereno, como sereno era o seu olhar. Quando a noite foi dormir e o sol espreguiçou-se para acordar, dona Velhina viu que no lugar de seu Velhino, na cama, nasceu um pote. Um pote que tinha cheiro de segredo com canela. Era o pote da saudade!»*

⁶ Nota de Diário de Campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade.

história e ao mundo. Povoam o imaginário de possibilidades, de perceber a derrota enquanto degrau imaterial para a sabedoria, e, parafraseando o poeta, de guardar as pedras do caminho para se construir um castelo...

O próprio acto de imaginar a vida diferente, as condições de vida optimizadas e as possibilidades que podem vir a ser conquistadas acaba por se tornar factor de equilíbrio psicossocial. O facto de imaginar o abandono e a solidão como tempo de reclusão para uma vida mais equilibrada no futuro, eufemiza-os, minimizam-se os seus poderes corrosivos, ainda que tenha sido o adoecer o gesto único encontrado no caminho da sobrevivência como evasão para distanciar-se de uma realidade devastadora. E a saúde mental vê-se hipertrofiada, reconhecendo-se pela «*perda da função simbólica*» (G. Durand, 2000:102), pois as pessoas percebem-se desadaptadas e «*o seu modo de reequilíbrio em relação ao meio não é aquele que é aceite pelo próprio meio*» (G. Durand, 2000:102).

E assim, seguem-se os caminhos das cronificações, 'contaminando' os recém-chegados ao mundo da reclusão, tornando estéreis os desejos de mudança daqueles que estavam ávidos por escape daquela monotonia castradora, que acaba por guardar numa mesma cave, entre as empoeiradas garrafas de safras antigas, as ilusões de repetidas gerações ali igualmente ocultas e desprezadas.

Todavia a escuta constante de histórias literárias vem permitir um recenseamento de passagens significantes da história de vida das pessoas, tragam elas consigo lembranças agradáveis ou nem por isso. Mas a revisita, o novo olhar e o re-significado oferecem uma atitude saudável frente a lembrança encontrada, favorecem a criação de novas posturas frente a disposições rotineiras. Se as histórias não apresentam uma resolução aos conflitos vividos, oferecem ao menos a informação de que aquilo pisca como pirilampo nas noites do pensamento em busca de uma atitude. Que seja de enfrentamento, que seja de esquecimento, mas o sentimento pós a escuta de uma história, acerca do que ela causou, acaba por passar pelas imediações do equilíbrio, especialmente quando é expresso por palavras, tais como: «*tranquilidade, satisfação, força, calma,*

paz, felicidade, alegria, sentido de sabedoria...»⁷. Afinal, buscar o «equilíbrio biológico, equilíbrio psíquico e sociológico é a função da imaginação» (Durand, 2000:103).

Aos poucos, vamos nos dando conta de que somos, ao mesmo tempo, atores e autores dessa grande história que é a vida, que é o viver, que mais parece uma grandiosa janela que, dia-após-dia, abre-se diante dos nossos olhos, pois “*só nos tornamos um ser humano completo, realizado em todas as potencialidades quando, além de sermos nós mesmos, somos capazes ao mesmo tempo de sermos nós mesmos com o outro e nos sentimos felizes com isso*” (B. Bettelheim, 1980: 319).

E o acesso rotineiro a este exercício imaginário da escuta de histórias acaba por propor meios de reequilíbrio e até de cura. «*Importante causa tanto da saúde quanto da doença, a imaginação é a maior e mais antiga fonte de cura do mundo*» (J. Achterberg, 1996:09). Importante lembrar que a referência à cura não diz da cura às patologias, mas de uma cura enquanto sensação de bem-estar, de estar presente perante a realidade, mesmo sujeito ao assalto do avassalador delírio. Cura da alienação de constante ‘permissão’ para que terceiros – neste caso a família e a instituição – estejam sempre a decidir que papéis devem ser representados pela pessoa em tratamento à doença mental; como se o facto de receberem o diagnóstico tornasse perpetuamente improdutivas as suas capacidades, inclusive no que tange o pensamento, as atitudes e a imaginação.

As pessoas passam a ser consideradas coisas: «elas, as doentes, as outras», distanciando-as das outras pessoas – as que as apontam e alimentam a sua doença quando lhe fazem referências enquanto ‘a doente’, não cedendo-lhe espaço para reconhecer-se de outra maneira. E a ciência, sobretudo a médica, contribui para este distanciamento com as suas nomenclaturas reducionistas de «doentes», «pacientes», abstraindo-se da categoria de «gente», esquivando-se da percepção que a doença não anula a sua representação afectiva e assim, que olhá-las e ver PESSOAS é o princípio básico de uma atitude humana para com humanos. De uma atitude dissociada do «*desamparo civilizado*» (G. Durand, 2000:106). De uma atitude que pretende ver a cura como um reencontro com o que sobrevive saudável em si, ao perceber que «*saúde é buscar todas as*

⁷ Anotações de diário de campo.

experiências da Criação e vivenciá-las, sentindo a sua textura e seus múltiplos significados» (J. Achterberg, 1996, p. 25). Sentindo que saudável está-se quando em processo de criação, quando em movimento, quando no descuido e desapego à inactiva roupagem de 'doente', quando ouve-se uma história e mergulha-se nela a sentir o cheiro das camélias na terra ainda molhada de orvalho por onde cavalgava o príncipe a deixar seu lenço branco preso ao chapéu do espantalho.

Porque as histórias *«não têm por finalidade serem apenas uma colecção de imagens, de metáforas e de temas poéticos. Mas que, além disso, devem ter por ambição elaborar o quadro compósito das esperanças e dos receios da espécie humana, a fim de que cada um possa reconhecer-se e confirmar-se nele»* (Durand, 2000:104).

1.7. A palavra para lavrar um terreno semeado de histórias

*«A verdade, quando não ofende,
tem algo de ingénuo que causa prazer;
e somente aos loucos os deuses concederam
o dom de dizê-la sem ofender»
Erasmus de Rotherdam, 2003*

Em um espaço de tratamento da saúde mental constantemente nos deparamos com pessoas que se refugiam em fantasias, pois a realidade parece difícil demais para ser vivida e, olhar para ela traz ainda mais sofrimento e angústia. As palavras violentas que rompem laços por toda uma vida trazem consigo o vazio do silêncio, de um silêncio preenchido por ele mesmo e por toda a incompreensão que o contorna.

E foi para encontrar espaço para esta linguagem tantas vezes incompreendida que oferecemos o Atelier de Histórias e Expressão Dramática, um espaço, sobretudo, da palavra. Da palavra livre de pré-conceitos e julgamentos vagos e onde, simbolicamente, ao falar de personagens fictícios de histórias criadas, as pessoas descrevem personagens e situações reais de suas histórias humanas e são completamente donas dos desfechos de seus enredos, encontrando neste espaço uma vereda de re-significação de cenas passadas da

sua história e que temiam ainda assustá-las no presente, mesmo que no presente dos seus delírios.

Neste espaço, a palavra é guia, é o fio que tece as próximas linhas, principalmente de histórias vividas e que entrelaçaram fardos de angústia e abandono.

Neste espaço, o momento da criação é o lugar onde lhes é ofertado o poder da palavra. Palavras são geradas e geridas na criação de histórias literárias, na partilha de histórias humanas. A palavra destemida, livre, pura, sem estar condicionada a nenhuma regra. A única regra estabelecida foi criar. E a palavra foi puxando o fio e como se construíssemos uma imensa teia, foram sendo narradas histórias, onde o território de si e do outro foi respeitado e partilhado pela palavra. Porque a palavra abre baús, vasculha caves, ilumina sótãos, favorece encontros. A palavra informa e transforma quotidianos. A palavra provoca a guerra. A palavra celebra a quietude da paz.

As histórias nascem da palavra dita e, ao mesmo tempo, fazem nascer a palavra. Respeitam o espaço do silêncio, mas sabem estar na palavra uma grande arma contra o adoecer apático, porque uma vez ouvida uma história, o seu cenário e os seus personagens ficam guardados na memória. E incitam a reflexão. E fazem companhia. E vão buscar outras histórias que anseiam revisitas, dilemas que clamam resoluções, medos que bradam coragem de enfrentá-los. E é apresentando um leque de possibilidades, de resoluções de questões existenciais dos personagens das histórias literárias, que as pessoas do grupo perceberam possibilidades de resoluções de questões pessoais. Histórias humanas e histórias literárias valsando juntas e ofertando passo a passo a luz, numa melodiosa dança de acertos e erros, mas sobretudo de tentativas, da certeza de não se estar só, da força de ser-se grupo.

E se tantas vezes as pessoas que vivem com doença mental não têm a sua palavra creditada - muitas vezes em decorrência dos muitos delírios e alucinações provenientes da doença e/ou da medicação - neste espaço a palavra é rainha. Ela estrutura pensamentos delirantes. Ela conta. Ela canta. Ela encanta. Ela dá som até ao silêncio de uma lápide. Ela faz falar quem

permanecia calado como o orvalho. Ela inclui. Sim, inclui no círculo de criadoras activas as pessoas que se detinham inertes, na monotonia passiva do caos da sua doença.

Porque a palavra falada cria labirintos partilhados, onde a resolução de questões existenciais entre os personagens acaba por favorecer a clareza e instigar atitudes de mudança entre os contadores da sua própria história.

É através da palavra que, nas idas às suas casas, as pessoas podem passar mais tempo em convívio com os familiares. E a partilha de histórias ouvidas na Casa de Saúde favorece e enriquece este momento, permitindo assim que a família não esteja somente a pedir que ela *'cale-se por estar sempre a dizer asneiras'*, mas também, esteja a partilhar com ela a palavra e as histórias ouvidas nos últimos dias. E as histórias acabam por se vestir com um manto de interação, incluindo no seio da família aquela pessoa que passou a ser excluída pela vida, porque *«toda palavra instaura e estabelece um começo de relação»* (T. Meireles, 2005:142).

Porque a palavra liberta as amarras e nos oferta a sensação de uma noz quando a casca lhe é quebrada. A palavra promove o conhecimento de si e do mundo, minimiza o desconhecimento, favorece o reconhecimento. E é reconhecendo-se em atitudes de personagens de histórias literárias que são instigadas atitudes de mudança na história humana. São revisitados papéis. São questionados papéis. São abandonados papéis. As histórias oferecem esta grandeza: ainda que não nos apresentem que papéis devemos tomar como genuinamente nossos, nos fornecem pistas de papéis que devemos abandonar aos ventos dos nossos caminhos.

«A história [A moça Tecelã]⁸ nos diz um pouco da nossa história. A moça conseguiu ser mais feliz com o sol, o jardim, o simples. E nós sentimos necessidade de ter coisas que, na verdade, não nos trazem felicidade. Elas preenchem um lugar que nos falta, pode ser de afecto, de atenção, de carinho mesmo. E depois descobrimos que as coisas não preenchem, porque o que precisamos não é delas e o que precisamos não se compra, nem acha-se fácil. Esta história me trouxe muitas histórias à cabeça, de muitas

⁸ Vide anexo 1.

vivências particulares que eu já nem me lembrava mais. Gostei muito, porque agora sinto que tenho um caminho para pensar em mim e sairei daqui com outras ideias, para ser uma pessoa melhor e mais feliz comigo mesma e o simples, que é o que basta» (Carolina, 62).

As histórias instigam a esperança. Vão buscar papéis que foram riscados, desacreditados pelas palavras de outrem, quando as sanções são utilizadas como atitudes anuladoras, castradoras de uma vivência salutar.

«Eu, quando entrei para este grupo que soube que teria de inventar histórias, pensei em sair. Eu não sabia inventar. Ou achava que não sabia. Ouvi várias vezes que não tinha cabeça para estas coisas. E eu pensei: aqui não é o meu lugar. Mas vi outras pessoas também a tentar e foi muito importante acreditar que eu podia. E eu inventei a primeira história junto com o grupo e agora já faço eu sozinha. Estou aprendendo a caminhar sozinha no mundo das histórias e isso ajuda a minha cabeça a não pensar asneiras. E foi com o grupo que eu aprendi que também posso criar só. A ajuda de cada uma das colegas é muito importante. E agora sei que posso aprender muitas outras coisas. E se um dia eu sair da Casa de Saúde e construir a minha família, quero ensinar aos meus filhos tudo o que aprendi aqui» (Maria de Fátima, 22 anos)⁹.

Este é um depoimento que traz à luz o estreito fio que alinhava as histórias literárias com as histórias humanas, pois são os chamados ‘heróis’ das histórias literárias que costumam, em momentos onde a dificuldade parece reinar, acreditar em si, nas suas forças e capacidades, no poder transformador das suas atitudes, no caminho para o reconhecimento e a criação de possibilidades.

E a escolha das histórias literárias no papel de contributo a este processo deu-se, sobretudo, pela crença no poder curativo da palavra. Pela crença no espaço sagrado, o *têmenos* da mitologia grega, onde se possa, ao ouvir uma história literária, reflectir sobre a história humana, de maneira que a mesma história literária seria contada para todas e diferentes histórias humanas seriam rememoradas em cada uma delas. Liberta de amarras, de preconceitos, de medos, de pecados, como só a arte sabe fazer. Com a liberdade comum a toda

⁹ Anotação de Diário de campo. Nome trocado para manutenção da privacidade. Cognome escolhido por ela.

proposta genuína de arte. Com a criatividade que propõe sonhar o novo, o desigual, o único... que propõe sonhar a vida e não simplesmente levá-la sem sequer perguntar-se para onde.

Porque de posse da palavra, é possível sentir-se livre:

«Liberdade!

Tu que és ainda tão pequena!

Tu que és livre!

Eu (...) dou-lhe o seguinte conselho: não, não há e existe melhor coisa que a Liberdade. A Liberdade existe e vale a pena porque no fundo do coração de cada um de nós existe e há a Liberdade dos passarinhos e andorinhas.

A Liberdade existe na vida do homem. O homem quer ser livre. A Liberdade pertence a si próprio» (Maria de Fátima, 22 anos)¹⁰. A autora deste texto deseja uma liberdade silenciosamente desenhada na imaterialidade dos seus sonhos. Sonha um dia poder viver na sua própria casa, constituir a sua família, contar histórias aos seus filhos e ensiná-los a escrever seus próprios nomes. E ensiná-los a escrever a própria história, com a posse da caneta que lhe foi furtada pelo diagnóstico. Para onde vai, carrega um caderno onde escreve os seus poemas, inspirando-se na dor do seu abandono e na viva esperança verde como as folhas do jardim onde poisam as borboletas coloridas, de um dia ser livre como elas.

1.8. Alguns terrenos conceituais:

Para o desenvolvimento desta pesquisa, propomos, então, pautar-nos por três conceitos fundamentais, a saber:

O Terreno dos PAPÉIS SOCIAIS: Uma pessoa está a desempenhar papéis quando suas atitudes são guiadas por padrões, ou seja, por expectativas mútuas dos outros em relação ao que esperam de si e também por reacções (satisfatórias ou não) com as quais esta pessoa espera que as outras reajam ao que ela fez. Os

¹⁰ Idem.

papéis são, portanto, a maneira como apresentam-se as pessoas ao tomar atitudes entre as expectativas e as reacções dos outros.

O Terreno da DOENÇA MENTAL: As doenças mentais são distúrbios mentais de ordem orgânica que podem representar uma herança genética e/ou mudanças de comportamento (sentimento de culpa, delírios, agressividade, desequilíbrio das vontades, medos, fobias, manias, comprometimentos cognitivos, senso-perceptivos, afectivos, dentre outros) a partir da influência do meio social, tais como a pressão profissional, as decepções amorosas, o desarranjo na constelação familiar, as dificuldades económicas, o abandono etc. Uma pessoa recebe o diagnóstico de uma doença mental geralmente quando uma das suas manifestações psíquicas incomodam o sistema sócio-cultural em que vive e/ou fá-la sofrer, podendo esta representar um transtorno agudo, passageiro, como uma crise depressiva, uma crise de ansiedade ou crónico, como a maioria das doenças mentais, como o diagnóstico de uma neurose, de uma psicose maníaco-depressiva, de uma psicose esquizofrénica, etc.

O Terreno das HISTÓRIAS: A narração de histórias, sejam elas histórias literárias ou histórias humanas traz para a palavra dita a luz da qual a própria história carecia para enxergar-se e perceber-se enquanto movimento constante de vida. Numa narração, a história perdida é restituída, a história actual é partilhada, a história futura pode ser avistada e semi-planejada. As histórias literárias trazem um 'saber-dizer' único às histórias humanas. Aproximam as suas linguagens, oferendam uma variante do discurso capaz de torná-lo compreensível e de co-autoria partilhada, na medida em que a palavra oferta um fio imaterial de cumplicidade.

E, de maneira a compor uma trança, que pudesse unir estes três terrenos sem cercados imateriais, partimos da seguinte questão: **Poderiam as histórias literárias funcionar enquanto contributo para que as pessoas em tratamento à doença mental pudessem apropriar-se do papel que andam a desempenhar em suas histórias humanas?**

1.9. Algumas Hipóteses

As histórias literárias assumem o papel de portal de acesso à liberdade de encontro das pessoas consigo e com os papéis que desempenham na sua própria história.

As histórias literárias são capazes de conduzir histórias humanas a transcender os limites dos seus próprios papéis.

1.10. Metodologia

Neste estudo, partimos do princípio de que as pessoas que vivem com doenças mentais são compreensíveis e que esta compreensão constitui um primeiro passo para a acção social. Aliás, a compreensão do outro não implica que este outro seja racional e previsível ou ainda autónomo e voluntarista. Pareto recorda-nos constantemente que a maior parte das acções humanas são não-lógicas, ou seja, que são motivadas por pressões, instintos, interesses e sentimentos. Mas o não-lógico não significa ilógico. Weber, por sua vez, lembra-nos que o conceito de racionalidade comporta inúmeras contradições e que a maior parte das acções humanas se situam entre a racionalidade e a irracionalidade, entre o normal e o patológico. *«Entre estes dois extremos, que são por um lado, a actividade orientada (subjectivamente) de maneira absolutamente racional por finalidade e, por outro, os dados psíquicos absolutamente incompreensíveis, existe toda uma série, feita de transições indefiníveis, de encadeamentos (irracionais por finalidade, que são, segundo a expressão corrente, compreensíveis 'psicologicamente'»* (M. Weber, 1965:335).

Para esta investigação, não importavam os sujeitos apenas como indivíduos, como unidade biofísica, mas sobretudo como indivíduos «psicosocializados em pessoa», como já nomeou G. Freyre, relacionados com os grupos primários – aqueles com quem mantém relações directas e secundários – aqueles com quem mantém relações indirectas, *«por meio de contactos que se*

verificam por vários processos de interação: subordinação, dominação, cooperação, competição, acomodação» (G. Freyre, 2004:66). Não importavam as individualidades improdutivas das suas patologias. Não. Sequer foram questionadas. Importava que fosse gente em tratamento às doenças mentais. Gente activa. Gente que por lutar para melhorar, não enquadra-se nas cercanias da palavra «paciente».

Mas a mais constante preocupação estava em respeitá-las como pessoas todos os dias, entre as suas disponibilidades e vontades em colaborar com esta investigação - e a ausência destas por diversas razões, ou mesmo quando razões faltavam - mas, sobretudo lembrando que se estava a lidar com gente, com todas as suas (im)possibilidades e (im)perfeições e jamais com «objectos de pesquisa».

1.10.1. Amostra

Para este estudo, foi seleccionada a Casa de Saúde do Bom Jesus, em Braga, o que torna a nossa amostra uma amostra a nível distrital, pois é para esta Casa que são encaminhadas dos hospitais e Centros de Saúde as mulheres com diagnósticos de doenças mentais no Distrito de Braga, ao passo que os homens são encaminhados para a Casa de Saúde São João de Deus, em Barcelos. Na amostra investigada havia 148 pessoas que vivem com doenças mentais diversas - crónicas ou agudas, com idades entre os 21 e os 85 anos, dentro de um universo de 385 pessoas.

A construção da amostra foi seleccionada de maneira aleatória, pela própria instituição, tendo como base o conhecimento sobre as pessoas e suas possíveis aceitações à proposta. Foi seleccionado um grupo de 20 pessoas, aqui referido como Grupo I, entre as Unidades de Tratamento para pessoas que vivem com doenças crónicas. Este grupo passou por pequenas alterações no princípio, pois ausentaram-se quatro pessoas e entraram outras quatro, permanecendo até o final desta pesquisa. Contou com mulheres entre os 22 e os 76 anos, uma média de 45,33 anos.

Para o desenvolvimento das actividades com este grupo, contou-se com o espaço do teatro da Casa de Saúde, onde as acções eram realizadas ora no palco, ora em círculo formado por cadeiras da plateia.

Um outro grupo - agora um grupo mutante, rotativo - reunia-se numa das salas de convívio da Unidade para tratamento de pessoas com transtornos agudos, também chamada Clínica. Deste grupo, aqui referido como Grupo II, fez parte um universo de 124 pessoas, ao longo dos quatro meses de investigação, com idades entre os 21 e os 85 anos, numa média de 44,13 anos, tendo sido retirada uma amostra também de 20 participantes por encontro semanal, porém, por vezes acontecia de pessoas participarem por semanas seguidas desta actividade, não sendo então novamente contabilizadas na amostra. A adesão a este grupo foi espontânea. As pessoas foram convidadas a ouvirem a narração de uma história e participaram as pessoas a quem apeteceu participar.

Antes, porém, de iniciado o processo investigativo, cada participante foi consultada sobre a possibilidade de participar, sendo a expressão da sua vontade positiva condição *sine qua non* para a sua participação e, tendo, para isso, sido informado acerca da investigação, do sigilo das informações cedidas, seus objectivos e destino.

1.10.2. Objectivos

Entre pessoas com transtornos mais leves ou mais profundos, a imaginação mantém-se em funcionamento, obedecendo a um desenvolvimento único, pessoal. Como fonte de estímulo à imaginação, foram utilizadas histórias, nomeadamente Contos, Mitos e Fábulas, contadas, vivenciadas e criadas, de maneira que, ao ouvirem estas histórias literárias presentes nos livros de papel, pudessem entrar em contacto com as suas histórias humanas e assim, pensar acerca da legitimidade, pluralidade e delicadeza do seu papel nesta grande história chamada Vida. Seus sonhos, suas aspirações, suas expectativas, seus medos, suas dúvidas, seus desejos, suas possibilidades, o seu lugar no mundo, os conflitos entre as suas capacidades reais e as capacidades

imaginárias que lhes são atribuídas – ou tolhidas – pelas pessoas que, olhando-as percebem apenas as suas limitações.

O Atelier de Histórias utilizou-se dos contos, mitos, lendas com o intuito de activar os pontos de saúde de pessoas que estão atravessando momentos de sofrimento mental – agudo ou crónico – começando a apresentar comportamentos diferentes da sua forma habitual, bem como dificuldades de relacionamentos interpessoais com a família e comunidade e dificuldades na realização das comuns tarefas diárias, pois é por alguma ou mais de uma destas razões que são internadas para o tratamento.

1.10.3. Método

Esta investigação consiste em um estudo experimental, a partir da observação directa e participante – por estarmos a contar as histórias literárias, protagonizando-as e então ouvindo as histórias humanas – protagonizadas pelas participantes dos grupos.

As histórias não se propõem a inventar nem a criar novos papéis, somente a traduzir para uma linguagem compreensível, os papéis esquecidos, rasgados ou perdidos ao longo de um caminho percebido como «desacreditadamente adoecido» pela «deficiência» na percepção de respostas comuns aos diferentes estímulos. As histórias desejam apenas ser pontes de fora para dentro do olhar das pessoas; desejam apenas levá-las a aproximar-se do que há de mais puro e singular dentro de si, na sua essência, na sua humanidade e, na necessidade de auxílio das Expressões Dramáticas, trazer esta imagem para o corpo, para fora dos olhos, de maneira que, vinda de dentro para fora, esta seja a imagem percebida de fora para dentro.

Atendendo a necessidade empírica de verificação das hipóteses levantadas nesta pesquisa, optamos por uma metodologia participativa, onde as pessoas sejam estimuladas a contarem as suas próprias histórias e é a partir de então que vem o estudo empírico, de maneira a se pensar cientificamente o contributo das histórias literárias na posse da história humana de pessoas que

assistem esta posse ser-lhes usurpada pelo diagnóstico da doença mental e tudo o mais que ele acarreta e destrói.

Para ambos os Grupos, foi proposto o Atelier de Histórias, com encontros de 1h semanal e para o Grupo I, foi proposto, também, o de Atelier Expressão Dramática, com encontros de 1h semanal, com total adesão por parte do Grupo, onde procuramos, neste processo, compreender a linguagem do não dito pela via da diversidade das expressões de arte dramática, e assim tentar compreender o que contam as histórias de quem encontrou no dis-curso do rio da vida, fora do curso esperado, um caminho de expressão.

O discurso da pessoa que vive com doença mental *«anda pelos limites, alcança para além de tudo isto regiões onde não encontra nada – mas um nada importante e específico que é criativo precisamente na medida em que não é destituído pelas técnicas normalizadoras da sociedade»* (Cooper, 1978, pp. 20).

Em alguns momentos, no Atelier – que conta com o momento de acolhimento e disposição sentada em círculo, a contação da história propriamente dita, de escolha aleatória, escolhida por mim, ora recorrendo à leitura do livro de histórias, ora recorrendo à memória, seguida de uma discussão que parte da premissa: *«o que vos contou este conto?»*, é estimulada também a criação de histórias colectivas, acreditando ser esta uma excelente forma de manter viva a chama da produção e, conseqüentemente, da saúde, propondo-se em ser um espaço de encontro com a lucidez que sobrevive amalgamada à esta doença que julga anulá-la por completo.

A partir da escuta de histórias, as pessoas foram identificando-se com os papéis de alguns personagens, estabelecendo assim, um paralelo entre papéis da 'vida' literária e a sua história real. Estes papéis foram desempenhados pelo grupo em momento posterior, através da vivência, da partilha da palavra, da dramatização (no caso do Grupo I), de maneira que, tomando posse do papel a representar 'no palco', as pessoas comesçassem a tomar consciência e posse dos papéis que andam a representar na vida.

1.10.4. Instrumentos de Pesquisa

Foram contadas histórias – contos, mitos, fábulas, lendas e criadas histórias também. Foram utilizados livros de contos populares brasileiros, de contos autorais, lendas brasileiras, contos populares portugueses, fábulas francesas e mitologia grega¹¹.

As actividades de escuta e criação de histórias aconteceram de forma colectiva, em espaço próprio para esta actividade. Também foi oferecida a possibilidade de vivência das histórias contadas e criadas e de histórias vividas por outros personagens reais em outros palcos, em outra época, utilizando o palco do teatro onde aconteciam os encontros. Assim, era possível propor a utilização da ‘máscara’ de personagens criados para expressar a condição de personagens reais. Em relação ao Grupo II, eram partilhadas pela palavra experiências de histórias humanas, trazidas à lembrança ao convite do enredo das histórias literárias.

O mais importante instrumento de trabalho foi a palavra. A palavra dita. A palavra expressa em gestos. A palavra calada. Foi a palavra quem nos forneceu subsídios para confirmar e refutar teorias.

As histórias criadas colectivamente foram escritas durante a sua criação, bem como algumas questões a que se quis investigar acerca da actividade. Não foram necessárias entrevistas, dado que as histórias, *per si*, abriam caminhos e forneciam informações acerca das histórias de vida das pessoas a partir dos seus comentários, sobretudo acerca das suas relações sócio-familiares, o internamento e a importância de ouvir histórias para a reabilitação da sua saúde mental. Importava a vida doravante e o contributo que as histórias pudessem fornecer. Não importavam mesmo os diagnósticos. Não são as doenças as mais interessantes. Importa conhecer a história destas pessoas e assim, já torna-se claro o momento em que a doença encontrou espaço para alojar-se e domar a sua vida – ou de mantê-la domada por outrem.

Foram criados cognomes por cada uma das participantes e estes são os nomes encontrados no resultado desta investigação, de maneira a guardar a

¹¹ No anexo 1 consta a relação de histórias contadas e bibliografia utilizada.

privacidade das pessoas que ofertaram suas histórias de vida 'em nome da ciência'.

1.10.5. Os resultados

Ao final, o que produzimos foi uma análise funcional do papel das histórias na clareza dos papéis sociais exercidos por pessoas que vivem com as mais diversas doenças mentais.

Os resultados destas vivências, as modificações da representação de si destas pessoas, bem como suas atitudes mais autônomas servirão de parâmetro para a demonstração de que as histórias também podem ter um importante contributo no tratamento à doença mental.

Esta é a contribuição das histórias: tornar palpáveis os papéis humanos a partir de enredos em papéis literários.

CAPÍTULO II: AS DOENÇAS MENTAIS E O CENÁRIO DESTA HISTÓRIA NA CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

“A largura da mão: eis a medida dos meus dias. Diante de vós, minha vida é como um nada. Todo homem não é mais do que um sopro.”

Salmos 38:6

2.1. A história do internamento

Michel Foucault (2005) nos apresenta o internamento como uma criação institucional própria do século XVII, uma medida econômica e de precaução social. Mas é na história do desatino que ele vem desempenhar o seu papel mais ‘relevante’, por ser este o momento em que a loucura é percebida na perspectiva social da pobreza, da improficiência para o trabalho, da incapacidade de integrar-se no grupo. É este o momento em que a loucura passa a fazer parte dos problemas sociais da cidade, obedecendo ao grande sonho burguês *«de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Daí supor que o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo. O internamento seria assim a eliminação espontânea dos a-sociais»* (M. Foucault, 2005:79), pois *“antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura”* (M. Foucault, 2005: 63).

Mas o gesto do internamento tinha alcance muito maior que o isolamento de desconhecidos: foi o responsável por criar o desconhecimento de figuras familiares na paisagem social, fazendo delas figuras bizarras, desprezadas, desfiguradas, de maneira que sua história não pudesse mais ser pressentida, ser reconhecida. Eram pessoas condenadas à cronificação de uma doença, enjaulando as suas histórias no semblante da clausura, da solidão, do esquecimento. Eram rompidas tramas sociais, desfeitas familiaridades. O internamento conseguiu enviar algo do homem para além do horizonte de seu

alcance. Conseguiu apresentar ao homem aquilo que veio a ser chamado de alienação (M. Foucault, 2005).

E no dizer do filósofo, a alienação do homem dá-se quando ele faz uso da ciência sem poética, da inteligência pura sem compreensão simbólica das finalidades humanas, do conhecimento objectivo sem expressão do sujeito humano, da felicidade sem felicidade apropriadora (Bachelard, 2001).

E enquanto desempenhavam seu papel de assistência e repressão, os locais de internamento destinavam-se a socorrer os pobres, obedecendo à grosseira preocupação burguesa da época de 'pôr em ordem' o mundo da miséria. O desejo de ajudar caminhava ao lado da necessidade de reprimir. O único sentido era isolar e o destino eram os leprosários que estavam vazios desde a Renascença (compreendida dentre os séculos XVI - XVII) e, repentinamente, foram reactivados neste século XVII. «*O Classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leproso; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu. São os 'internos'*» (M. Foucault, 2005:53). Enquanto o leprosário tinha um sentido médico, agora o aprisionamento das pessoas passava a acenar um sentido inumano de segregação, um gesto com traduções políticas, sociais, religiosas, económicas, morais (M. Foucault, 2005).

Foram necessários quase dois séculos onde a loucura permaneceu em latente sucessão à lepra no que diz respeito aos medos e às divisões de exclusão. Os ditos 'loucos' eram pessoas de «*existência facilmente errante*» (M. Foucault, 2005:9). Eram escorraçados dos muros das cidades. Eram proibidos de entrar nas igrejas. Às vezes eram até chicoteados em praça pública seguidos de corrida persecutória e, às pauladas, escorraçados das cidades. Eram confiados aos marinheiros na certeza de que permaneceriam distantes e confinados ao alto mar, porque forte era a crença de que a navegação os ofertava a incerteza do acaso, a entrega ao próprio destino. Porque era para outro mundo que partiam em suas barcas e era do outro mundo que chegavam ao desembarcar (M. Foucault, 2005).

Em princípios da década de 60, os psiquiatras ingleses Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson iniciaram um movimento de contestação ao modelo psiquiátrico actual, defendendo a ideia de que a concepção de loucura e as propostas de tratamento eram extremamente violentas e funcionavam como suaves disfarces de ideias desagradáveis, eufemizando a alienação política, económica e cultural das pessoas da época. Este movimento ganhou o nome de Anti-Psiquiatria.

Entre 1962 e 1966, iniciou-se um trabalho independente, na ala de um hospital inglês, o chamado Pavilhão 21, um espaço destinado ao tratamento de pessoas jovens que viviam com esquizofrenia, sem nenhum internamento anterior, num regime diferenciado da psiquiatria tradicional, liberto da coação e com orientação terapêutica baseada nas relações familiares destas pessoas. Porém, como era um hospital tradicional, o excesso de arraigados costumes não permitiu que suportasse inovações e o trabalho foi interrompido quatro anos após o seu início.

"A Antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade." (P. Amarante,1995:47)

Em 1965, tem início o trabalho de uma associação beneficente, comandada por Laing, Cooper e Esterson, tendo as suas bases teóricas estabelecidas por Laing, dentro de uma perspectiva de mutação dos padrões psiquiátricos a partir de um embasamento psicológico e social, obedecendo à proposta da pessoa humana ser vista de forma completa, na sua totalidade, pois considerava que os hospitais acabam invalidando os que não se adaptam às normas sociais, sem sequer investigar o que os leva à tal, preocupando-se em enquadrar os que denominam 'pacientes' na nomenclatura médica e ali, anulá-los enquanto pessoa de pertença singular, levando-os a tornar-se peça, simplesmente peça avulsa, na engrenagem de uma fábrica de invalidações, de uma não-realidade, de loucura.

Laing vem então preocupar-se com o espaço interior desta pessoa, dando prioridade a sua exploração, num encontro com as suas profundezas, numa viagem da pessoa de encontro consigo, buscando então a sua feição singular, possibilitando assim, encontrar a sua genuína forma de estar no mundo e procurar viver da melhor maneira com ela.

As décadas de 1960 e 70 acompanharam o surgimento de uma enxurrada de críticas aos internamentos manicomiais e ao papel repressivo desempenhado pela psiquiatria tradicional no mundo inteiro. Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia, Michel Foucault e Erving Goffman tiveram grande influência nos chamados movimentos antimanicomiais. Do mesmo modo, Dostoiévsky já comentava: *“Dizem que os espanhóis construíram o primeiro hospital para loucos. Juntando todos os loucos num único lugar, tentam convencer-se que eles próprios têm algum juízo...”* (in Bastos, 1997: 13) E no Brasil, o escritor Machado de Assis (1994) colocava em cheque não só os critérios da doença como os propósitos do internamento manicomial, através da sua obra *“O Alienista”*, onde expressa incisiva crítica ao cientificismo da segunda metade do século XIX, através do personagem Dr. Bacamarte e suas teorias acerca da loucura, a chamar atenção da fragilidade das incertezas científicas quando um dia chega a confidenciar a um amigo uma descoberta: as suas suspeitas de que a loucura já não era mais uma ilha perdida no oceano da razão, mas um continente.

O mais forte empreendimento nesta luta antimanicomial deu-se na Itália, em 1961, com Franco Basaglia, quando Director do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Basaglia revoluciona, promovendo encontros entre a equipe médica e pessoas em tratamento, onde estes tinham a possibilidade de relatar violências sofridas. Por falta de apoio, este trabalho é encerrado em 1968. Três anos depois, Basaglia assume o Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, realizando então verdadeiras transformações visando a desactivação da instituição psiquiátrica em regime fechado. Em paralelo, cria, com a sua equipa, centros de suporte às pessoas ex-internadas, propondo o fim dos tratamentos violentos, a destruição dos muros e a construção de novos espaços e maneiras de lidar com a doença.

Também em terras brasileiras faziam-se críticas-práticas ao modelo da psiquiatria tradicional. Ulysses Pernambucano de Mello, psiquiatra pernambucano e, nomeado em 1931 o Director do histórico Hospital da Tamarineira (hospital que hoje leva o seu nome), no Recife, iniciou um processo de destruição de calabouços e camisas de força, criando uma escola para Psiquiatras em formação, incentivando pesquisas, sobretudo às de ordem preventiva e social, preocupando-se com questões interpessoais e sócio-culturais relativas aos distúrbios das pessoas em tratamento, levando-as em conta na prevenção de futuras crises (Silveira, 1992).

Este novo modelo não propunha a interrupção de cuidados, mas uma maneira diferente de perceber, cuidar e lidar com as pessoas que vivem com doença mental. Propunha não só o encerramento dos manicómios, mas a criação de serviços de tratamento e prevenção, que buscassem reduzir os transtornos mentais, tal como a sua duração e a deterioração que deles resultasse, desmontando os mecanismos de exclusão e controlo presentes na identidade dos manicómios, produzindo possibilidade de vida nas pessoas em tratamento. Algo diferente de custódia e tutela, algo favorável à atitude, à liberdade, à emancipação.

A Psiquiatria apresenta a doença mental como algo que pode ter as suas raízes nos primórdios da vida, apresentar seus sinais durante todo o caminho e invadir quase a totalidade das actividades de quem dela padece. Os hospitais para tratamento de pessoas que vivem com doenças mentais, burocraticamente institucionalizam o mandato da sua avaliação psiquiátrica quando formalmente baseiam o tratamento em seu diagnóstico, ou seja, na interpretação psiquiátrica do seu passado. São apontadas em um dossier as mais diversas manifestações da «doença» e enumeradas as inúmeras razões que fundamentem o internamento, montado a partir da enumeração de uma lista de episódios incidentais que tiveram ou poderiam ter tido significado «característico». Muitas instituições mantêm registos arquivados dos seus membros e, em algumas delas, predicados socialmente importantes só podem ser somados

indirectamente, pois são considerados oficialmente sem importância (E. Goffman, 2005).

Se pensarmos que a história de vida de cada um de nós também permitiria a reunião de episódios bastante aviltantes que legitimassem um internamento, talvez conseguíssemos pensar no que sentem as pessoas sabendo que o relatório de parágrafos degradantes das suas vidas encontra-se dentro de um dossier, que isto não guarda as barreiras impostas pela pressão social contra o reconhecimento do adoecer e, por vezes também não controla a ameaça da disponibilidade de acesso a ele.

As pessoas que passam a fazer seus tratamentos em instituições de cuidados à saúde mental variam muito em relação ao tipo e grau de doença que o Psiquiatra lhes atribuíra, tanto quanto às particularidades que os leigos neles descreveriam (Goffman, 2005).

O que não é difícil perceber nestes locais é que, ao tornarem-se «internadas» as pessoas deixam do lado de fora delicadezas da sua singularidade e, «como que por (des)encanto», como acontece nas histórias de fadas, recebem o rótulo de «doentes», passando a tornar-se mais um neste barco pluralizado de enredos e personagens. Doentes, simplesmente doentes. Estejam bem ou não de suas 'doenças'. Passando a ser enquadradas numa sólida moldura de madeira maciça, da qual jamais se hão de livrar, ainda que um dia sejam contempladas com a alta e a vida para além dos muros do hospital tente fazê-las esquecer este infortúnio. Porque haverá sempre um vento a cobrar-lhes a presença no tempo em que esta oscilava entre a brisa e o furacão nos vendavais de internamentos.

Porque ao atravessar o portal da hospitalização, as pessoas passam a vivenciar situações muito semelhantes e assim, também respondem de maneira muito semelhante a tais situações. Semelhanças que não são fruto das doenças mentais, mas da convivência do internamento. E acabam por serem guiadas, como diria Parsons (1951), por um conjunto de padrões e sanções, de maneira a desempenhar seus papéis na instituição comprometidas com a realização das

expectativas institucionais, transformando assim a instituição em um complexo de papéis institucionalizados.

Importante lembrar que os papéis que compõem uma instituição não funcionam apenas enquanto complementares das expectativas partilhadas, mas com diferentes graduações de autoridade (Mills, 1982).

Desta maneira, acaba-se tornando um tributo à soberania das forças sociais que o status monotonamente regular das pessoas em tratamento à doença mental teime em certificar não somente a uniformidade de destinos e, por conta disso, uma marca comum dentre elas, mas que esta reelaboração social possa acontecer relacionada ao que talvez seja a mais irreduzível pluralidade de elementos humanos que pode ser agrupada pela sociedade – desde que afastada dela.

Em geral, conta-nos Goffman (2005), o primeiro contacto das pessoas com a instituição para tratamento de doenças mentais dá-se de três maneiras: alguns ao pedido da família ou na ameaça do rompimento de laços com esta; outros chegam coagidos pela força da polícia e há ainda os que chegam enganados por outros, o que, em geral, se dá com os mais jovens.

No pequeno grupo de 20 pessoas do Atelier de Histórias e Expressão Dramática nas Unidades para tratamento de doenças crônicas, encontramos exemplos para estas três possibilidades apontadas por Goffman e, mesmo não tendo tido o primeiro internamento ainda tão jovem, algumas delas chegaram sem saber sequer o que iriam fazer, o que iria acontecer-lhes, o que facultou a presença de sentimentos como o medo, o desespero, a insegurança, a vontade de chorar.

«A minha mãe trouxe-me e disse-me que ficasse cá a fazer tudo o que as Irmãs me mandassem fazer se não ela iria ralhar comigo. Eu tive muito medo, mas as Irmãs sempre cuidaram de mim com muito carinho» (Maria de Fátima, 22 anos)¹².

«Quem trouxe-me para cá foi a PSP. Eu não gosto nem de lembrar daquele dia, foi horrível!» (Andorinha, 39).¹³

¹² Anotações do Diário de Campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade. Cognome escolhido por ela.

¹³ Idem.

«*Eu vim com a minha mãe. Ela explicou-me que eu ia tratar das minhas dores de cabeça. Eu não sabia bem o que iriam fazer comigo. Preocupava-me se iam me operar a cabeça e quando vi que não iam, fiquei tranquila e hoje gosto mais de estar aqui do que em minha casa*» (Maria, 34 anos).¹⁴

Ainda Goffman (2005) chama atenção para os quatro modos de adaptação às instituições totais de uma maneira geral, o que muito bem se enquadra às instituições para tratamento às doenças mentais. Mostra o autor o percurso que as pessoas fazem na adaptação ao espaço que lhes foi reservado na instituição, podendo, contudo, alterar a ordem dos acontecimentos, bem como revisitar «etapas» passadas na evolução do seu internamento.

No princípio, há por parte das pessoas em tratamento a tática de «*afastamento da situação*» onde, aparentemente, deixam de prestar atenção a tudo o que não ocorra nas suas proximidades, como se «afastassem-se» para um viver mais rudimentar, adoptando como atitudes apenas funções vitais de sobrevivência.

A segunda maneira de adaptação, continua o autor, define-se pela «*intransigência*», onde a pessoa internada passa a desafiar a instituição, negando-se a colaborar com a equipa. Mas geralmente esta é uma fase temporária e dá-se no início da reacção ao internamento.

Uma terceira forma de adaptação é a chamada «*colonização*», tida pelo reconhecimento de facilidades – por parte da pessoa internada – na vida aquém em contraposição à vida além muros, relacionando diferenças entre os dois sítios, reconhecendo como o todo o pouco do mundo externo que lhe é oferecido pela instituição. São constantemente formuladas comparações entre o «mundo» interno e as experiências externas, o que favorece sentimentos como a resignação e a motivação em perceber que a vida no interior da instituição é desejada e melhor que ela não poderia ser.

Para ilustrar esta afirmação, temos o exemplo da declaração de Ana Chevelovena (41 anos)¹⁵ que nos dizia: «*Se me perguntarem se gostaria de sair daqui, a minha resposta seria simplesmente um não. Porque sinto-me bem, apesar da*

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

doença que tenho. Melhor do que estar na cidade que para mim tornou-se um pesadelo, ou seja, a vida na cidade é um corre-corre para tudo (um stress) ou falta de dinheiro suficiente para tornar-me independente».

No estado de «colonizadas», as pessoas podem criar artifícios imediatos próximos à data prevista para a alta, para a ‘libertação desta vida aquém muros’ que lhes dê uma possibilidade aparentemente involuntária de permanência no internamento, como um dia nos disse Maria (34 anos): *«Eu estive ontem com a minha Psiquiatra e ela disse-me que era chegada a hora d’eu ir para casa e queria me dar alta para o final do mês. Eu disse logo a ela que estava a fazer teatro e o meu personagem era importante e eu não poderia ir embora para não prejudicar a peça, a Francisca nem as colegas. Então ela me deixou ficar. Eu prefiro estar cá do que em minha casa. Sou mais feliz aqui, com as Irmãs.»*¹⁶

E um quarto modo de adaptação é a «*conversão*», que denota a aceitação completa da pessoa internada pelo seu internamento. É como se tatuasse em si a ideologia da instituição, de maneira a buscar constantemente desempenhar o papel de ‘internado perfeito’. Passa a aceitar a disciplina e moralidade institucionais, apresentando-se com incansável disposição de ajudar a equipe profissional nas tarefas diárias com seus regulamentos e horários a cumprir.

Este também foi um movimento percebido em participantes do grupo, sobretudo em Lara-Linda (43 anos) que assim nos justificava alguns atrasos e outras vezes estar cansada nas actividades de teatro: *«eu trabalho muito, sabes? Levo roupas de cama para a lavandaria, levo papel para reciclagem, cuido do jardim, faço camas e limpezas... É muito trabalho, mas as pessoas sabem que eu gosto de trabalhar e faço as coisas bem feitas, então tenho sempre muito o que fazer. Sei que estou bem quando estou assim, bem disposta para o trabalho. Se não fosse assim, eu estaria bem pior da minha doença. Ter muito o que fazer ocupa a minha cabeça e é muito bom para mim, eu sei que é. E as pessoas aqui também gostam muito do meu serviço e isso deixa-me mais satisfeita.»*¹⁷

O prazer em ajudar, em cooperar nas actividades da vida diária, como varrer, recolher e lavar a loiça e fazer camas renova o sentimento de utilidade e

¹⁶ Anotações do Diário de Campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade. Cognome escolhido por ela.

¹⁷ Idem.

importância, renova a sensação de que *vale a pena estar ali e estar vivo*. Um vale pouco visitado e que precisa de constantes estímulos. Simples, porém constantes.

As instituições totais, por mais que tentem – como é o caso da Casa de Saúde do Bom Jesus – manter activas as habilidades que as pessoas tinham antes do internamento, não conseguem evitar o movimento de mortificação do eu, imposto pela colectivização das singularidades.

As instituições estabelecem barreiras entre o mundo interno e o externo e estas são as responsáveis pela ‘mutilação do eu’, por sucessivas rupturas de papéis dantes desempenhados, especialmente os papéis timbrados por laços familiares, como o de filha, o de mãe, o de esposa, como bem nos explica Goffman (2005:24): *«na vida civil, a sequencia de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a sequência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos»*.

2.2. A institucionalização da singularidade

«Alice sai com umas ideias difíceis de entender. Mas tão simples, quando se pensa como uma criança. Só que Alice não é mais uma criança. Ela é uma borboleta. Ela está num casulo e vai se transformar em uma mulher. Só que dentro do claustro de fibras Alice se vê no espelho, e vê sua vida e vê seus delírios, medos e ansiedades»
Lewis Carroll

Sabemos que a institucionalização segue os percursos do vento que vem tornar iguais as diversas formas de se ser diferente. E a institucionalização da singularidade vem tornando-se uma concreta possibilidade em locais de atendimento à saúde mental das pessoas, no mundo.

No Brasil, com o advento da Reforma Psiquiátrica, inúmeros hospitais fechados têm passado a funcionar enquanto Centros de Dia, de maneira que, ao final da tarde, após o dia inteiro de tratamento, a pessoa tenha a possibilidade

de voltar para a sua casa, de manter vivos os seus costumes e ritos familiares, de conviver com a sua família e perceber-se dentro de uma ordem social que lhe trará complicações se for rompida. Os resultados desta experiência têm sido, em grande parte, positivos e muitas das famílias têm estado presentes de forma actuante, de maneira que, sentindo-se acolhida pela família, a pessoa também desenvolva comportamentos de acolhimento, sejam estes inter-pessoais, sejam estes em relação às normas de boa convivência, deixando para a História antiga a participação dos manicómios e hospícios pouco activos no tratamento à saúde mental e fortemente activos no que tange o isolamento social.

Por outro lado, numa instituição fechada, as atitudes e actividades desenvolvidas pelas pessoas internadas podem estar subordinadas constantemente a regulamentos e julgamentos da equipe profissional. Suas vidas são frequentemente invadidas pela interacção e 'castigos' vindos dos funcionários reguladores, principalmente no início do internamento, antes da pessoa aceitar as regras sem pensar sobre o assunto. Cada especificação normalizada furta do indivíduo uma possibilidade para harmonizar o que necessita e o que deseja de maneira pessoalmente eficaz e acaba por colocar suas acções à mercê das aprovações. É violentada a autonomia do acto (E. Goffman, 2005).

Ao ouvir as histórias dos factores que levaram estas pessoas ao internamento, não foi difícil perceber movimentos ofensivos a certas posições de vida, seja da vida pessoal ou do que, em geral, a família, queria fazer com ela. E existe uma figura importantíssima envolvida neste momento que fundamenta o acto extremado e conduz ao internamento: a figura do 'denunciante'. E é este encontro das pessoas com a doença mental, o denunciante e a instituição de tratamento que marca o princípio social da carreira de doente, independentemente do início psicológico da sua doença (E. Goffman, 2005).

O desejo da família e a indisponibilidade para o trabalho são factores primordiais para determinar a alta da pessoa internada; defendendo a ideia de que permanecem internadas porque sofrem de doenças mentais. E esta

preocupação as faz perder de vista a quantidade de pessoas mentalmente doentes, em tratamento sem internamento, o que nos conduz ao pensamento de que as pessoas internadas também podem estar ali por outras circunstâncias que ultrapassam as doenças mentais. A posse de bens, o desejo de algum membro da família em tornar-se tutor e apoderar-se destes bens; o desejo conjugal da separação; o desejo de afastar ‘aquela que insultava a toda a gente’ – como um dia disse-me a mãe de uma das participantes do grupo, talvez referindo-se às verdades que lhe eram difíceis perceber. Neste caso, justificar a louca ousadia da filha com o internamento psiquiátrico é silenciar para sempre a verdade da sua voz, dada a credibilidade rasteira que passam a dispor as pessoas a partir deste tipo de diagnóstico. É aí que faz morada a grande diferença das funções da hospitalização psiquiátrica: quando se ultrapassa o ténue fio que separa o «cuidar de» do «livrar-se de».

Importa chamar a atenção deste facto, mas igualmente importa considerar que na Casa de Saúde do Bom Jesus não há casos de pessoas internadas sem que estejam estas a passar pela experiência de doença mental, conforme atesta-nos o seu Director-Clinico: *«eu como Médico e Director Clínico desta Casa posso dizer que não há aqui sequer um caso de alguém que não esteja doente, de alguém que não precise de tratamento»*.¹⁸

Também pode haver uma degradação na relação que esta pessoa tem com quem se queixou de si a ponto de interná-la. Uma relação que pode ofertar diferentes sentimentos, dado o seu grau de proximidade, porque é neste momento que fica selada a troca da posição de civil para a de pessoa doente mental e, para já, toda a permutação de papéis ofertada por ela.

Este é o momento da decepção com as pessoas envolvidas no processo de internamento. Dentre elas, também há diferentes papéis: há aquela ‘pessoa mais próxima’, a que não duvida da sua sanidade e a defende das ameaças deste destino. Há o ‘acusador’, que nada mais é do que aquele que inicia o caminho rumo ao internamento. E dentre elas, estão os também chamados ‘mediadores’ que são profissionais a quem é levada a pessoa doente e através dos quais é

¹⁸ Palavras do Dr. António Pacheco Palha, Psiquiatra, Director-Clinico da Casa de Saúde do Bom Jesus.

encaminhada à hospitalização. São eles a polícia, o clero, Clínicos Gerais, Psiquiatras com consultórios, profissionais de clínicas públicas, Advogados, Assistentes Sociais, Professores... E quando os mediadores saem de cena, está lavrado mais um internamento. Está selado mais um destino. E, cada vez que uma pessoa se transforma em pessoa doente mental, aquela mais próxima de si é transformada em tutora, passando esta a gozar de alguns dos direitos civis perdidos pela pessoa internada (E. Goffman, 2005).

Passado um tempo, vem a família visitá-la e as visitas iniciais podem vir a promover o sentimento de abandono, de que aquelas pessoas irão embora e a deixarão entregue à sorte de sua doença, clamando ao visitante que a tire dali ou lhe obtenha maiores regalias. O que geralmente acontece é uma resposta fracamente esperançosa ou o fingimento da não escuta destas queixas por parte do visitante, seja familiar ou amigo, ou ainda, a resposta de que os médicos sabem o que fazem e fazem o que é melhor para o seu restabelecimento. Mais tarde, o visitante volta, despreocupado, para um mundo que, ao conhecimento da pessoa que permanece internada, está incrivelmente cheio de liberdades e privilégios, levando-a então a sentir que a pessoa mais próxima de si está apenas a acumular um alívio hipócrita a um facto evidente de abandono traiçoeiro (E. Goffman, 2005).

E não é difícil ver-se repetir a mesma história, de que aquela pessoa andava doente e ficou ainda mais adoecida e, se não tivesse sido internada àquela altura, coisas piores lhe poderiam ter acontecido (E. Goffman, 2005) – o que pode também ser verdade – e é neste ponto que torna-se mais importante a posse da história de vida, o olhar retrospectivo que constrói a interpretação que a pessoa em tratamento dá ao seu trajecto e, de alguma maneira, o seu percurso adiante será construído a partir da reconstrução deste enredo multi-fragmentado, de páginas soltas, parágrafos rasurados, linhas convexas, palavras por vezes ilegíveis que contam do adeus às relações que o muro da instituição separa.

Aos poucos, com o contacto com as outras pessoas – sejam elas profissionais ou gente também internada – vai se descobrindo a discrepância

entre as informações que lhe foram dadas sobre a vida no hospital e a vida quotidiana em si, percebendo que as informações floridas que recebeu – quando recebeu – vestem-se de uma roupagem falseada, o que lhe conduziria a opor menos resistência ao internamento do que a que manifestaria se a princípio já soubesse daquilo que só agora passa a descobrir.

Outro facto interessante acontece com quem a pessoa doente mantinha estreita relação de proximidade: muitas vezes, esta é exactamente a pessoa que a conduz ao internamento, desconstruindo uma relação entre intimidade e fidelidade – o que pode levá-la por um tempo a ter dificuldades em estabelecer outras relações já dentro da instituição, de maneira a evitar repetidos desenganos. Isso a leva a adoptar comportamentos de silêncio evitando conversas amistosas, procurando manter-se sozinha e esquivando-se de interacções que suponham a reciprocidade de manifestações de interação e que possam mostrar-lhe o que tornou-se aos olhos dos demais, podendo, esses planos, sugerirem que há ainda um resquício de apego à sua história passada e aos que faziam parte dela e agora já não mais o fazem. Até o dia em que este esforço provoque-lhe certa fadiga e então esta pessoa decida doar-se mais às relações, deixar aberto o portal do seu olhar para aproximar-se e permitir que as demais aproximem-se também. E, aos olhos dos profissionais, esta abertura às relações sociais marca a aceitação ao internamento. A partir dali será menos doloroso perceber o tempo em que tem que enquadrar-se às normas e rotinas, cercada de pessoas com a sua mesma posição institucional, possivelmente por toda a vida.

«É interessante notar que quanto mais o passado de uma pessoa a afasta de concordância aparente com valores morais centrais, mais parece obrigada a contar essa história triste para qualquer companhia que encontre» (E. Goffman, 2005:129). É a força do papel de doente social; o desejo de despertar nas pessoas a piedade, o sentido de «coitadinha» e, subjectivamente, clamar por atenção, por afecto, por reconhecimento pela bravura da sobrevivência por mais catastrófica que venha a ser a conjuntura.

Muito comum é perceber este cenário dentre as pessoas com transtornos mentais agudos, em internamento de curta duração, na Clínica da Casa de Saúde. São apresentadas histórias tristes ‘causadoras’ do internamento, na eminência de se provar que ‘não se está doente’ e que o ‘pequeno problema’ que a levou até ali foi causado por outra pessoa, mas a rectidão do seu passado mantém-se intocável e é uma injustiça a instituição impor-lhe o *status* de doente mental (Goffman, 2005).

«Eu já vim para cá cinco vezes. Este é o meu quinto internamento. E todas as vezes são porque eu falo alto, aí minha filha me traz para aqui, para eu descansar a minha cabeça. Mas eu não tenho nada de doença. Nas minhas análises não dá nada. Eu sofro de tensão alta, aí eu falo alto quando altera a minha tensão. Toda a gente acha que eu sou louca, mas eu não sou parva nem nada. Percebo toda a treta que estão a falar de mim. E quando eu descansar a minha cabeça, vou voltar para casa e a minha filha vai me receber de volta. É sempre assim» (Clara, 67 anos)¹⁹.

2.3. Um passeio pelo terreno da Doença Mental em Portugal

«No osso da fala dos loucos têm lírios.»
Manoel de Barros, 1998

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, estima-se que as perturbações psiquiátricas na população portuguesa em geral estejam em torno dos 30%, sendo aproximadamente de 12% o índice de perturbações graves, embora ainda não existam dados de morbilidade psiquiátrica de abrangência nacional, de maneira a fornecer uma mais apurada caracterização do país. Em 2001 foi realizado o terceiro Censo Psiquiátrico, com abrangência a todas as instituições públicas e privadas de Portugal Continental e Regiões Autónomas, de maneira que os resultados trouxeram à tona a predominância de depressões dentre as pessoas em consulta externa, de alterações relacionadas ao consumo de álcool dentre as pessoas atendidas nas urgências e de esquizofrenia dentre as pessoas em internamento.

¹⁹ De notas do diário de campo, em interação informal, transcrita da maneira mais literal possível, porém com nome modificado para o resguardo da privacidade.

Ainda em relação às esquizofrenias, o Censo veio mostrar que estas se apresentam como as patologias mais frequentes (21,2%), ocupando a posição de principal causa dos internamentos (36,2%) e a terceira razão das consultas (12,4%).

Relativamente ao stress – um dos principais predadores da saúde mental na actualidade, ainda não existem dados a nível nacional que possibilitem mensurar directamente a dimensão deste problema. Mas sabe-se que, em relação ao restante da Europa, as mulheres portuguesas consomem uma quantidade três vezes maior de medicamentos para induzir o sono. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 1998-1999, 7% dos homens e 18% das mulheres portuguesas a partir dos 15 anos relataram terem utilizado medicamentos para dormir nas duas semanas que antecederam à inquirição. Este percentual eleva-se de 14% relativo ao grupo de mulheres entre os 45 e 54 anos de idade, para 28% no grupo de mulheres com 85 anos ou mais (Portugal, INSA, 2001).

Ainda com dados do mesmo inquérito, as pessoas sem abrigo são as mais afectadas pelas perturbações psiquiátricas – incluindo abuso e/ou dependência de álcool e drogas, com índice superior aos 90%. Estas pessoas raramente procuram os serviços de saúde e estes, por sua vez, contam com uma capacidade reduzida de possibilidades para ir ao encontro delas, o que as leva a padecer da sua doença por entre as praças e as calçadas de pedras frias.

Pesquisas apontam para a existência de pelo menos 580.000 pessoas com síndrome de dependência de álcool, as chamadas pessoas ‘doentes alcoólicas’ e 750.000 pessoas com síndrome de abuso de álcool, as chamadas pessoas ‘bebedoras excessivas’ em Portugal (Direcção Geral da Saúde, 2002).

Numa possível comparação entre as estruturas de tratamento do uso excessivo e dependência de álcool com as estruturas para tratamento do uso excessivo e dependência de drogas ilegais, facilmente percebe-se a desproporção da disponibilidade dos serviços, a saber: estima-se que o número

de pessoas toxicodependentes no país varie entre os 70 mil e os 100 mil (OEDT, 2002) isto é, uma população cerca de oito vezes menor que a população com distúrbios ligados à dependência e abuso de álcool. Também existem mais de cinquenta centros de atendimentos às pessoas toxicodependentes em Portugal, onde é disponibilizada uma cama para cada 100 mil habitantes à nível de desintoxicação e um lugar de tratamento para cada 10 mil habitantes a nível de tratamento e reabilitação de toxicodependência, de acordo com a Lei N.º 7/97, de 8 de Março (SPPT, 2001), o que torna esta rede de atendimento e tratamento superior à rede de atendimento e tratamento de Alcoologia existente no país.

Em relação às crianças e adolescentes, estima-se que entre 15 e 12% estejam acometidos por perturbações comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes, que tanto os pode acarretar défices cognitivos e psicossociais, atrasos e perturbações do desenvolvimento, como também conduzi-los a comportamentos de risco, tais como abandono escolar, uso de álcool e drogas, acções suicidárias e conduta criminosa. E os limitados recursos dos serviços públicos só os permite dar uma resposta que ainda é insuficiente e, por vezes, desajustada às actuais necessidades (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Relativamente às pessoas idosas neste país, não são conhecidas, com clareza, as reais necessidades destas pessoas na comunidade. A população idosa tem aumentado e a resposta dos serviços de saúde aos cuidados que necessitam tem sido insuficiente, bem como insuficiente tem sido o reconhecimento e o incentivo à formação e qualificação de profissionais para actuarem nesta área ou mesmo de familiares e/ou prestadores informais de cuidados (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Ainda com informações colhidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ficamos a saber acerca da assistência psiquiátrica, estando esta centrada nos Serviços de Saúde Mental (SSM), na sua maioria em hospitais gerais, em serviços regionais para valências específicas e nos hospitais psiquiátricos, que garantem a assistência às pessoas doentes com evolução prolongada, na sua

maioria, cerca de 70%, com esquizofrenia. Como as medidas e recursos para a criação de novos espaços e atendimentos como uma alternativa à hospitalização são actualmente insuficientes, ainda há o risco de institucionalização, mas estima-se que este facto esteja a ser minimizado. Ademais, percebe-se uma deficiência de cuidados de reabilitação na aquisição de competências, programas psico-educacionais para pessoas que vivem com doença mental e seus familiares, unidades de vida para pessoas que vivem com doenças crónicas mais independentes e serviço de apoio domiciliário, bem como, ainda observa-se um vasto número de pessoas doentes, nomeadamente com perturbações psicóticas, com dificuldades de reintegração na comunidade, ao fim do tempo de internamento.

2.4. Actividade Assistencial dos Institutos Religiosos em Portugal

«No princípio era o verbo...»

Jo 1.1²⁰

O Instituto São João de Deus e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, instituem a maneira de intervenção quer da Ordem quer da Congregação, na área da saúde mental. Utilizam a doutrina social da igreja enquanto esfera de acção na promoção da saúde e assistência na doença aos mais carecidos e, especialmente aos mais excluídos. Desta maneira, as pessoas com doenças mentais têm sido a população alvo dos cuidados de saúde e hospitalidade destas duas instituições que ocupam-se nomeadamente o Instituto São João de Deus de cuidar da população masculina e o Instituto das Irmãs hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, da população feminina, através de 417 obras assistenciais espalhadas pelos cinco continentes, abarcando um total de 48 países (CNSM, 2002).

Em Portugal, as actividades desenvolvidas por estes Institutos religiosos são constantemente actualizadas através de investimento no conhecimento técnico-científico e realizadas envolvendo as seguintes valências:

²⁰ A Bíblia Sagrada – Antigo e Novo Testamento. Revista e atualizada no Brasil, 2ª edição, Traduzida em português por João ferreira de Almeida, Sociedade Bíblica do Brasil, Barueri-SP.

Instituto São João de Deus (tabela 01)²¹:

CENTRO HOSPITALAR	ACTIVIDADE	LOCALIZAÇÃO
Casa de Saúde do Telhal	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Alcoologia e Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial com Unidades de Vida protegida e Autónoma e Área de Dia	Sintra
Casa de Saúde São João de Deus	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Alcoologia e Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial	Barcelos
Casa de Saúde São José	Psiquiatria	Areias de Vilar
Casa de Saúde São João de Deus	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Alcoologia e Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial	Funchal
Casa de Saúde São Rafael	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Alcoologia e Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial com Unidades de Vida	Angra do heroísmo
Casa de Saúde São Miguel	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Alcoologia, Toxicoddependência e Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial com Unidades de Vida	Ponta Delgada
Hospital São João de Deus	Cirurgias de Ortopedia, Geral, Plástica, Pediátrica, Vascular, de Otorrino e oftalmologia. Serviço de M.F.R. com secção de Próteses e Ortóteses	Montemor-o-Novo
Residência São João de Ávila	Geriatría	Lisboa

A Ordem de São João de Deus e a Congregação das irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus criaram IPSS's respectivamente designadas Instituto São João de Deus e Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, às quais foram cedidas, a título precário, as edificações onde as Casas mantêm o seu funcionamento e que são propriedade da Ordem e da Congregação.

²¹ Tabela 01: Valências e localizações das Casas de Saúde do Instituto São João de Deus. Fonte: CNSM, 2002.

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (tabela 02)²²:

CENTRO HOSPITALAR	ACTIVIDADE	LOCALIZAÇÃO
Casa de Saúde da Idanha	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial e Unidades de Vida protegida e Autónoma	Idanha - Sintra
Casa de Saúde Santa Rosa de Lima	Psicogeriatría	Belas - Sintra
Casa de Saúde Câmara Pestana	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Serviços de Reabilitação Psiquiátrica e Psicossocial	Funchal
Casa de Saúde do Bom Jesus	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial, com Unidades de Vida Protegida, Autónoma, Toxicoddependência	Braga
Centro Psicogeriátrico N. Sra. De Fátima	Psicogeriatría	Parede/Cascais
Centro de Reabilitação Psicopedagógica S. Família	Reabilitação Psicossocial e Psicopedagógica de crianças e jovens	Funchal
Clínica Psiquiátrica São José	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial, com Unidades de Vida Protegida e Autónoma	Lisboa
Casa de Saúde Rainha Santa Isabel	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial	Condeixa-a-Nova
Casa de Saúde N. Sra. da Conceição	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial	Ponta Delgada
Casa de Saúde Espírito Santo	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Serviços de Reabilitação Psiquiátrica/Psicossocial, com Unidades de Vida Protegida e Autónoma	Terceira
Casa de Saúde Bento Menni	Psiquiatria (Agudos e Crónicos), Serviços de Reabilitação	Guarda
Centro de Recuperação de Menores ²³	Recuperação Psicossocial de Menores	Assumar/Portalegre

²² Tabela 02: Valências e localizações das Casas de Saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Fonte: CNSM, 2002.

²³ O Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus tem a administração do centro de Recuperação de Menores, que é propriedade do Estado.

2.5. A Casa de Saúde do Bom Jesus... o cenário vivo desta história

«... Pode ser que os terraços deste jardim só estejam suspensos sobre o lago de nossas mentes. (...) Sem eles, jamais poderíamos continuar balançando encasulados em nossas redes».
Ítalo Calvino, 1990.

2.5.1. A Congregação fundadora

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada em Ciempozuelos (Madrid - Espanha), aos 31 de Maio de 1881, por Bento Menni, sacerdote italiano da ordem hospitaleira de São João de Deus, Maria Angústias Giménez e Maria Josefa Récio, que receberam o desafio de fundar uma Congregação inteiramente dedicada à necessidade de suprir as carências assistenciais às situações de abandono e exclusão social de pessoas acometidas de transtornos mentais, principalmente mulheres, mantendo presente a caridade e a misericórdia de Deus, através do carisma e missão hospitaleira.

Tendo nascido à vocação de serviço às pessoas com doenças mentais e aos que necessitavam de especiais cuidados à saúde física e psíquica, conforme as necessidades de tempos e lugares, preferencialmente aos mais pobres e desfavorecidos, a Congregação mantém-se fiel, através dos tempos, às motivações e compromissos evangélicos e sociais que justificaram a sua fundação e a sua posterior expansão pelo mundo.

Ao longo dos anos, a presença da Congregação no mundo tem-se alargado, ao passo que, actualmente já se faz presente em 25 países, adaptando-se às suas circunstâncias sociais e culturais, lutando contra a marginalização, o sofrimento e as incapacidades produzidas pela doença mental.

Em Portugal, a Congregação está presente desde 1894, ano em que foi fundada a primeira casa - a Casa de Saúde da Idanha, em Belas (Lisboa) - realizando a sua missão em 12 Centros e Casas de Saúde, sendo oito situados no Continente e quatro nas Ilhas Autónomas, nomeadamente dois na Madeira e dois nos Açores. Existem ainda outros estabelecimentos espalhados pelo

mundo, na Argentina, Bolívia, Brasil, Camarões, Chile, Colômbia, Equador, Espanha, Filipinas, França, Gana, Guiné Equatorial, Índia, Inglaterra, Irlanda, Itália, Libéria, México, Moçambique, Peru, Polónia, R.D.Congo, Uruguai e Vietname (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus/a, 2006).

No ano de 2003, a Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus recebeu o prémio Genebra 2002, reconhecido prémio para os Direitos Humanos em Psiquiatria.

2.5.2. Missão e Valores

Estando a hospitalidade como identidade maior do estilo assistencial das suas obras, expressa através do acolhimento e serviço às pessoas em sofrimento mental, sem distinção de raça, ideologia, religião e classe social, a Congregação traz como missão apostólica o acolhimento, a assistência e o cuidado especializado da saúde integral – nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual – das pessoas com doenças mentais, idosas, dependentes, com deficiências físicas e psíquicas e ainda outras patologias, intervindo nas áreas da psiquiatria, psicogeriatrics – gerontopsiquiatria, deficiência mental, toxicodependência, alcoolismo e reabilitação/integração social (Província Canónica de Palencia, 2005).

O processo de atendimento guarda a dignidade da pessoa assistida, respeitando e promovendo os seus direitos e deveres com uma orientação preventiva, curativa, reabilitadora, acompanhadora, humanizada e personalizada, acolhendo, servindo e cuidando da pessoa que sofre com respeito, competência, humanidade e compromisso sanador, numa perspectiva integral e qualificada.

Leigos e religiosas realizam a missão hospitaleira, assumindo a co-responsabilidade de manter activo o espírito da hospitalidade, ao partilhar um mesmo projecto de serviço à pessoa doente, identificando-se, assumindo e desenvolvendo os valores que constroem a família hospitaleira, acreditando na

busca da paz espiritual, do sentido da existência e no encontro com o Transcendente como formas efectivas de superação do sofrimento humano.

A investigação e o progresso da ciência são meios pelos quais a Congregação garante a qualidade dos serviços especializados às pessoas em sofrimento, bem como a promoção de projectos assistenciais integrais desde a prevenção à reabilitação e reinserção socioprofissional e o compromisso com a qualidade, a formação e a docência são aspectos que suportam a cultura hospitaleira, buscando atingir resultados otimizados, unindo a assistência técnico-profissional de qualidade e o acompanhamento integral à pessoa doente. Desta maneira, é estimulado o protagonismo das pessoas em tratamento e seus familiares e promovida a acção do voluntariado feito por pessoas comuns, interessadas na saudável e enriquecedora utilização dos seus tempos livres nas diversas actividades de acompanhamento, fundamentadas em princípios de gratuidade, solidariedade e complementaridade (Idem).

2.5.3. A Casa de Saúde do Bom Jesus - CSBJ

A Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) é um dos doze Centros da Congregação, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada em Braga, em 30 de Setembro de 1932. Teve o seu primeiro internamento em 06 de Dezembro de 1932 e, desde então foram construídas 06 unidades de internamento, o que abarca um total de 385 camas, para homens e mulheres, sendo apenas a área de desintoxicação aberta a receber também homens e as áreas de Psiquiatria, Psicogeriatrics, Deficiência Mental, Alcoolismo e Reabilitação/Integração Social voltadas para o atendimento e acolhimento às mulheres. Está localizada na bucólica freguesia do Nogueiró, sul da cidade de Braga, no norte de Portugal.

Actualmente existem 06 Unidades de Internamento em funcionamento, com algumas características físicas comuns, a saber: a presença de copas, salas de refeição, salas de estar com televisores, jardim e sistema de quartos individuais, duplos e enfermarias, sendo as Unidades do Sagrado Coração, São

Bento, São José e Nossa Senhora de Fátima destinadas ao internamento de pessoas com doenças mentais variadas e já cronicadas, abrangendo um total de 365 camas e a contar sempre com quase o mesmo número em pessoas internadas.

- *Unidade do Sagrado Coração*, a contar com 80 camas.

- *Unidade São Bento*, a contar com 88 camas.

- *Unidade São José*: a contar com um total de 76 camas.

- *Unidade Nossa Senhora de Fátima*: a contar com 40 camas, ocupadas por pessoas em tratamento às doenças mentais variadas e crónicas, porém comuns à maturidade, por abarcar, pessoas com idades superiores aos 65 anos.

- *Unidade São Luís*: conta com 11 camas. É a única Unidade mista da CSBJ. Oferece assistência ao tratamento da desintoxicação na dependência de álcool e drogas.

- *Unidade São João de Deus*: nesta Unidade, também referida como a Clínica, é oferecido o tratamento para pessoas com transtornos agudos, crises depressivas e psicossomáticas. Conta com 70 camas e também sala de Eletrochoque e Gabinete de atendimento psiquiátrico e psicológico.

Existem também as chamadas Unidades de Reabilitação, fazendo parte dos projectos de Residência de Vida Protegida e Unidades de Vida Autónoma, onde permanecem um total de 20 pessoas. São elas:

- *Residência Santa Teresa*: uma Unidade com 07 camas, funcionando como Residência Protegida, dentro dos limites territoriais da CSBJ.

- *Apartamentos Terapêuticos*: para além destas Unidades, existem três apartamentos, localizados nas imediações da CSBJ, como projecto de vida autónoma para as pessoas em tratamento, permitindo ao número de 13 pessoas, 'dormirem fora' dos ambientes territoriais da CSBJ. Um projecto que vem dando certo, onde são estimuladas atitudes de autonomia doméstica passíveis e estender-se para outros sectores da vida.

2.5.4. Estrutura Profissional

É a Casa de Saúde do Bom Jesus quem recebe para tratamento mais prolongado os encaminhamentos dos departamentos de saúde mental dos hospitais gerais de todo o distrito de Braga, no que tange a população feminina da região, sobretudo provenientes do Hospital São Marcos. Para isto, conta com o empenho de 209 profissionais, assim distribuídos: 05 Dirigentes, 03 Médicos Clínicos, 01 Estomatologista, 05 Psiquiatras, 01 Ginecologista, 01 Neurologista, 47 Enfermeiros, 03 Psicólogas, 02 Técnicas Superiores de Serviço Social, 01 Contadora de Histórias, 01 Advogada, 01 Profissional dos Recursos Humanos, 02 Animadores Sócio-Culturais, 02 Educadoras Sociais, 01 Fisioterapeuta, 01 Nutricionista, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Psicomotricista, 12 funcionários no Departamento Administrativo, 60 Ajudantes de Enfermaria, 04 Ajudantes Ocupacionais, 51 Pessoas de Apoio Geral (Bar, Cozinha, Manutenção...), 01 Voluntário, 02 pessoas a exercerem o Serviço da Pastoral da Saúde.

2.5.6. Estrutura Funcional

A CSBJ conta com uma infra-estrutura, dividida em áreas ocupacionais para assistência e apoio às pessoas em tratamento, a saber: Serviço de Recepção, Serviço de Admissões, Serviços Administrativos, Serviço Religioso e Voluntariado, Serviços Sócio-Terapêuticos como cafetaria (que conta também com o apoio de pessoas em tratamento a ajudar no desempenho das funções da empregada), Cabeleireiro, Bazar (onde são vendidas peças artesanais e doçaria produzidas dentre as actividades ocupacionais), Sala de Cinema/Teatro, Ginásio e Biblioteca.

2.5.7. Serviços de Reabilitação

Dentre as suas actividades para o tratamento psiquiátrico das pessoas, a CSBJ oferece Ateliers Ocupacionais (Artes Plásticas, Artesanato, Histórias,

Expressão Dramática, etc.), Psicomotricidade, Manutenção Física/Recreação Terapêutica, Enfermagem de Reabilitação.

2.5.8. Acolhida

Números apurados em Dezembro de 2003, permitem-nos saber que Passaram pela Casa de Saúde do Bom Jesus 25.844 pessoas, assim distribuídas: 20.633 para tratamento psiquiátrico e 5.211 para desabilitação de estupefacientes. Anualmente são internadas 700 pessoas a utilizar os serviços de Psiquiatria e 500 a utilizar os serviços de desabilitação de drogas ilícitas, indicando numa média mensal de 120 internamentos (Meneses, 2004).

A CSBJ tem uma cobertura assistencial às pessoas doentes, provenientes do Serviço Nacional de Saúde do foro psiquiátrico do Distrito de Braga, sendo estendida esta cobertura a todo o País às pessoas derivadas de outros subsistemas públicos, privados e pessoas referenciadas pelos CAT's - Centro de Atendimento a Toxicodependentes (Idem).

Nestes quase 75 anos de existência, a Casa de Saúde do Bom Jesus vem em permanente esforço de reorganização/readaptação dos seus serviços, e também estendendo-os a novas áreas assistenciais, com acções pioneiras de internamento nas chamadas Residências Comunitárias e Apartamentos Terapêuticos, já explicitados no decorrer deste texto.

Na junção de esforços e ideais e à luz do modelo de atendimento integral, na obra desenvolvida na Casa de Saúde terá lugar a evangelização, com qualidade humana, técnico-científica e espiritual, fiel aos constantes desafios do carisma hospitaleiro, sempre preocupado em ampliar o desenvolvimento da área de reabilitação profissional e reintegração comunitária.

A Casa de Saúde também funciona enquanto espaço de aprendizagem pré-profissional, na qualidade de espaço de estágios em Psicologia Clínica, Educação e Intervenção Comunitária, Sociologia das Organizações, Administração Pública, Gestão de Empresas e História em parceria com a

Universidade do Minho. Também em Assistência Social em parceria com a Universidade Católica Portuguesa e no âmbito da Enfermagem, numa parceria com diversas escolas de Enfermagem da região. Um local que caminha procurando compreender o sujeito na sua singular unicidade, incentivando a sua autonomia através de actividades culturais, desportivas, profissionalizantes e, sobretudo através da estimulação à realização das tarefas da vida diária.

2.5.9. Projectos de Reabilitação

A Casa de Saúde do Bom Jesus mantém uma larga dinâmica em torno de projectos de reabilitação, a saber:

- *Projecto Violeta*: realiza actividades de expressão plástica e imagética, produção de artesanato e arte aplicada. Ocorre nos Ateliers Maria Josefa Récio, formado por salas que abrangem cada uma destas actividades.
- *Cozinha Pedagógica*: realiza actividades envolvendo receitas de pastelaria, doçaria, salgados.
- *IES (Inovar na Economia Social)*: em parceria com outras IPSSs e Associações, este projecto dinamiza a Cooperativa *Colorir Coop* para uma sustentabilidade de mercado.
- *Residência de Vida Protegida*: a Residência Santa Teresa é um espaço de “preparação” e/ou transição para a integração social nas Unidades de Vida Autónoma. Funciona dentro dos limites da Casa de Saúde.
- *Unidades de Vida Autónoma*: Projecto C.A.S.A. - Convivência-Aprendizagem-Solidariedade-Autonomia. Constituído por três apartamentos fora dos limites da Casa de Saúde, oferecendo alternativas à institucionalização das pessoas em tratamento, apoiadas por monitores e equipe multidisciplinar, com o objectivo de atingir um nível optimizado de autonomia.
- *Projecto Tartaruga*: um projecto de reabilitação com pessoas que não frequentam os Ateliers. Oferece actividades ocupacionais, tais como desenvolvimento de habilidades manuais, alfabetização, rememoração da escrita – sobretudo do nome, da matemática, gestão financeira, pintura, desenho,

modelagem, trabalhos com lã, que são desenvolvidos por uma Educadora Social, nas Unidades de internamento.

- *Grupo Sol Nascente*: tem o objectivo de criar e desenvolver actividades de acordo com a formação académica de cada participante. O nome foi escolhido pelo próprio grupo. São pessoas que vivem em tratamento de psicoses várias, que não participam dos Ateliers, nem realizam tarefas domésticas. Realizam a escrita do jornal *Água Viva*, com notícias sobre actividades da e na Casa de Saúde, com a participação de pessoas de todas as Unidades.

- *Projecto Percursos*: um projecto de Formação Profissional e Integração Profissional das pessoas em tratamento. Actualmente conta com a terceira turma na Formação de Profissionais da Cozinha.

- *Grupo Tamborilando*: Grupo de Cabeçudos e Gigantones. Conta ainda com uma banda musical, com ensaios semanais e apresentações dentro e fora da Casa de Saúde.

Dentre estes projectos, encontra-se a Cooperativa Colorir Coop, já citada. A *Collorir Coop* - Cooperativa de Serviços e Solidariedade Social, move-se entre duas vertentes: a cozinha e a hortofloricultura. Na área da cozinha, trabalha na fabricação caseira de pastelaria, doçaria regional, salgados, sandes, compotas e outros derivados e recentemente também na confecção de refeições. Na área da hortofloricultura, utiliza-se de três estufas na produção de flores e hortícolas.

A Casa de Saúde também conta com a ASAF - Associação de Amigos e Familiares das pessoas com doenças mentais, que promove reuniões para a troca de informações e experiências sobre a doença e a convivência com a pessoa que vive doente, realizando passeios e festas para um convívio mais próximo entre as pessoas internadas e seus familiares. Esta Associação já existe desde 1999 e conta hoje com 140 associados (Idem).

2.5.10. A Comunidade religiosa

A presença religiosa na Casa de Saúde do Bom Jesus está formada por 28 Irmãs, onde três fazem parte do grupo de formação do Noviciado, que conta

com cinco noviças. Dentre as Irmãs, a variação e idades vai dos 35 aos 98 anos, numa idade média de 68 anos. A actual Superiora local é a irmã Maria Lisete Curral.

A partir de 1977 o Noviciado foi transferido da Casa de Saúde da Idanha, em Belas, na Grande Lisboa, para a CSBJ, dadas as possibilidades de Formação e local adequado para ela. Assim sendo, tanto as Irmãs quanto as Noviças participam nas diversas equipas da Casa, prestando os serviços que sejam necessários no atendimento directo às pessoas em tratamento, tendo em conta as necessidades e exigências do percurso da Formação. A experiência de acolhimento à pessoa doente é parte importante do processo formativo e, por isso, devidamente valorizada pelo próprio grupo. Dentre os teores carismáticos aprofundados e orados e na experiência de serviço concreto se vão compondo as características das futuras hospitaleiras, mulheres dispostas a seguir Jesus à maneira dos Fundadores da Congregação (Idem).

2.5.11. Pastoral da Saúde

A Pastoral da Saúde dedica um espaço de silêncio e escuta, um espaço aberto à acolhida das pessoas em tratamento, de maneira que possam reconhecer a sua espiritualidade com liberdade de sentimentos e expressões da sua diferença.

Também trabalha voltada aos colaboradores da Casa, fomentando a cultura hospitaleira.

A Pastoral da Saúde igualmente actua ligada às famílias, estimulando diálogos que minimizem suas inquietações humanas e religiosas na experiência em que vivem. A irmã Filomena Barros é a Responsável pela Pastoral da Saúde (Idem).

Com esta diversidade de trabalhos, a Casa de Saúde do Bom Jesus vem propor um cuidado mais abrangente ao território humano. É um lugar de passagem para algumas pessoas, é o terreno infindo da história de muitas

outras. Um lugar que permite àquelas pessoas em sofrimento mental repousar, aninhar-se, sentir-se cuidada, compreendida e fazer projectos de vida.

Deste modo, o espaço de atenção à saúde mental pode ser comparado à uma teia de delicado emaranhado, dada a complexidade dos seus serviços. Claro que ainda muito distante de ser um lugar pronto, definido, seguro; é um espaço em criação e de criação, maleável, de abrangências e inúmeras possibilidades na natureza humana e, principalmente, onde a arte é um recurso privilegiado de acesso ao entendimento da narrativa das pessoas, por acolher e vincular-se com certa facilidade ao discurso delirante. A arte funciona desvendando territórios, levando a pessoa a entender-se e fazer-se entender, de maneira a estar incluindo quem está sendo excluído na vida.

A partir do encontro com o potencial criativo dessas pessoas, um horizonte de possibilidades abre-se para o diálogo entre a fantasia e o encantamento com a clínica, a arte com a ciência, a realidade com a imaginação, afim de acolher com amplidão a dimensão íntima desse território humano.

Na Casa de Saúde do Bom Jesus, as pessoas vestem as suas roupas, são chamadas pelos seus nomes e recebem parte dos seus vencimentos de Reforma para livre investimento. Algumas destas pessoas passam finais de semana em suas casas, na companhia de suas famílias. Outras tantas pessoas, em número infelizmente maior, permanecem na CSBJ a tempo inteiro por todos os dias do ano, acompanhando passarem Primaveras e Outonos, acompanhando safras das fruteiras do quintal, acompanhando o sino da igreja a demarcar as horas e a Imagem dos Santuários do Bom Jesus e de Nossa Senhora do Sameiro sempre da mesma janela, por abandono completo de um mundo que ofertou-lhe o passaporte para a sua doença e nega-se a recebê-la de volta.

Segundo a Direcção da CSBJ, a Casa alimenta planos de reestruturação, prevendo a modernização das estruturas físicas e ampliação das suas instalações, objectivando passar de uma casa de saúde para um centro assistencial, dado que o modelo actual, ao nível do internamento, já não dê suficiente resposta à demanda, por estar constantemente com a sua lotação

esgotada, face à crescente incidência da doença mental. A depressão, a esquizofrenia e o alcoolismo são as problemáticas maioritárias desta procura.

E quem sabe um dia faça sentido o que contou Machado de Assis (1992) na sua já citada obra *O Alienista*, que certo dia, a população ficou espantada, pois o Alienista (Médico dos 'Alienados') oficiara à câmara que os "loucos" seriam libertados. Ele aprontara que quatro quintos da população estavam internados no hospício e o exagerado número de internamentos favorecia uma revista à teoria. Chegou o Dr. Bacamarte - o Alienista, à conclusão de que o normal e perfeito seria o desequilíbrio e que se deveriam considerar como patológicos os casos em que houvesse constante equilíbrio das faculdades mentais. A partir desta explicação, a cidade comemorou o retorno dos antigos enclausurados. A doença mental não tinha deixado de existir, mas agora o médico é que estaria em busca dos novos "loucos", segundo sua mais recente teoria...

Capítulo 3: O PAPEL NA HISTÓRIA: DILATANDO OS LIMITES DOS PRÓPRIOS PAPÉIS

Infância

*Meu pai montava a cavalo, ia para o campo.
Minha mãe ficava sentada cosendo.
Meu irmão pequeno dormia.
Eu sozinho menino entre mangueiras,
lia a história de Robinson Crusóé,
comprida história que não acaba mais.
No meio-dia branco de luz uma voz que aprendeu
a ninar nos longes da senzala - nunca se esqueceu
chamava para o café.
Café preto que nem a preta velha
café gostoso
café bom.
Minha mãe ficava sentada cosendo
olhando para mim:
- Psiu...Não acorde o menino.
Para o berço onde pousou um mosquito.
E dava um suspiro...que fundo!
Lá longe meu pai campeava
no mato sem fim da fazenda.
E eu não sabia que minha história
era mais bonita que a de Robinson Crusóé.*

Carlos Drummond de Andrade

Sabemos que o adoecer mental é um processo de contínuo desintegrar-se. Desintegrar-se das actividades. Desintegrar-se da comunidade. Desintegrar-se da família. E muitas e muitas vezes, desintegrar-se de si mesmo, passando por uma inicial preocupação de perceber se os outros já descobriram a doença que tenta esconder, seja ela uma perturbação emocional temporária ou uma doença crónica, mas o tabu das doenças mentais parece renovar-se com a primavera. E inúmeras foram as vezes em que, estando na Clínica da Casa de Saúde, com gente em tratamento possivelmente a 'curto prazo', estas pessoas diziam sentir-se mais à vontade para participar da actividade que eu lhes propunha por ser eu uma estrangeira e assim poderem acreditar que, dificilmente, eu conheceria as suas famílias, os seus vizinhos, os seus patrões, as suas relações e isto as deixava mais tranquilas, com o verbo à solta para comentarem sobre suas

histórias de vida, sobre os papéis que andam a adoptar, a esquecer e a representar em suas histórias, acreditando que o meu desconhecimento acerca das suas relações e o meu conhecimento de si dando-se dentre os limites das suas palavras, não irá tornar pública a doença que acarreta-lhe o laço de desequilíbrio. É neste sentido que Simmel falava da «objectividade do estrangeiro», uma objectividade *«que não indica o desprendimento ou desinteresse, mas que resulta da combinação particular entre a proximidade e a distância, entre a atenção e a indiferença. (...) Há um fenómeno aparentado a esta objectividade do estrangeiro e que pertence verdadeiramente, mas não exclusivamente, ao estrangeiro que se desloca: eu quero dizer que é muitas vezes a ele que se fazem as revelações e as confissões mais surpreendentes e que se desvendam os segredos preciosamente escondidos aos próprios familiares»* (Simmel, 1979:55-56).

Procuramos tecer este estudo com linhas que compusessem o horizonte. Linhas, sobretudo, enoveladas de esperança onde, quanto mais desenroladas estivessem, pudessem alvorecer num verde mar esperançoso, capaz de espelhar aos olhos da humanidade as histórias no papel como portal privado de acesso a cada um dos diferentes papéis que as pessoas que vivem com doenças mentais desempenham em suas histórias. Porque no mesmo terreno onde se planta a doença, brota a saúde. No mesmo terreno onde se semeia a dor, colhe-se a quietude. No mesmo terreno onde espinha a dissimulação, floreia a verdade. E porque, especialmente, no mesmo terreno onde apodrece a anuladora prisão, frutifica a libertária esperança sob as vestes da imaginação.

«Porque é entre as verdades objectivas desmistificadas e o insaciável querer ser constitutivo do homem que se instaura a liberdade poética, a liberdade 'remitificante'. Mais do que nunca, nós sentimos que uma ciência sem consciência, isto é, sem afirmação mítica de uma esperança, marcaria o declínio definitivo das nossas civilizações» (Durand, 2000:109).

3.1. A primeira história...

«... e foram felizes para sempre.»

Desde antes do seu início, o trabalho já apresentara contornos cintilantes, pois, entregue o projecto inicial, fui convidada a participar da festa comemorativa dos aniversariantes do mês, naquele que viria a ser o cenário principal desta história: o teatro da Casa de Saúde. Foi então apresentado um vídeo da passada festa de São João e realizadas as devidas homenagens às aniversariantes, com entrega de prendas e felicitações. Eu, fascinada, assistia a tudo. E fui então posta à prova para se antever a reacção das pessoas àquela que seria uma possível actividade: a escuta de histórias.

Foi contado o conto coreano «A Sacola de Couro» ou, em tradução ao português de Portugal: «O Saco de Pele», contando sobre um menino que adorava ouvir histórias e guardava-as para si e, desta feita, os espíritos dos contos ouvidos eram presos em uma sacola de couro, pendurada atrás da porta do seu quarto. O tempo passou e o menino cresceu. Ainda ouvia histórias e ainda enclausurava mais e mais espíritos dos contos dentro daquela sacola, mesmo sabendo que para libertá-los, bastava partilhar a história ouvida com alguém. No dia do seu casamento, o criado ouviu vozes: eram os espíritos dos contos, irritados, a articularem armadilhas para a morte do moço antes de casar-se. Envenenaram morangos e água, a crer que no caminho à casa da noiva, sentiria sede. Puseram brasa quando da apeada do cavalo e uma serpente sob a passadeira da cama do casal. E o criado, o contador de histórias, tendo ouvido todas estas tentativas de eliminar seu jovem patrão, tratou de evitar cada um destes desastres. E, ao final, morta a cobra e eliminados os perigos, o criado contou ao patrão sobre as ciladas. Este prometeu contar todas as histórias que sabia e assim libertar todos os espíritos da sacola. O casal teve filhos e as crianças acreditavam ter o melhor pai do mundo, um pai contador de histórias.

E foi com esta história selada a entrada de muitas delas à Casa de Saúde, onde o público, ao agradecer, solicitava a presença das histórias em outros

aniversários, lembrando que nesta festa, presenteadas foram todas e não somente as aniversariantes.

3.2. Como a brisa que pode principiar o vendaval... A Unidade de tratamento às pessoas com transtornos agudos

*«Não há nada mais difícil
do que iniciar uma nova ordem nas coisas».
(Maquiavel, O Príncipe)*

Na Clínica da CSBJ, geralmente são recebidas pessoas com transtornos mentais mais comuns, tais como ansiedade, depressão e doenças psicossomáticas. Foi possível encontrar pessoas que, mesmo já com três ou quatro dias de internamento ainda se queixavam do medo. Medo não só da doença, mas, sobretudo, de tornar-se doente mental. Isto levantava muitas questões que rondavam o ambiente da contação de histórias, de maneira que comumente fazia-se necessário explicar que é possível se ter uma vida boa, mesmo ao estar doente e que sendo tratadas, muitas doenças passam a ser controladas.

Mas nem sempre a família favorecia à aceitação desta premissa, esquivando-se do contacto e das notícias, fazendo com que muitas pessoas chegassem a pensar que ali estava tendo início um percurso como doente mental.

A partir do Atelier de Histórias na tarde das quintas-feiras, novos e velhos saberes passaram a ser revisitados, criados, coleccionados de maneira que se pudesse rever questões comuns que levaram-nas a adoecer e, conseqüentemente, ao internamento, tentando promover um movimento que pudesse motivá-las a afastar-se do alheamento social e questionar a si e aos familiares o que seria necessário modificar para evitar a cronificação da doença e/ou re-internamentos futuros. Tudo se dava a partir das trocas que se seguiam à história ouvida na tarde. Trocas de impressões, de sentimentos como apoio e compreensão, mas por vezes também indignação e discordância. Trocas de

histórias de vida ali repartidas com gente que passa a ser a comunidade daquela gente nestes dias de rotina tão diferente.

A ociosidade inútil daquelas tardes, em meio aos ruídos da televisão e as fumaças do cigarro, era quebrada quando na chegada de mais uma história a ser contada que, por vezes também passou a povoar os encontros de família, dentro e fora da Casa de Saúde, quando cópias das histórias eram solicitadas a fim de serem então contadas aos filhos, netos, pais, avós, amigos, afilhados, companheiros. E, no momento em que uma destas pessoas cruzava o portão de saída, passada a sua alta, foi possível agregar à colecção de tesouros uma grandiosa jóia, quando na apresentação à sua filha que lhe vinha buscar: *«Esta menina aqui é Contadora de Histórias. Contou-nos uma história tão linda e tão interessante na passada quinta-feira, que eu pedi a cópia para reler todas as vezes que a coragem me faltar para resolver a minha vida. Eu nunca vi um lugar com Contadora de Histórias, mas aqui é assim. E foi a melhor coisa que me aconteceu aí dentro. Eu quero esquecer que adoeci e tive que me internar estes 10 dias por causa do meu marido, quero esquecer! Mas quero lembrar sempre desta história porque ela me ajudou a resolver como a tecelã resolveu. E depois eu percebi o que eu quero e percebi que não quero esta vida para mim, de trabalhar por quem só me quer para serviçal. Eu nunca vou esquecer esta história. Parece que a menina adivinhou e a trouxe mesmo para mim. Obrigada!»* (Joaquina, 54 anos)²⁴. E assim ela seguiu, atravessando mais uma encruzilhada para lá dos portões, seguindo seu rumo...

O que acontece é que as pessoas ponderam muito as suas atitudes de mudança e, com isso, acabam por submeter-se até a humilhações e desgostos vários, ao acreditarem ser esta a sina que lhes reserva a vida. Ao acreditarem ser este o único caminho. E as histórias, com a sua linguagem simbólica, chegam ao cerne de questões nunca d'antes visitadas. Questões que ferem, doem, envergonham e, diante da dor e da vergonha, acaba-se por acreditar ser preferível não mexer.

«A vida é uma escravidão, foi sempre dura para mim. Da minha história eu poderia dizer duas palavras: trabalho e porrada. A minha mãe batia-me por tudo e por

²⁴ Anotação de Diário de Campo, transcrita da forma mais literal possível, tendo apenas o nome trocado para preservação da privacidade. História no anexo 1.

nada como quem batia às vacas. E o meu marido sempre quis que eu o servisse de tudo e quando eu não fazia ao gosto dele, também batia-me (choros). Eu nasci foi para padecer. Meus filhos não me querem à beira deles e quando meu marido morreu, eu comecei a adoecer. Só peça a Deus é para me levar pra beira d'Ele, peço muito, mas o dia só chega quando Ele quer. Tenho que esperar. Mas sei que não falta muito não» (Cassia, 74)²⁵

Mas as histórias desconstroem esta inércia ao instigar atitudes transformadoras. Reorganizam o trajecto de aspirações e propõem possibilidades para dentro do desacreditado cenário da história humana. As histórias cobram de nós a responsabilidade da atitude, o preço da indolência, a revista aos papéis adoecedores desempenhados e a dilatação do que nos impomos enquanto limite.

«Da nossa justiça é que estamos sempre a procura. Temos que procurar a verdade de nossas vidas e ter valentia para aguentá-la, porque a verdade às vezes rasga a nossa protecção e nos põe diante de nós, para quem não poderemos mentir. As histórias têm-me feito aproximar-me da minha verdade e eu estou feliz com isso, ainda que nem sempre eu encontre a imagem que gostaria de ver. Mas como diz a Francisca, isto é um processo e estou crescendo com ele. E estou muito agradecida por tudo isto estar a acontecer na minha vida, até mesmo a doença, porque assim pude conhecer melhor a mim mesma» (Mónica, 62)²⁶

Um conto é, antes de qualquer predicado, uma obra de arte, oferecida aos olhos e ouvidos do coração das pessoas. Goethe (2002) nos trouxe, na sua fantástica obra Fausto a ideia de que quem oferece muitas coisas a diversas pessoas, certamente estará oferecendo alguma coisa para algumas delas. Sendo assim, ouvir um conto, uma lenda, um mito e saborear o deleite que as imagens mentais proporcionam pode ser comparado ao derramar de sementes nas mentes e corações de pessoas diversas, onde, em algumas, nada acontecerá, enquanto n'outras estimularão processos em desdobramento dentro de si. Outras passarão ainda algum tempo para germinar. Algumas morrerão e, as sementes que caírem em solo fértil, transformar-se-ão em árvores frondosas, belas flores perfumadas, darão frutos, germinarão novas sementes, estimularão

²⁵ Anotações do diário de campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade.

²⁶ Idem.

sentimentos, facilitarão percepções, diminuirão ansiedades alimentando esperanças, enriquecendo cada vez mais a sua vida d'ora em diante, sem perder de vista o que um dia disse Foucault (2005:26), que «*a loucura dos homens é um espetáculo divino*».

Num ambiente de tratamento à saúde mental, onde a combinação de medicamentos funciona como forte fonte de resgate à saúde, os efeitos secundários destes medicamentos estão sempre presentes com a mesma 'eficiência', deixando as pessoas em um estado vulgarmente chamado de 'impregnação', demonstrado comumente através de mal estar, sonolência e lentidão nos movimentos. Este é um estado muito comum, pelo efeito dos medicamentos estar sendo sempre renovado.

Algumas vezes aconteceu de, na Clínica, encontrar pessoas "impregnadas" por seus medicamentos, com fisionomia mais sonolenta e lento palavrear. E de uma destas pessoas, pudemos um dia registrar: «*Eu não estou bem, olha, eu não estou bem. Há dias em que estou melhorzinha e outros em que estou mais fraca. Há dias sim e dias não. Hoje é um dia não e a única coisa que me apeteceu fazer hoje foi ouvir a história. Estou com uma depressão muito forte. Estou cheia de problemas. E a história me conforta e me distrai. Então sinto-me bem. Sinto-me bem*» (Lívia, 43 anos)

Por vezes as pessoas até estranhavam um pouco enquanto eu percorria o corredor e as salas de estar da Clínica a anunciar que iria contar uma história. Quem já havia participado, geralmente retornava. Quem ainda não havia, mantinha o semblante desconfiado até os primeiros minutos. Depois, a própria postura corporal já certificava-me que aquelas pessoas estavam sim a (re)viver o cenário de suas histórias pessoais a partir do fio que guiava a história contada.

E entusiasmadas, pediam a palavra para tecerem com elas suas considerações acerca das histórias:

«*Nunca imaginei que uma história faria sentir-me tão bem. Estou em paz. Acho que é por isso que os miúdos adormecem. A história transmitiu-me paz*» (Rosa, 48)²⁷.

²⁷ Idem.

«Esta história e esta canção fazem-me pensar coisas bonitas. Até o dia ficou mais bonito. Pela primeira vez vejo um tratamento com histórias para doentes. No Brasil é que deve haver isto, em Portugal eu nunca vi. Acho que pouca gente sabe que há histórias aqui. Eu nunca ouvi dizer, mas gostei muito» (Matilde, 29)²⁸.

As histórias vêm também oferecer a possibilidade de se pensar na Casa de Saúde com uma outra imagem, não simplesmente de tratamento, mas especialmente de bem-estar, onde não só trata-se da doença, mas sobretudo cuida-se da pessoa que está doente.

No convívio com as pessoas em tratamento na Casa de Saúde, pude perceber o quanto as histórias são meios poderosos de reflectir os estados emocionais dos seres humanos. A tarefa das histórias é, portanto, ajudar a criar a liberdade para além do existente, no âmago da capacidade humana de perceber-se e assim, renovar-se e recriar-se, como permite o imaginário. Em contacto com as histórias, *“abandona-se a região do mundo real para ir construir o outro lado, numa região distante, que possa, ao menos, existir intacta” (Klee, 1959:300).*

Porque, habituadas às histórias, as pessoas começam a reorganizar suas tarefas, seu tempo, sua vida, seus papéis. Passam a ter pelo que esperar em seus dias comuns: *«Agora quando a senhora for embora, ficaremos com a nossa história guardada no coração para pensar e tomar atitudes. Toda história é um aprendizado. Eu já vim na semana passada e agora nesta também. Tenho certeza que faz bem a toda a gente como me faz a mim. E enquanto eu estiver aqui, quero ir ao pé da senhora ouvir outras histórias. Esta já está aqui, no meu coração... até a próxima!» (Branca, 67).*²⁹

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

3.3. O vendaval na constância de uma brisa.... As Unidades de tratamento às pessoas com doenças crónicas

*«Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver no Universo...
Por isso a minha aldeia é tão grade quanto outra terra qualquer
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura...»
Alberto Caeiro, 1992*

No princípio, quando o Atelier de Histórias ainda era uma imensa novidade, trouxe consigo a apreensão de toda novidade, por parte das escolhidas participantes. E uma delas resolveu contar-nos: *«Eu não sabia bem o que viria fazer aqui. Achei que não tinha percebido bem. Ouvir história? Eu nunca vi disso sem ser para miúdos. Teatro eu não gosto muito, não sei se quero. Mas ouvir história eu gostei muito. E até teatro aqui, acho que será divertido e a Francisca pode colocar o meu nome. A Francisca é boa pessoa»* (Lúcia, 38).

A minha tarefa então foi facilitar o caminho para que as pessoas participantes do grupo pudessem estabelecer um paralelo entre as histórias contadas e as histórias de suas vidas e partilharem estas como num mercado de especiarias. As histórias ouvidas começaram a facilitar o entendimento da história vivida, funcionando então como importante candeeiro a iluminar caminhos percorridos e, nem por isso, percebidos.

Certo dia, depois de contada a história «Dando bom-dia pra cavalo» (Ribeiro & Freyre, 2006), que conta de uma menina que dava bom-dia a tudo e todos que encontrasse em seu caminho, nas idas e vindas ao ribeirão, onde costumava encontrar-se com um cavalo alazão, foi ouvida uma conclusão aproximando esta relação da história literária com a história humana:

«Antes do cavalo alazão ser dela de todo o coração, ela teve experiências de afecto com o abajour, com a relva, com o orvalho e com o girassol, a quem ela dava-lhes bom dia. Talvez se nós assim fizéssemos, não sentíssemos tanta solidão. Talvez precisemos procurar gostar dos outros e não apenas que os outros gostem de nós. Talvez a menina tenha nos vindo ensinar a olhar o mundo com os olhos dela» (Emília, 34)³⁰.

³⁰ Idem.

Aqui encontramos pessoas cujas histórias de vida estavam a apodrecer como apodrecem os cadáveres abandonados aos corvos nos pântanos. Mas se até estes cadáveres em decomposição servem de adubo às árvores dos alagadiços, as histórias abandonadas tiveram vez a servir-nos de matéria-prima, adubando os nossos encontros de seiva preciosa a alimentar frondosas ramificações. Sabíamos estar diante de pessoas que estão doentes, mas mais que isso queríamos não deixá-las habituarem-se às suas doenças – que ao menos naqueles encontros com as histórias pudessem aderir ao movimento de desconstrução do costume de ‘coitadinhas’ por estarem doentes e perceberem que é preciso manter os olhos abertos para enxergar até na escuridão. E acreditar foi sempre palavra de ordem, pois a vida apresentava-lhes um vazio que não conseguia ser preenchido por palavras. Um vazio preenchido dele mesmo. E acreditar poder dominá-lo passou a ser a nossa sina.

A cada encontro, ao ouvirem uma nova história, as pessoas eram poupadas do tédio que preenchia os seus largos momentos ociosos, ao percorrerem por novos itinerários os caminhos para dentro de si mesmas e, mesmo as mais rotineiras histórias humanas eram relatadas com capítulos sem se repetir. Porque *«é difícil fixar no papel os caminhos das andorinhas, que cortam o ar acima dos telhados, perfazendo parábolas invisíveis com as asas rígidas. (...) Elas sobranceiam todos os pontos da cidade de cada ponto de suas trilhas aéreas»* (Í. Calvino, 1990:84).

3.4. O encontro consigo através das histórias

*«Eu já fui muito sonhadora.
Hoje só sonho é em estar ao pé do meu filho».
(Lara-Linda, 43)*

Iniciamos o Atelier de Histórias com cada um dos grupos em busca da história do nome de cada uma destas pessoas. A primeira história de cada uma de nós, que começa a ser escrita ainda antes do nascimento. Percebemos o quão pouco as pessoas sabiam de si, da sua história. Poucas sabiam quem escolheu seus nomes, o motivo da escolha ou o significado dos mesmos.

Mas se sabiam pouco acerca dos seus nomes, muito queriam contar de si. E encontraram nas histórias espaço para o fazer. As histórias literárias estavam constantemente abrindo portais da história humana e rapidamente uma atmosfera de cumplicidade pairava entre todo o grupo que partilhava histórias pessoais, íntimas, felizes ou dolorosas. Partilhava gargalhadas e lágrimas. Partilhava aplausos e silêncio. Partilhava enredos como este, que uma das pessoas, entre lágrimas, nos falou: «*Esta miúda [personagem da história] faz-me recuperar lembranças minhas de quando era menina. Eu buscava outros horizontes na minha vida. Eu fugia da minha família e de tudo o que me fazia mal. Eu era uma menina que me refugiava no meu mundo. O mundo agora me está a sorrir, estou a tratar-me. Como a menina da história que buscou ajuda e conseguiu estar feliz, eu também estou buscando. Temos que passar pelo sofrimento para ser feliz. Temos sempre um anjo a sorrir-nos*» (Emília, 34)³¹.

E as histórias humanas foram sendo vasculhadas, limpas, partilhadas, de maneira que a bagagem de nostalgia pudesse ser desfeita. Que o receio de deparar-se com o desconhecido, o doloroso ou mesmo com as lembranças do tempo em que era feliz fosse contrabandeado para a frente dos olhos e encarado até tornar-se destemido. Até que as histórias pudessem ser vistas de perto e de longe, de ângulos vários, entre cenas coloridas e em preto e branco e até recuperadas as mais antigas, em sépia.

Eram percebidos os medos. Eu anunciava que poderia acontecer de perdê-los ao falar sobre eles, como também poderiam falar de outros aspectos que não os que propriamente as amedrontava e o medo ser diluído sem que se dessem conta. Anunciava que era chegado o tempo da entrega e que a entrega é a grande virtude dos que têm coragem.

«*Quando a Francisca conta a história às vezes eu perco-me se o que estou a ouvir é a história da Francisca ou a história da minha vida contada pela Francisca. Eu não sei se estou a perceber errado, mas é assim que eu sinto. Há momentos em que sei tratar-se da história que a Francisca está lá á frente a contar e há momentos em que não, que a história parece tanto com a minha que eu imagino que é a minha e penso assim: mas não*

³¹ Anotações de Diário de Campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade. Cognome escolhido por ela.

*pode ser, eu não comentei isto com a Francisca. E acho que com algumas colegas isto pode acontecer também» (Ana Chelovena, 41).*³²

Não é possível precisar o momento da passagem de uma história para outra. Em que momento aqueles semblantes retratavam lembranças de histórias humanas ou devanejavam por entre os cenários das histórias literárias. As mentes voavam como voam as andorinhas.

*«Aqui eu tenho aprendido muito sobre mim. A Francisca ia a contar uma história e eu via a minha história a passar na cabeça como num filme de televisão. Há dias em que as histórias lembram-me passagens bonitas da minha vida e há dias que nem por isso. Eu tenho muita história para contar. É lamentável que elas não tragam finais felizes. Mas a cada dia que eu venho para cá e oiço mais uma história, sinto-me mais forte contra os contratempos da vida» (Emília, 34).*³³

Pessoas que vivenciam propostas como esta, caminham para uma autonomia, pois começam a identificar-se com a sua expressão criativa ao falar de si, ao dar-se conta das suas virtudes e incompletudes, passando então a sentir-se mais livres e seguras para explorar o mundo, apreendendo-o de forma cada vez mais significativa, pois, sendo a fantasia uma das formas de ver, de sentir, de perceber o mundo, ela é também capaz de nos fazer entender o quanto a realidade pode funcionar enquanto desencadeadora das fantasias do nosso próprio mundo. Do nosso auto conhecimento. De um bálsamo na auto estima. Das nossas próprias capacidades de gerar e gerir a autonomia.

*«Há factos da história bastante semelhantes com o da vida real, da nossa vida e da vida de outras pessoas. Na minha opinião, as histórias não deveriam ser só para as crianças não. Elas ensinam muito aos adultos também. Hoje nós aprendemos muito aqui ao ouvirmos histórias tristes do livro e da vida das colegas. As histórias são calmantes e dão-nos força para enfrentar as dificuldades da vida, porque seus personagens enfrentam sérias dificuldades também» (Andorinha, 39 anos).*³⁴

Brown (2000:XV) já anunciava que *“o mundo real é modelado por seus próprios sonhos. É limitante focalizar apenas o que está fisicamente à sua volta”*. E as

³²Anotação de Diário de Campo, transcrita da forma mais literal possível, tendo apenas o nome trocado para preservação da privacidade. Cognome escolhido por ela.

³³ Idem.

³⁴ Idem.

histórias vêm oferecendo a possibilidade de se reformular e re-significar as experiências passadas, de forma que possam ter um impacto positivo no presente, tendo em vista que o importante não é a experiência vivida, física, mas a maneira que o sujeito a vê e sente-se com ela. Porque as histórias têm o poder de alçar voos para longe e, ao mesmo tempo, de partilhar uma cumplicidade bem perto.

«Todo este trabalho aqui é importante porque aprendemos muito umas com as outras. Aos poucos, partilhamos nossas vivências, nossas relações, de acordo com a obra em causa. As histórias fazem-nos lembrar de outras histórias de livros e de histórias de nossas vidas que ficam guardadas dentro de nós. Temos sempre a esperança da justiça, que ela chegará e será feita. As histórias nos apresentam alternativas para problemas das nossas vidas e as atitudes que devemos tomar diante deles, quem devemos ser» (Emília, 34)³⁵.

Rapidamente as pessoas perceberam que as histórias diziam mais que a sorte de príncipes, sapos e guerreiros. Que as histórias literárias diziam das suas histórias humanas, como se falassem para si e soubessem exactamente o que precisavam ouvir. Sabiam que a princesa de uma história não assemelhava-se com a da história seguinte, que as batalhas ganhas eram sempre outras batalhas e que a cada solstício e equinócio, as histórias iam buscar outras memórias.

As pessoas contemplavam este fenómeno fascinadas e, quando se davam conta estavam com os olhos voltados a antigos capítulos de suas histórias e, mais que antigos, difíceis de rever de perto, era como olhar e perceber as suas ausências: a vida antes e depois da doença, antes e depois do internamento e a nova moldura de madeira maciça que foi pregada em torno de si a afugentar visitas até mesmo ao interior da própria imagem.

Mas o melhor de tudo isso ainda estávamos por perceber. Melhor do que deparar-se com a própria história e encará-la com honestidade foi desenvolver um novo olhar capaz de encontrar um traçado cómico no que parecia unicamente trágico e dissolver a dor com o riso pareceu-nos ser realmente o melhor remédio.

³⁵ Idem.

«Há dias em que olho-me no espelho e acho que estou feia. E olho outras vezes e continuo a achar. Então faço caretas, como disse a Francisca e sorrio. Sorrio muito de mim mesma. E sorrio tanto que quando torno a olhar, já encontro a beleza que estava escondida. Eu divirto-me comigo mesma» (Lara-Linda, 41)³⁶.

Além das palavras que comentavam as histórias literárias, que partilhavam as histórias de vida, havia uma imensa gama de comentários mudos. Olhares baixos, cabeças declinadas, fisionomias entristecidas, gestos impetuosos ou lentos igualmente acenavam para histórias desagradáveis que também haviam sido revisitadas. Um relatório mudo de quem, findo o encontro, pedia a palavra em particular para partilhá-lo.

«[As histórias] também acreditam ser obra da mente ou do acaso, mas nenhum nem outro bastam para sustentar as suas muralhas. De uma [história] não aproveitamos as suas sete ou setenta e sete maravilhas, mas a resposta que dá às nossas perguntas. Ou as perguntas que nos colocamos para nos obrigar a responder» (I. Calvino, 1990:44).

Enquanto ouvem as histórias humanas umas das outras, os olhares se procuram, se respeitam. Silenciam juntos e vão buscar relatos semelhantes em suas próprias histórias. Surgem palavras de conforto. Há quem estenda a mão. Há um reconhecimento colectivo de analogias entre histórias humanas e histórias literárias. A fantasia gira como um carrossel e vai parar junto às verdades mais profundas, sobretudo àquelas cercadas por fantasmas e por isso dificilmente revisitadas.

Pois nenhuma história literária é ouvida sem que a sua narrativa ecoe pela história humana de quem ouve. É como se a primeira tivesse sido tecida por uma linha espalhada, por um espelho que ora aumenta, ora anula, ora simplesmente apresenta as imagens como elas são. É um momento engrandecedor, mas por vezes também doloroso e cruel. Deparar-se com verdades acerca da própria vida nem sempre traz a suavidade de um entardecer. «Nem tudo o que parece valer acima do espelho resiste a si próprio refletido

³⁶ Anotação de diário de campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade. Cognome escolhido por ela.

no espelho. (...) para cada face ou gesto, há uma face ou gesto correspondente, invertido ponto por ponto no espelho» (I. Calvino, 1990:54).

As pessoas, sobretudo as pessoas que vivem em tratamento de doenças crónicas, passaram a esperar pelas histórias nas tardes de quarta-feira. Tinham percebido que este era o momento de, em caravana, visitarem capítulos de suas histórias de vida. Passaram a ser contados os dias em que se entraria em contacto com a história de vida, em que se pegaria a boleia com personagens e enredos vários, rumo a um único enredo, a um único personagem: a si próprio.

Partiam juntas do mesmo porto, mas as narrativas as conduzia uma a uma às veredas quase desconhecidas de seus territórios humanos. Muitas davam-se conta depararem-se pela primeira vez com determinados aspectos. Como voltar a um sótão escuro e empoeirado onde são guardadas histórias de sofrimento e angústia, abandono e dor. Mas como voltar a este sótão sabendo não estar só, com a força de ser-se grupo.

A cada nova história eram relembrados aspectos da história anterior, por vezes até percebidos como novidade, com o novo olhar de quem passou uma semana inteira deixando amadurecer uma semente e deparou-se com uma flor a brotar ao pé do muro. Uma flor que pode ter até espinhos, mas agora o que importa é que histórias até então guardadas no absoluto segredo do medo estavam expostas na floreira do jardim, com os portões abertos, partilhadas com as visitas. E visitar era tão engrandecedor quanto viver.

A história do outro passa a ser uma realidade falada, pertencente agora também aos nossos pensamentos. E poder, no presente, visitar factos tão antigos e abandonados por um passado longínquo nos fornece a oportunidade de perceber questões que se fizeram importantes ao longo da experiência de vida destas pessoas. E re-contar a história de vida acaba por representar a busca do sentido que para algumas pessoas ela ainda não conseguiu ter.

A cada encontro, anos eram percorridos em lembranças, em relatos, em libertação de dores guardadas. Eram visitadas, sobretudo, regiões desertas das histórias humanas. E eram semeadas flores. E reconhecidas com cuidado até brotarem e o deserto ganhar cor, vida, ganhar suavidade de orvalho e agora já

poder ser revisitado sem dor. E, devagar, o deserto poderia ser sonhado como bosque, delicado e claro como as cerejeiras em flor.

E quando as histórias humanas perdiam a rigidez, a obstrução, o peso que as sobrecarregava, era possível perceber até no semblante das pessoas a subtileza com que se armavam de coragem para iniciar um outro trajecto rumo ao mesmo porto: a si mesma, mas agora a desbravar um outro caminho, embora esburacado como uma toalha de croché, mas sabendo ser mais um dos seus caminhos, caminhos onde, mesmo a testemunhar inúmeras desgraças, a lua teimava em reaparecer com maestria.

Era surpreendente como as pessoas agarravam-se aos detalhes de suas histórias humanas, como também um detalhe ouvido da história literária era capaz de abrir o segredo de um cofre e retirar os pertences para levá-los a um outro lugar, com uma outra utilidade e suscitar suspiros, lágrimas, sorrisos, recordações, tudo no esplendor das palavras. A ideia era misturar um universo de histórias ‘perdidas’ para decantá-las e então colocá-las em seus devidos lugares.

A quantidade de histórias que contavam estas pessoas acerca das suas vidas abismava-me. Histórias que certamente indicariam um caminho devastador. Histórias escritas em inúmeras linhas de abandono e indiferença, de traições e abusos. Histórias invasivas por não se respeitar as cercanias imateriais da história do outro. E isto é gravemente adoecedor...

E as histórias das outras pessoas eram ouvidas como se pusessem nas janelas para acompanhar o movimento da rua. Com atenção aos detalhes, aos silêncios e aos gestos, porque era possível também se aprender com a história alheia e reter as experiências para aprimorar as suas.

«Aqui eu aprendo muito sobre mim e a minha vida. Antes de fazer as coisas, eu penso muito no que as pessoas vão pensar e às vezes tenho muito medo que elas me reprimam e isso faz-me guardar as minhas vontades por não querer desagradar ou por medo de desagradar, que às vezes eu nem sei se aconteceria mesmo. Eu já fui muito de fazer o que me vinha à cabeça e sofri muito por conta disso. Hoje eu sofro por não poder fumar. É sofredor isso para mim, mas eu não vou decepcionar as Irmãs, nem quero que

elas contem à minha família que eu fumo escondida. Eu quero ser uma pessoa cada vez melhor para poder conviver mais com meus filhos e se não é para fumar eu não vou fumar. Vou ganhar o vício do café, mas perco o de fumadora» (Lara-Linda, 41)³⁷.

E assim vamos percebendo nas palavras de Lara-Linda o que há pouco diziam as palavras de Parsons (1951): que as pessoas agem sob a expectativa relacionada a um contexto de interação, levando em conta o que os outros esperam de si e das suas atitudes e também esperando reacções dos outros ao que elas fazem, sobretudo quando provocam sanções.

3.5. A criação de histórias: um momento singular narrado por vozes plurais

*«Sou um poeta!
Poeta e sonhador!
Vivo um mundo que não existe
Vivo num mundo que não é o meu
(...)
Este mundo
Ainda não é o meu
Só por isso
Procuro ainda um mundo que não encontro
Sou um Poeta e Sonhador!*

David Hopffer Almada, 1988

Após a escuta de tantas histórias, resolvemos que partiriam em busca delas. Talvez não as encontrassem, mas encontrariam umas às outras e à si mesmas – e isto já teria feito valer a pena todo o caminho percorrido, ainda que o fio que conduzisse este caminho girasse em torno de si como um novelo.

Dispostas a ultrapassarem as armadilhas e os enganos de trilhas desconhecidas, as pessoas optaram por empreender o esforço da busca, pois sentiam-se amparadas umas pelas outras, de mãos dadas, dispostas a transpor as armadilhas e os enganos dos possíveis atalhos.

As histórias iam sendo criadas obedecendo a estrutura literária dos contos de fada, onde *«devem-se excluir aquelas em que os elementos se juntam sem um fio condutor, sem um código interno, uma perspectiva, um discurso. (...) Tudo o que pode ser imaginado, pode ser sonhado, mas mesmo o mais inesperado dos sonhos é*

³⁷ Anotações de diário de campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade. Cognome escolhido por ela.

um quebra-cabeça [puzzle] que esconde um desejo, ou então o seu oposto, um medo. As [histórias], como os sonhos, são construídas por desejos e medos, ainda que o fio condutor de seu discurso seja secreto, que as suas regras sejam absurdas, as suas perspectivas enganosas e que todas as coisas escondam uma outra coisa» (I. Calvino, 1990:44).

Aos poucos, os personagens das histórias passaram a tomar conta daquele ambiente e impregnar suas vidas também de enredos fantásticos. Velhos sábios, cães abandonados, tramas amorosas desfeitas, pássaros libertos foram igualmente convidados a compor o cenário do Atelier de Histórias que passaram a ser criadas também. Um grande passo estava sendo dado no currículo daquelas pessoas. Do carimbo vermelho, emoldurado e limitado de «doente mental», passava-se também à escrita em cursiva, cintilante e desigual do atributo de «escritora». Atitude que instiga uma liberdade cujos muros não são capazes de conter.

Era a criação imaginária, a genuína expressão do 'não-dito' individual e colectivo que passara a fecundar uma experiência até então não vivida. A criação no sentido mais abundante. Um labirinto de sons, gestos, cheiros, cores, palavras, sentimentos e paisagens. Uma avidez desenfreada em criar. Fronteiras ultrapassadas. 'Medos amedrontados' pela força da criação, pela força de se ser além da doença. Uma esperança viva contra a morte social.

Porque *«quando alguém muda de papel ou abandona a praça para sempre ou entra nela pela primeira vez, verificam-se mudanças em cadeia, até que todos os papéis sejam novamente distribuídos» (I. Calvino, 1990:76).*

«Há dias em que eu chego a chorar com saudades da minha família, pois ninguém vem visitar-me, sequer preocupam-se comigo nem nada. Nem um telefonema dão-me para saberem de mim. E um dia eu estive a pensar que, se calhasse d'eu ter ficado boa da minha doença e já tivesse saído daqui da Casa de Saúde, não estaria a escrever um livro e eu nunca chegaria a ser uma escritora de verdade. Eu estou muito feliz aqui, porque aqui as pessoas preocupam-se connosco e cuidam de nós e querem o melhor para nós. Eu sinto-me muito bem aqui e quero criar muitas histórias. Ainda não

as sei criar sozinha, mas com a ajuda da Francisca e das colegas, sei que posso conseguir» (Maria de Fátima, 22)³⁸.

Este depoimento nos faz reler o que disse Gilberto Freyre (2005) quando apontava para o adoecer como a possibilidade de uma mudança produtiva de vida, uma mudança que não teria acontecido se as pessoas continuassem monotonamente sadias. Porque sem a doença, este encontro não existiria: o encontro destas pessoas umas com as outras, o encontro destas pessoas com as histórias e, sobretudo, o encontro destas pessoas com as suas histórias e as suas inúmeras possibilidades criadoras e a doença acabou por funcionar enquanto portal de acesso a tudo isso, a todos estes encontros, como as pedras que Marco Pólo descrevia nas palavras de Ítalo Calvino(1990:79):

«Marco Pólo descreve uma ponte, pedra por pedra:

- Mas qual é a pedra que sustenta a ponte? Pergunta Kublai Khan.

- A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra, - responde Marco - mas pela curva do arco que estas formam.

Kublai Khan permanece em silêncio, refletindo. Depois acrescenta:

- Por que falar das pedras? Só o arco me interessa.

Pólo responde:

- Sem as pedras o arco não existe»

Cada história era iniciada com alguma de nós a puxar a ponta do fio e este fio ia passando a palavra de boca em boca, a animá-la até que uma história ganhasse vida. Foram criadas histórias colectivas e, durante a semana as pessoas também criavam histórias sozinhas e em duplas. A criação parecia abundar. Estávamos no verão e mais parecia uma primavera na imaginação fertilizada das mulheres-escritoras da Casa de Saúde do Bom Jesus.

E rapidamente as recentes escritoras aceitaram a proposta de comprovar os seus papéis criadores para além dos limites geográficos da CSBJ, pois agora já era possível perceber a auto-imagem modificada, aprimorada, a tornar-se refinada, assumindo ares profissionais. Ares profissionais que acenavam o livre acesso não dos portões, mas dos portais da vida para além da doença, do

³⁸ Anotações do diário de campo. Nome trocado para a preservação da privacidade. Cognome escolhido por ela.

abandono, da exclusão. Existia uma força imensa em ser grupo, em partilhar parágrafos e compor um trabalho único com maestria. Como refere o Durkheim: «O grupo não é só uma autoridade moral que rege a vida dos seus membros, é também uma fonte de vida sui generis» (Durkheim, 1978:XXX).

Já se é possível vislumbrar fios da aurora no horizonte turvo da doença mental. As histórias andam a iluminar palavras novas quando a diferença passa a aflorar em um terreno mais primaveril. Já se é possível ouvir predicados positivos quando estas pessoas se apresentam ao desconhecido.

«Muito prazer, meu nome é Lara-Linda, eu sou esquizofrénica, tenho esquizofrenia na cabeça. Eu sou também atriz, não tenho diploma, mas tento fazer tudo direitinho no palco. Agora estou a escrever histórias e um livro com as minhas colegas» (Lara-Linda, 43).³⁹

Ou ainda, no autêntico movimento de dilatar os limites dos próprios papéis:

«Eu agora sou escritora de verdade. Quero que perguntem-me a minha profissão e eu direi: sou escritora. Antes era o meu sonho, agora é de verdade. EU SOU ESCRITORA PARA SEMPRE» (Maria de Fátima, 22)⁴⁰.

As pessoas percebem que é chegado o tempo de não mais aprisionar legendas pré-fabricadas em série para falar de si, mas sim de perceber a singularidade da sua história. A beleza una que só a sua riqueza carrega. Ela e só ela importava agora.

Com o passar do tempo, as pessoas vão adicionando novas ideias às suas. Já não são mais às mesmas, os papéis desempenhados já não são mais os mesmos de antes – ou ao menos já não trazem mais a mesma ingenuidade. Os personagens são os mesmos, mas o diálogo muda, ainda que a cena seja breve demais para a plateia perceber.

As pessoas continuam a ser pessoas em tratamento contra a doença mental – e esta é a condição de participação nos Ateliers de Histórias e Expressão Dramática, mas pulsa-lhes mais forte que a doença um potencial

³⁹ Anotação de Diário de Campo, transcrita da forma mais literal possível, tendo apenas o nome trocado para preservação da privacidade. Cognome escolhido por ela.

⁴⁰ Idem.

criativo que esteve guardado por anos a fio numa caixa como a de Pandora, no reino da mitologia grega que, quando aberta, disseminou no mundo toda a qualidade de sentimentos e só restou a esperança. E a esperança reinou.

«Enquanto tenho ideias para acrescentar à história, vejo factos da minha vida a passar em imagens pela minha cabeça. E quando é algo que faz-me mal e eu digo e passa a ser da história que estamos a criar, já não parece mais que foi comigo. Às vezes parece-me que me libertei de algo. Nós devíamos fazer isto mais vezes para que as nossas histórias tristes pudessem nos deixar em paz. Acho que iria ajudar muito na nossa doença. Eu, pelo menos, sempre saio daqui a sentir-me melhor do que cheguei. Eu estou conhecendo-me melhor e sinto que fico mais forte. Se a minha medicação diminuir por estes dias é porque sinto-me mais forte mesmo e as histórias ajudam-me como ajudam a toda a gente» (Lara-Linda, 41)⁴¹.

E, a partir de então percebe-se que já não há somente uma mudança no que diz respeito à auto-imagem das pessoas participantes dos Ateliers, mas também da imagem da Casa de Saúde aos olhos delas, que passam a contaminar outras tantas com as suas actuais impressões positivas acerca do tratamento:

«Eu fico feliz quando escuto as histórias que a menina Francisca conta-nos. São sempre histórias com mensagens e ensinamentos bonitos que fazem bem ao coração. Há coisas que são bonitas nesta vida e as histórias bonitas fazem a vida da gente bonita também. Eu adoro quando chega o dia da menina vir cá à Casa de Saúde. Parece que tudo fica mais bonito, a comida mais gostosa, as pessoas mais bem dispostas. É sempre um dia feliz para mim. A minha cabeça chega fica tranquila e em paz, é verdade. Quisera que toda a gente tivesse as quartas-feiras felizes como eu as tenho. Todas as pessoas que eu comento das histórias, querem vir participar, todas» (Maria, 34)⁴²

As histórias ouvidas e criadas, as actuações no palco, a palavra partilhada vão, aos poucos, assumindo o primeiro plano na imagem do internamento que passa a desacorrentar-se da ideia de puro medo e abandono e vai aportar no cais da criação, da liberdade, da possibilidade. E pensar na suspensão desta actividade literária fez surgir uma história que findava assim:

⁴¹ Idem.

⁴² Idem.

«Certa manhã, Tia Anita não aparecia e as pessoas começaram a estranhar a ausência dela. Deixaram passar a hora do almoço e resolveram ir ver o que se passava. Bateram à porta, mas o silêncio era total. Ficaram calados a olhar uns para os outros.

Resolveram abrir a porta e entrar. Quando chegaram ao quarto, viram a Tia Anita deitada na cama. Estava morta, com um sorriso nos lábios. Estava serena.

Os vizinhos não conseguiram falar de tanta emoção. Já não tinham mais a Tia Anita para lhes dar conselhos nem contar histórias às crianças. Sentiram-se abandonados.

Mais tarde, os sinos tocavam as badaladas tristes. O silêncio no povoado era total. A Colina do Sol estava de luto» (Serafina, in Freyre, 2006).

Aponta-nos Goffman (1988) que a sociedade determina modos de classificar as pessoas e os predicados ponderados como usuais para estas classificações. Os ambientes sociais estabelecem os grupos de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontrados.

Neste caso, é certo que não se é esperado encontrar um grupo de escritores dentro de uma instituição para tratamento à doença mental, sobretudo por tratar-se de gente que ao adoecer é que teve a oportunidade de permitir-se escrever. Mas agora conta-se não somente com este grupo, mas com um grupo ainda maior de pessoas a querer participar do Atelier de Histórias e Expressão Dramática, a querer abrir a sua «Caixa de Pandora» e deparar-se também com a esperança, como um dia nos confessou Maria de Fátima (22 anos)⁴³:*«...escrevo poemas, sou uma escritora também. Vou sofrer muito, mas hei de ter muito valor no mundo».*

Histórias foram criadas em nossos semanais encontros colectivos e também, durante a semana, quando a ‘inspiração’ invadia os territórios do pensamento das pessoas à espera da quarta-feira à tarde. E, passados dois meses de criação contínua de histórias, estas foram recolhidas e compiladas numa colectânea de 23 histórias, que recebeu o título de *«A lenda das Sementes e outras histórias bonitas»*, obra publicada no Brasil, pela Editora LivroRápido, que terá o seu lançamento na festa de Natal, aos 16 de Dezembro de 2006.

⁴³ Idem.

Uma obra que vem apresentar à humanidade o potencial criador destas pessoas e lembrar ao mundo as suas competências. E lembrar ao mundo que elas não precisam viver confinadas à sorte do tratamento e mais que isso, que nem o limitante muro pode ser capaz de cercar as suas ideias e a força que sobrevive dentro delas fazendo-as viver e sobreviver, ainda que esquecidas como uma folha de papel, que traz sentimentos de quem vê-se obrigada a desempenhar tão diferentes papéis para resistir ao abandono da doença e encontra no papel a possibilidade do alívio: «*Era para escrever um diário.*

Mas para que escrever em papel?

Papel que se amarrota, que se dobra, que se rasga...

Ora sofre profundamente, ora propaga a dor.

Dor humana, de gente que sofre e não tem coragem de mostrar.

Então tem o papel.

Mas o papel também tem sentimentos: também sofre, também ama, tem escrúpulos, tem saudade, estima por quem ama, sentimento de revolta...

E só o torturam.

Só lhe escrevem em cima.

Às vezes são felizes, outras tristes.

São sempre as mesmas palavras «amiguinho»...

Para depois ser jogado num canto...» (Andorinha, 39 anos)⁴⁴.

Porém, assim como cada vez que se conta uma história, assim como cada história criada por aquele grupo, a singularidade orvalha a pele de cada uma daquelas pessoas, por mais que estejam todas elas a tratar-se de males semelhantes, por mais que boa parte delas esteja com a criatividade à efervescência, não é possível generalizá-las. Não é possível afirmar que toda pessoa em tratamento à doença mental será capaz de criar histórias. Poderão sê-lo, não sabemos. Aquelas que já criaram o são. E esta é uma pluralidade deveras singular, particularmente construída por cada uma delas.

Pois toda concepção sobre a natureza humana deveria ser considerada uma para cada indivíduo pertencente aos grupos de semelhantes, mas uma em

⁴⁴ Idem.

sua essência, o que, para todo o sempre, o manterá diferente, mesmo em meio a pessoas tão comuns. A natureza pode enganar-nos, surpreender-nos e pôr abaixo boa parte das nossas ideias – estigmatizantes e estigmatizadas – acerca de determinados grupos de pessoas e/ou acerca da nossa própria história.

Porque jamais se pode deixar confundir a histórias de uma pessoa com o discurso que a descreve. Claro que há uma ligação entre eles, mas não é a soma dos predicados deste discurso que totalizam uma pessoa. Talvez mais importante que o que está tão claro seja a fina fumaça, a estreita camada de fuligem grudada nas alvas paredes dos seus silêncios, do interdito, do que não é percebido aos olhos pouco perspicazes.

Para tanto, o ouro está escondido no baú da nossa própria história, seja na cave, seja no sótão, mas na biografia que escrevemos ou – na pior das hipóteses – que deixamos de escrever por nós. O ouro está na posse da caneta que escreve cada capítulo do nosso enredo, tecido por linhas ora finas e delicadas, ora ilinhadas e cheias de nós. Mas são estas as nossas linhas. As linhas que, como as fiandeiras das histórias de fadas, vamos fiando os nossos passos. O capítulo que passou. O parágrafo que virá. Porque é a posse da nossa história a fortaleza maior do nosso ser no mundo. Saber quem somos. E encontrar o ouro deste estado minguia o sofrimento de se ser apontado como o que não julgamos ser.

E, independente de conseguirmos descrever quem somos, é sendo que nos apresentamos ao mundo e a nós mesmos. A partir dos papéis que desempenhamos. Com máscaras, com emblemas, maquilhados e límpidos. A leitura destas imagens irá sempre variar, como variante é a leitura de uma obra de arte. O homem é uma obra constantemente observada – seja com apreço, seja com indiferença, seja com repugnância. Mas nenhum homem é capaz de fazer-se invisível aos seus semelhantes, mesmo porque *“os símbolos de estigma caracterizam-se por estarem continuamente expostos à percepção”* (Goffman, 1988:112). Daí a preocupação com a imagem pública. Daí o medo da não-aceitação social. Daí o agrupamento de similares. Daí a marginalização dos

desviantes. Importa é que, estigmatizadas ou não, terras possam ser aradas e semeadas, sobretudo com sementes da imaginação... como reza a história que intitidou a obra publicada:

A LENDA DAS SEMENTES (história colectiva)⁴⁵

Numa vila, vivia um velho de barbas brancas e com sua roupa grande atraía quase uma multidão de crianças. Não era mendigo, mas era mago. Não era pobre, mas também não era rico. Não era casado, mas tratava as crianças por «filhos meus».

Costumava contar histórias de sementes, cada uma diferente da outra. Ele contava histórias numa floresta.

Numa manhã de sábado, uma criança pede-lhe para o velho contar a história de uma grande árvore equatorial que já existia há milhares de anos. Então ele sentou-se numa pedra, fumando o seu cachimbo vagarosamente e com sofreguidão. E começou a contar a história do nascimento da árvore.

Contou que no princípio da vida da árvore, ela era uma semente amarela, da cor do sol, achatada e pontiaguda, que foi parar ali pelas asas de uma borboleta azul, da cor do céu. E, com o tempo, a semente foi germinando e ficou planta. Uma bonita planta.

Foi crescendo e, todos os dias, no passado, quem a regava era o avô do «filho meu» - disse o velho a olhar nos olhos de uma criança.

Passado muito tempo, uma criança viu as sementes a cair e ficou admirada e espantada. Como era bela a sua doçura e o esplendor da sua beleza! E ficou ali a admirar a árvore por muito tempo. Esta criança era filha de um turista estrangeiro que tirava fotos aos fenómenos naturais mais belos que visse.

O pai, observando o fenómeno do velho a contar histórias às crianças e as sementes a cair como gotas de ouro, ele teve a ideia de fotografar não só a árvore, mas também a alegria e as gargalhadas das crianças, como se estivessem no paraíso.

Conta a lenda que quem conta esta história pode produzir muitas árvores, muitas plantas, muitas flores na imaginação dos que ouvem. E os que ouvem esta história vão contando por aí aos filhos e aos filhos dos seus filhos, como quem semeia sementes na imaginação...

⁴⁵ In Freyre, 2006: 8-9.

3.6. A Expressão Dramática em cena real: a força de transcender os limites dos próprios papéis

«Quando Lúcia Peláez era pequena, leu um romance escondida. Leu aos pedaços, noite após noite, ocultando o livro debaixo do travesseiro. Lúcia tinha roubado o romance da biblioteca de cedro onde seu tio guardava os livros preferidos. Muito caminhou Lúcia, enquanto passavam-se os anos. Na busca de fantasmas caminhou pelos rochedos sobre o rio Antioquia, e na busca de gente caminhou pelas ruas das cidades violentas. Muito caminhou Lúcia, e ao longo de seu caminhar ia sempre acompanhada pelos ecos daquelas vozes distantes que ela tinha escutado, com seus olhos, na infância. Lúcia não tornou a ler aquele livro. Não o reconheceria mais. O livro cresceu tanto dentro dela que agora é outro, agora é dela.»
(Eduardo Galeano)

O Atelier de Expressão Dramática, mais que formar atrizes, buscou caminhar entre as redondezas das suas representações, o sentido, a natureza dos seus processos mentais e emocionais, produzindo e instigando questionamentos e desafios, como a percepção de hábitos, o confronto cara a cara com atitudes “automáticas”, o choque de se perguntar o porque de se estar ali e dar-se conta que é chegada a hora de enfrentar perguntas como esta com honestidade. Este Atelier propôs sobretudo um desafio: o desafio de exceder os limites dos próprios papéis. Não apenas uma vez na vida, nem nos dias de aula de teatro, mas diariamente, dentre as atitudes do cotidiano.

O método que desenvolvemos não abarca uma combinação de técnicas. Não houve o interesse em atribuir às participantes uma receita predeterminada, tampouco uma bagagem de artifícios. Caminhamos rumo a uma maturação que aconteceu de maneira singular, obedecendo o ritmo de cada uma, mas sem egoísmo ou auto-complacência. Um espaço onde estar doente não funcionou como um minimizador de capacidades, mas simplesmente como a condição de se participar do grupo. Um espaço de entrega. De encontros. Sim, de encontros com possibilidades abandonadas, com papéis esquecidos, com instintos criativos. Um espaço onde não tentamos ‘ensinar coisas’ às participantes, mas suprimir resistências ao processo criativo, ao processo singular de crescimento.

Um espaço onde o calor humano é fio que tece uma ponte de compreensão, partilhando angústias e contradições, partilhando o que há de humano e não desprezível em nós. Onde o impulso interior e a reacção exterior comungam do mesmo espaço e ganham sentido na atitude do corpo em cena, na presença do olhar, na força da palavra dita. E a preocupação deixa de ser com adereços, figurinos, maquilhagens e passa o seu foco para a interacção do actor/espectador, sendo esta comunicação a razão maior de se estar em cena.

Partilhamos o que chamamos de Arte e como Arte genuína, não pode ser aprendida, mas apreendida, desenvolvida, tentada, encontrada à maneira de cada uma, sem jamais aprisioná-la dentro de uma única forma, sem reduzi-la a fórmulas. Sem explicações intelectuais, mas na expressão do silêncio, dos gestos, do improvisado, respeitando reacções às mudanças de medicamentos e aos dias mal acordados, são cobradas atitudes com exigência, mas com exigência acolhedora, buscando torná-la meta, onde ao se ser exigente com os outros, é necessário ser duas vezes mais exigente consigo. E isto, ao tempo em que gera busca da superação, colabora com atitudes de respeito às diferentes possibilidades de se estar no palco.

Tão logo os encontros começaram, houve uma solicitação por parte da Casa de Saúde, de montarmos um espectáculo para a comemoração dos 125 anos da Congregação fundadora da Casa, a Ordem das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

A aceitação para o desafio foi completa. Nos demos as mãos e sabíamos poder contar umas com as outras. A definição de papéis deu-se pela escolha e por audições no palco. Tivemos sempre um teatro à nossa disposição, com palco, luz e som especializados para a arte dramática, além de camarins e figurinos. Ali estavam pessoas que sequer haviam saído do papel de plateia e, em minutos, recebiam papéis escritos para desempenhar em algumas semanas perante uma plateia de convidados ilustres como o Arcebispo, vereadores, Presidente da Junta de Freguesia, Presidente da Cruz Vermelha, a Madre Superiora...

Pela data da festa, tivemos então dois meses para exercícios básicos de teatro já mesclados com ensaios do espectáculo. Raça. Raça é a palavra que consegue definir o que envolveu todo o grupo, como um bálsamo. Havia gente em depressão, mas que não faltava a um encontro, a um ensaio. A arte mostrava a sua força salutar em corpos adoecidos. E mexia com eles por dentro e por fora.

E foi em um exercício de aquecimento corporal que ouvi de uma das participantes: - *por favor, Francisca, não deixa que acabem com a actividade do teatro. O palco é o único local onde consigo viver o meu personagem verdadeiro. Fora do palco, uso uma máscara para me adequar às convenções sociais e este não é um papel fácil. É um papel que exige de mim muito cuidado*» (Emília, 34 anos)⁴⁶.

Isto me fazia crer ainda mais na importância e responsabilidade daquele trabalho. E perceber os avanços, a criatividade, a ousadia. Sim, a ousadia. Gente que passou a vida inteira recebendo instruções do que pode fazer e de como fazer, de repente recebe um papel para desempenhar e questiona se de maneira semelhante, porém, à sua maneira, não ganharia mais verdade. Gente que agia à espera do aplauso – e cintilava os olhos ao ouvi-lo. Gente que, pela primeira vez, estava sendo reconhecida como capaz e com uma capacidade construída – para umas de maneira mais fácil, para outras mais complicada, mas não era isto o mais importante. Fazer o era. E elas fizeram. E fizeram bem.

Eu dirigi o espectáculo, criando o roteiro, cenário, figurino e textos. Mas o entusiasmo, as expectativas, a vibração das actrizes, eu só assistia. Assistia e entusiasmava-me e esperava e vibrava com elas. Feliz em ver o que eu acredito ganhando vida na anatomia de gente que passou a crer também. A crer no convite criador das histórias. No convite à criação de novos papéis para histórias pessoais. No convite que intima a ousadia a fazer-se presente. No convite que supera expectativas passadas. No convite que anuncia em letras vermelhas que o nosso papel termina onde começa o do outro e isto chama-se respeito. E o respeito era poço visitado por nós a jogar-mos moedas de esperança. Aprendemos a conviver com as limitações de idades, de humor, de

⁴⁶ Notas de Diário de Campo. Cognome criado para a manutenção da privacidade.

patologias, de memórias. E aprendemos mesmo, porque quando nos dávamos as mãos para encerrar, éramos unas e unidas. Éramos iguais. Éramos apoio. Éramos segurança. Éramos presença. E quando subíamos ao palco, éramos todas diferentes, cada uma assumia o seu papel. Aprendemos a respeitar nossos limites e, ao mesmo tempo, a crer que eles podem dilatar um pouco, dentre as expectativas e os padrões esperados e estabelecidos, que eles podem desdobrar-se em uma atitude mais ousada – e podem ser igualmente aceites.

A cobrança de um bom espectáculo deu-se a nível profissional de teatro. Foi cobrado o empenho de uma turma de iniciação ao teatro e não de uma turma de pessoas institucionalizadas numa Casa de Saúde. Estar na Casa de Saúde, agora, só importava para ser a condição de se participar do grupo e mais nada.

O espectáculo foi sucesso absoluto. Teatro lotado. Mais de 300 pessoas assistiram, para ver estas mulheres em cena. Autoridades políticas e eclesiásticas, familiares, padrinhos, amigos. Gente de dentro e de fora da Casa. Facto que ecoou no grupo sentimentos de possibilidade de ocupação de um outro espaço na sociedade, humanamente mais digno de si. Uma imensa celebração. A celebração de um romper de correntes que desconhecem as capacidades guardadas em olhares tristonhos e apáticos, mas capacidades que, mesmo adormecidas, ainda vivem e agonizam por respirar, por pulsar, por mostrar-se enquanto tal. Capacidades já agora despertas, deixando pegadas no caminho à liberdade.

Foram vividos momentos em que a euforia foi rainha e ordenou nobres atitudes. E fez da condição de pessoas que vivem com doença mental somente o fundo da imagem, porque o que figurava era a condição de gente, de pessoas talentosas, criativas e destemidas. Foi este o papel que assumiram ao subir ao palco. Houve quem relatasse que aquele dia foi a primeira vez em que recebeu um abraço de sua mãe, seguido de um elogio pelo seu desempenho.

Entendemos que é altamente transformadora a utilização do corpo, do olhar, dos gestos, da palavra, de figura em figura, representando cenas reais e imaginárias sem truques, mas com a mais honesta entrega, sobretudo quando o

texto carrega experiências humanas, como este. A importância de se representar personagens reais como o Padre Bento, a Maria Josefa e a Maria Angústias [fundadores da Congregação Hospitaleira] foi de uma grandeza desigual para o grupo. Realmente foi como ter-se estado presente naquela época da História da Congregação e com papéis bem diferentes dos desempenhados hoje. O grupo mostrou-se coeso e maduro para o trabalho, mesmo levando-se em conta o pouco tempo de ensaios. Mas a entrega verdadeira e o espírito de colectividade desenvolvidos nos encontros semanais foram os responsáveis pelo sucesso do espectáculo. De mãos dadas foram minguados os medos da exposição da imagem e oferecidas variações para as atitudes de erro em cena, levando em conta a força do sorriso enquanto impulso desinibidor, favorecendo assim futuras apresentações nas festas da Congregação e da Casa de Saúde.

E o Atelier de Expressão Dramática ofereceu este espaço destemido de fronteiras, disposto a ultrapassá-las e levar consigo quem nele mergulhou, quem a ele entregou-se para transpor os próprios limites, na luta pelo encontro com a própria história, com a própria verdade, com os próprios papéis. E foi no palco que o grupo mostrou-se capaz de desafiar a si e ao público, numa espécie de provocação sadia aos limites da doença mental, aos estereótipos de incapacidades que lhes são consagrados em lacre.

Desconhecemos outro grupo de teatro em Casas de Saúde em Portugal, composto unicamente por pessoas em tratamento. E esta será a via da realização de muitos desejos jogados como moedas de ouro ao poço... Porque não queremos isolar esta instituição da sociedade, pelo contrário, queremos trazer a comunidade a conhecer e cooperar activamente com os nossos serviços, porque é para esta sociedade que queremos que estas pessoas sintam-se seguras e partam. E por ela sejam recebidas. E é em momentos como este, onde a sociedade assiste de perto o desdobramento de possibilidades que a doença mental não foi capaz de anular e aplaude-as, que fica claro que em muitos casos, a cronicidade da doença e a apatia da pessoa que vive doente podem ser artificialmente criadas e alimentadas pelo isolamento e pela institucionalização. Fica claro que estávamos diante de uma situação real de reinserção social, onde

peças excluídas e seus excludentes partilhavam o mesmo ambiente e, ao aplaudi-las, põem em contradição as suas próprias atitudes de exclusão. Pois o fechar das cortinas não precisa ser unicamente análogo à solidão detrás do palco, mas pode ser o princípio de uma nova acção, com outro figurino e outra maquilhagem, com outra máscara e outros papéis. Talvez com papéis menos adoeceadores...

E se a essência do Teatro é o encontro entre actor-plateia-história, participar deste grupo na Casa de Saúde, foi uma oportunidade para as pessoas em tratamento, sobretudo de encontro consigo, de sair do papel de plateia e passar para protagonista da própria vida, detendo a posse do fio que tece as linhas da própria história, ao dilatar limites dos próprios papéis.

3.7. O papel da família nas linhas deste cenário

*“- Não entendo nada, falar consigo é o mesmo que ter caído num labirinto sem portas, Ora aí está uma excelente definição da vida. Você não é a vida.
- Sou muito menos complicada que ela.”*

José Saramago, 2005

Não raro também encontramos pessoas que referem «viver bem» estando separada da sua família, mantendo encontros pontuais ou, às vezes, nem isto. Não raro está na família a fonte da doença, a raiz da moléstia de um (con)viver patológico, onde o adoecer de um dos membros traz para a família a – utópica – sensação de salubridade dos demais. E o sentimento de abandono destas pessoas em quando estão nas suas casas corrói mais a pele, parece mais ácido do que quando estão «esquecidas» na Casa de Saúde, o que torna, para muitas, este lugar preferido. Uma das funções essenciais que a família desempenha, «*a da construção da identidade e do sentido para a existência*» (M.E. Leandro, 2001:89) dos indivíduos, passa a ser da competência das instituições.

Ter contacto com a família já não é mais percebido como fazer parte do seio familiar. E perceber outras pessoas também ‘abandonadas’ por seus entes acaba por, de certa forma, minimizar um sofrimento colectivo que percorre um

montanhoso caminho entre curvas e picos, variando entre momentos de saudade aguda e desprezo crónico, onde as pessoas experimentam ou revivem a miséria do esquecimento e, como defesa pessoal, desenvolvem um forte apego à Casa de Saúde, às suas actividades, aos funcionários, às demais pessoas em tratamento. E o não receber este amor não as impede amar ao próximo. E os laços atados entre as pessoas que partilham as Unidades ou o quarto ou a mesa das refeições ou actividades de trabalho ou lazer ou mesmo o ócio a acompanhar o voo dos colibris, acabam por tornar-se forte razão de se viver. Parcerias inseparáveis, alimentadas de cumplicidade, de bem-querer ou mesmo apenas do silêncio da companhia, trazem consigo a imagem da certeza de não se estar só.

Não é difícil atinar para o que dizia Goffman (2005) ao lembrar-nos que tanto a loucura quanto o comportamento doentio atribuídos às pessoas com doenças mentais são, constantemente, derivados da distância social entre aqueles que lhes atribuem isto e a situação em que esta pessoa está assentada, não resumindo-se fundamentalmente a um produto da doença mental.

E, de maneira a ilustrar esta premissa, trago o comentário de uma das pessoas da Clínica (Grupo II), após ouvir uma história: *«A minha mãe deveria estar aqui para ouvir esta história. Foi ela quem não me deu o carinho e o afecto que eu precisava na infância e agora adoeço por causa dela. Eu sou carente, eu sei que sou carente, mas sou porque não tive carinho de mãe (choros). E quero ser para a minha filha uma mãe muito diferente. E é isto que me dá forças para querer melhorar logo e voltar para casa. A depressão não vai me vencer. O carinho que preciso dar à minha filha é muito mais forte»* (Márcia, 29 anos)⁴⁷.

E ainda um outro exemplo nada exemplar, no dia em que na CSBJ, estive a mãe de uma das participantes do Grupo de Histórias e Expressão Dramática e, ao apresentar-me a ela como Contadora de Histórias e sua professora de Teatro, elogiei o desempenho da filha no palco. E, enquanto brilhavam os olhos da filha, a mãe tratou de ofuscá-los a dizer: *«É, ela não quer nada com a vida, só gosta de brincadeiras. Mas se tiver que trabalhar, já reclama que não pode. Teatro é com*

⁴⁷ Nota de diário de campo. Nome trocado para preservação da privacidade.

*ela mesma, trabalho é que não!*⁴⁸» E é assim que sonhos são podados, independentemente de aproximar-se a primavera ou não. E as famílias, frutos primários do adoecer mental, muitas vezes esquivam-se do apoio, da vibração, da valorização daquela pessoa enquanto produtora de atitudes de mudança e aproxima-se para cobrar-lhe posturas quando o seu movimento de afastamento pode ter sido a seiva que nutriu uma doença que apenas cavava um espaço para brotar.

A doença mental é fruto de um movimento para fora do familiarismo em direcção à autonomia. É este o verdadeiro perigo da sua verdade e a causa da estúpida repressão a que está subordinada. A sociedade deveria ser como uma imensa família feliz, com hordas de doces crianças. É preciso adoecer para não se querer um estado de coisas tão apetecível. É-se punido pela doença (Cooper, 1978).

Cada vez mais esquece-se a família da sua importância - e da importância da escola na infância - enquanto formadores de laços sociais entre as pessoas desde a primeira idade, principalmente quando a criança recebe pouco - ou nenhum - estímulo da família para responder às actividades ligadas à aprendizagem, crianças carentes de normas e valores sociais em suas casas, em sua comunidade. Facilmente estas crianças irão deparar-se com sentimentos hostis por parte dos companheiros de escola, por parte da vizinhança. Desta maneira, podem desenvolver estratégias agressivas de respostas, sobretudo alimentadas pela sensação de fracasso, dados os baixos resultados escolares. E a mesma família que, outrora, alimentava a criança com 'doses homeopáticas' de afecto, a mesma família que ofertava-lhe atitudes de violência, começa a ver nesta pessoa os contornos de dificuldades, porque contempla agora alguém sem objectivos, sem gana de viver a vida. E, principalmente, esquece-se esta família do princípio básico de que não é possível dar o que não se tem, portanto não se é possível amar sem ter-se recebido amor.

Esquece-se a família que a pessoa que vive com doença mental é o «*depositorium*» das frustrações, dos desacertos familiares. Desconhece a família -

⁴⁸ Nota de Diário de Campo.

e que quero crer que seja realmente assim – a perplexidade somada ao medo que uma pessoa se depara ao passar por processos esquizofrénicos. A tentativa de enfrentar o que passou a ser, somada à perda do que já foi, isto é, «*a incapacidade de se ser humano – uma impossibilidade de ser qualquer coisa que a pessoa possa respeitar como sendo valiosa*» (Goffman, 2005:113), a perda da referência daquela imagem anterior ao adoecer como sendo sua.

Mas do outro lado das montanhas também nasce o sol, também planam os colibris e também percebem-se algumas famílias num movimento de cuidado, de afecto, de proximidade construtiva. Em menor número do que deveria ser, é bem verdade, mas em número suficiente para não deixar morrer a esperança. Há famílias que são sim incentivadoras, que reconhecem não só os limites, mas as possibilidades humanas das pessoas em tratamento à doença mental, sua sensibilidade, sua criatividade. E as pessoas percebem este movimento e cuidam para que os seus gestos enobreçam suas famílias, alimentem o orgulho que têm de si, como nos conta a Anabela (39 anos)⁴⁹: «*Eu fico feliz com estas actividades e os meus familiares também. Meus pais perceberam os meus talentos para o teatro e dão-me muita força para continuar em frente com isto. Eu não herdei o meu talento, é meu mesmo, de mim própria e eles sabem. Eles reconhecem que é meu e incentivam para eu me aprofundar nesta arte. Eles sabem que eu tenho muitas ideias interessantes para o teatro, eu estou sempre a inventar alguma coisinha e eles divertem-se muito comigo. Os meus pais têm muito orgulho do que eu faço e sempre penso neles quando tenho ideias. Eles adoram assistir às peças, ficam sempre muito contentes e orgulhosos*».

É sabido que o número de pessoas acometidas de doenças mentais, sobretudo a depressão e as que estão ligadas ao consumo abusivo de álcool e drogas é cada vez mais largo. Aproxima-se a cada dia do círculo de relações e o que anteriormente era apenas notícia de jornal, hoje já começa a ser comunicação de família. E negar o facto de que estas doenças alargam-se e aproximam-se não traz consigo nenhuma utilidade. Fica cada vez mais claro que nós, enquanto humanidade, fazemos parte de uma mesma teia social, na

⁴⁹ Anotação de diário de campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade. Cognome escolhido por ela.

medida em que influenciemos e somos influenciados por toda a trama social que a amarra.

Neste sentido, buscar alternativas para a recuperação destas pessoas, de maneira que a sua reintegração social possa acontecer de forma salutar e coerente a partir da reintegração à família, de modo que a exclusão passe a tornar-se atitude arcaica parece ser, se não a única, mas uma vereda que necessita da mobilização de todos nós enquanto humanos a lidar com humanos.

AS HISTÓRIAS LITERÁRIAS, MOVENDO PAPÉIS NA HISTÓRIA HUMANA - a esquina de um recomeço, o começo de uma conclusão...

*«Um homem dos vinhedos falou, em agonia, junto ao ouvido de Marcela. Antes de morrer, revelou a ela o segredo:
- A uva - sussurrou - é feita de vinho.
Marcela Pérez-Silva me contou isso, e eu pensei: Se a uva é feita de vinho, talvez a gente seja as palavras que contam o que a gente é.»*

Eduardo Galeano

É inútil determinar se estas pessoas são felizes ou infelizes com a vida que levam na Casa de Saúde. Não faz sentido separar estas duas categorias, mas talvez pudéssemos ousar dividi-las entre aquelas que ao longo dos tempos permanecem a caminhar rumo a dar forma aos seus desejos e aquelas outras através das quais os desejos conseguem torná-las estáticas ou por elas são anulados.

Percebi que estava diante de pessoas feitas de exceções, de contradições, de incongruências. E esta era a maior riqueza de todas: a raridade. Estava diante do improvável, do impreciso, da novidade constante, por mais estranho que isto pareça dentro de uma vida rotineira - e isto me encantava. Estava diante de muita verdade, de uma verdade sem combinações, porque cada encontro era realmente um novo encontro, com as suas surpresas, com os seus (des)encantos, com as suas especiarias. Sentia que a cada encontro, os limites entre nós iam dilatando-se e, mais ainda, os limites delas para com elas mesmas, também.

«Aqui nós convivemos com as colegas e é sempre muito bom descobrir as qualidades delas e vê-las a perceberem as nossas. Eu tenho aprendido muito aqui e

descobri também que há gente que é calada, mas é muito simpática e muito inteligente» (Jane, 41)⁵⁰

E falar de si e perceber a sua história humana ouvida com respeito foi oferecendo àquelas pessoas uma maior confiança para abrir baús escondidos nos confins do seu mundo interior e ganhar mais posse de si. Atitudes eram partilhadas, discutidas, reflectidas. E até das pessoas inicialmente mais caladas surgiam relatos raros, magníficos até. Surgia o desejo de descobrir-se aos próprios olhos. De perceber-se além do que percebiam de si as pessoas outras.

Gente que, a partir do que se tornou, a partir da nova auto imagem que passou a perceber, pôde recordar com saudades aquilo que foi – mas que não precisava sê-lo para sempre e sabendo ser inútil querer perceber se o que é agora é melhor do que o que era. Porque é necessário apenas sentir-se bem e este sentimento já traz as respostas. E as pessoas percebem que é inútil imaginar as formas que teriam podido tomar se por alguma razão não fossem o que são actualmente. Se por alguma razão não tivessem investido na louca ousadia de reinventar o quotidiano e povoar a vida de histórias:

«Aqui eu ganho muita cultura com as histórias, aprendo de outros povos e outras vidas de outras pessoas. Eu também percebo que mesmo distantes, as pessoas também sofrem igualzinho a nós, de decepções e tristezas e elas também reagem e vencem, então vejo que podemos vencer também. Além de que aliviamos o stress e aperfeiçoamos nossas mentes. Mas o mais importante é que nos conhecemos mais, as histórias ajudam a nos conhecermos mais a saber de nós próprias. Enquanto ficamos com aquela história na cabeça, vamos nos perguntando a nós sobre nossa vida e amadurecemos e até passamos a sofrer menos quando vemos que alguém da família afastou-se ou não gosta mais de nós» (Lara-Linda, 41).⁵¹

Esta é uma investigação brindada com um misto de excesso de entusiasmo deparado com a escassez de trabalhos desta natureza realizados e publicados enquanto experiência, sobretudo, a abarcar a utilização da arte no tratamento da doença mental em Portugal.

⁵⁰ Anotação do diário de campo. Nome trocado para a manutenção da privacidade, cognome escolhido por ela.

⁵¹ Idem.

Mas como onde há sombra tem luz, para além desta dificuldade, faz-se necessário nomear facilidades, onde a grande aceitação e disponibilidade, à princípio da Casa de Saúde e, posteriormente, de cada uma das pessoas participantes deste trabalho foram peças chave para o bom andamento da pesquisa.

E inúmeras foram as vezes em que, findo o encontro com o grupo, eu vagava pelos imensos jardins coloridos da Casa de Saúde a pensar no que ouvi e no que piscava dentro de mim enquanto Contadora que também ouvia muitas e muitas histórias... E inquietava-me a querer saber o que é que traz esta gente à ouvir histórias? O que é que eu, enquanto Contadora, posso fazer para diminuir as suas angústias e melhorar a satisfação em viver? Do que é que esta gente realmente necessita e anda buscando e/ou encontrando nas histórias?

E as respostas não tardaram a apresentar-se. As pessoas encontravam espaço. Sim, espaço para as suas histórias. Um espaço sem questionamentos nem truques, nem padrões, nem sanções, nem expectativas. Um espaço límpido como água de nascente. Um espaço pronto para ser de cada uma delas, renovado a cada dia. E era este o grande fascínio: perceber, através das histórias no papel, papéis que favoreceriam espaço de aceitação para si, na história de outras pessoas. Papéis que afastam e papéis que aglutinam. Papéis possíveis e papéis interditos. Papéis engrandecedores e papéis vergonhosos. Papéis. E esta multiplicidade de possibilidades fascinava a todo o grupo, a cada uma delas.

Vir a desempenhar o papel de madrastra de um conto de fada, por exemplo, com a sua sagacidade e peçonha e, passados minutos, representar a mocinha, pequenina e frágil da mesma história convidou à percepção plural de papéis e das inúmeras possibilidades que eles ofertam em sua sorte e do quanto das características de um e de outro fazemos uso ao longo da nossa história.

«São importantes as histórias para uma pessoa ouvir e vir a pensar sobre o que está a fazer da sua vida» (Verónica, 29).

Ficou claro que estar doente não é postar-se em uma redoma nomeada com o designo da doença e ali permanecer até o ponto final da história. Mas perceber que 'doente' é apenas um dos inúmeros papéis que desempenham e

não deve, em momento algum, furtar atenção que dedicaria a outros tantos possíveis e igualmente importante papéis.

Foi possível perceber que as pessoas que vivem em tratamento de doença mental tem desejos muito simples – e ao mesmo tempo, complicados, diante da sua condição vulnerável. As pessoas querem ter uma família comum, que telefone ao menos de vez em quando para saber de si. Querem ensinar crianças a escreverem seus próprios nomes. Querem escrever livros a contar as suas próprias histórias. Querem ir à casa e receber uma visita sem piedade pelo infortúnio. Querem estar com suas famílias, estudar outra língua. Não querem é ser apontadas como malucas nas ruas, nem como coitadas. Querem os seus valores respeitados e suas convicções e sua religião e os seus saberes.

E como explicar que a contação de histórias, uma actividade tão primitiva e tão abandonada pela idade adulta, tenha fascinado tanto estas pessoas em seus tratamentos, favorecendo-lhes o reencontro com papéis que andam a desempenhar e/ou abandonar em suas vidas?

Simplesmente porque a contação de histórias está de acordo com um conjunto de outros costumes também abandonados pela idade adulta, pelo internamento, pela exclusão social, pela doença. Porque a contação de histórias é capaz sim de assegurar um funcionamento coerente das pessoas, mesmo em tratamento psiquiátrico, porque as histórias entendem que existe uma coerência singular, inventada para cada uma delas, contornando os seus limites e as suas possibilidades. Porque as histórias falam e abrem espaço à escuta da história do outro e é neste espaço que se conseguem ver espelhados os papéis que andam a desempenhar em suas próprias histórias.

«Este momento [da escuta e partilha da história] é importante para nos descontrairmos, para não pensarmos somente na doença. Aliviamos o stress. Vamos aperfeiçoando nossas mentes e nossa cultura e as histórias ajudam nisso. O teatro é leve, é divertido, faz-nos vibrar. Eu gosto muito (Lara-Linda, 41 anos).

«O teatro é um meio da gente personalizar histórias, distrair a mente e até chegar a esquecer de estar doente, porque é como a Francisca diz, para o teatro, nós somos importantes como atrizes e não como doentes. O teatro nos obriga a sairmos um

pouco do nosso ego e incorporarmos personagens e isso é muito importante, porque nos sentimos vivas, sentimos que continuamos a existir. O teatro dá-nos força. Partilhamos força, amor e incentivo.

Também não podemos esquecer da Oração linda que fazemos, pedindo coragem aos ventos, aos animais viventes e ao mar» (Emília, 34 anos)⁵² [Oração em anexo].

Desconhecemos outra iniciativa desta natureza em Portugal, associando o tratamento psiquiátrico à contação de histórias e à expressão dramática. Uma alternativa viável, de baixo custo e que pode contribuir decisivamente no processo de reabilitação das pessoas com doenças mentais neste país.

«Teatro é cultura! É importante para as pessoas não estagnarem e é necessário para que as pessoas possam ter um divertimento de vez em quando, tanto nos palcos quanto na plateia. Eu gosto mais de teatro dramático. As histórias são importantes porque nos ajudam a continuar a sonhar e hoje em dia já não consigo mais viver sem elas» (Jane, 41 anos)⁵³.

Percebemos que o Contador de Histórias pode sim ser um membro da equipa de saúde mental ao demonstrar uma atuação coerente com as suas competências. Este trabalho deve funcionar enquanto incentivo para a busca de condições que confirmem a necessidade deste profissional, a diferença que a sua actuação faz no tratamento psiquiátrico e a carência de cursos de especialização que abarquem esta área, uma especialização alimentada por teorias, histórias e técnica, mas também por segurança, sinceridade e ética.

Este sim, será o grande desafio... porque agora, finda a investigação para este trabalho, os Ateliers de Histórias e Expressão Dramática permanecem. Passaram a fazer parte das actividades do tratamento na Casa de Saúde do Bom Jesus, porque a sensibilidade dos seus dirigentes mostrou-lhes que não valia a pena interromper esta história.

Muito ainda há que se fazer quando pensamos em qualidade de vida durante o tratamento à doença mental. Fica aqui a certeza de que este é apenas um dos inúmeros caminhos possíveis, porém, temos em mente que o desdobramento desta actividade produziu ações de mudança em todas as

⁵² Idem.

⁵³ Idem.

pessoas implicadas nela, directa ou indirectamente, enquanto estímulos ao que há de saudável nas pessoas em tratamento e não no que há de considerado improdutivo e desqualificado, no que há de considerado doente.

Percebemos que o processo de saúde/doença permanece alimentado pelos âmbitos sociais e culturais, que abrangem significado, representação e actividades socialmente constituídas visando a promoção da saúde e uma resposta à doença, onde a conduta da pessoa em sofrimento mental está relacionada à maneira como os indicativos da doença são munidos de significado e socialmente recebidos com o lacre de negativos, aceitáveis ou não.

A busca por ajuda, por um tratamento, raramente parte da pessoa que está doente, que comumente não entende com clareza o que lhe está a acontecer – ainda que sinta que algo não vai bem. E este lacre que anuncia a doença traz consigo o peso da vergonha, do desconforto, do isolamento mesmo da família e dos amigos, o mesmo isolamento que faz minguar a sua rede social, o mesmo isolamento que alimenta a sua solidão.

E o rótulo da doença mental é o portal de acesso ao papel social de doente, de coitadinha, de incapaz, de infeliz. Um papel com o qual as instituições apegam-se para não prepararem-lhe um projecto pessoal de tratamento e não provocá-la a quebrar padrões, a sair desta posição passiva, a ousar criar novas práticas de ordenamento da subjectividade... sim, porque é mais simples acreditar que aquele diagnóstico realmente invalida aquela pessoa até a ordenar as mais simplórias actividades. É mais fácil a rotina, a ociosidade estéril.

Mas o que ficou muito claro é que a pessoa que vive com doença mental não está a sofrer durante todo o dia. Que também realiza-se, que também conquista, que também almeja. Mas que também sofre – e muito mais, quando passa a ser tratada com ares de dolência e piedade, à julgá-la morbidamente incapaz.

Ficou claro que as histórias criadas, comentadas, ouvidas por todas nós falavam muito mais das histórias de vida destas pessoas do que propriamente das suas doenças, ainda que as doenças funcionem enquanto agentes de

mudança de uma gama de sonhos planeados ao longo de tantas histórias. Ficou claro que as histórias funcionam sim – e muito – enquanto contributo para que as pessoas em tratamento à doença mental passem a conhecer melhor na tentativa de apropriarem-se dos papéis que andam a desempenhar em suas histórias humanas.

*«Há histórias que trazem mistério. Eu gosto do mistério das histórias. As nossas vidas também trazem mistérios. As histórias são as nossas vidas contadas aos poucos, de mistério em mistério» (Emília, 34).*⁵⁴

Aos positivistas de toda ordem ficará sempre vedada a compreensão das potencialidades do imaginário para a construção do indivíduo como para a construção da sociedade. De facto, o objectivismo reinante no domínio da ciência como no da medicina ficará insensível ao *«mundo ‘imaginal’, que é como uma matriz em que todos os elementos do dado mundano entram em interacção, ecoam em concerto ou correspondem de várias maneiras e numa constante irreversibilidade»* (Maffesoli, 1995:95).

A cada encontro era refeita a imagem de si. Eram suscitados tantos papéis. Era pensada – em conjunto – uma maneira de afligir-se menos ao desempenhar os papéis mais desgastantes. Eram criadas possibilidades. Buscou-se tomar uma consciência cada vez mais límpida de papéis automáticos para se desfazer dos que não fizessem sentido e assim, se pudesse dar lugar aos novos, ao expurgar de si um automatismo incoerente e recorrente. Buscou-se fazer as pessoas pensarem diante das suas atitudes, das suas palavras e assim encontrarem formas de impor-se até mesmo frente a si quando a melancolia, por exemplo, pedir passagem anunciando querer chegar para ficar.

E fizemos deste movimento um rito. Um rito que buscava informar-se acerca de si e, de posse destas informações, criar atitudes de transformação, porque uma vez que são descartadas atitudes adoecedoras, já não se quer mais voltar a passar por elas.

Desta maneira, ecoa cada vez mais que o *“Era uma vez....”* é o portal que *“abre-te Sésamo!”*, que abre este baú sagrado de dores e delícias, encantos e

⁵⁴ Idem.

desencantos que é o HUMANO. E é da minha alma que hoje rasga-se uma voz grave e doce, forte e leve, com sabor, com cheiro, com a ternura de um Contador que, pede coragem a todos os ventos, acorda contagiado de sentimentos, que planta e é semente de sonhos, que pulsa e afaga as palavras, o seu mais acolhedor instrumento de trabalho, anunciando esta grandiosa sensação de que as histórias literárias assumem o papel de portal de acesso à liberdade de encontro das pessoas consigo e com os papéis que desempenham na sua própria história, por serem elas capazes de conduzir histórias humanas a transcender os limites dos seus próprios papéis.

Pela sua natureza e por estarmos a tratar de pessoas e suas histórias humanas – constantemente mutáveis, o sentimento agora é de um devir absoluto. Como em uma esquina, onde paira a sensação de surpresa, de um caminho que não acaba onde a vista alcança. Um caminho que muito mais finca a bandeira no ponto de partida e muito menos no porto de chegada. Porque a chegada, neste caminho, dar-se-á em muitos portos. Intermináveis. Porque *«enquanto o homem for homem, haverá sempre lugar para o mágico na sua vida e na sua cultura»* (G. Freyre, 2000) e havendo lugar para o mágico, haverá lugar para o real, assim como para as histórias literárias nas páginas da história humana. Porque elas são indissociáveis. Assim como a luz e a sombra. E, entre caras e coroas, vamos construindo a ciência. Num traçado côncavo e convexo interminável. Esta foi uma etapa que um dia será ponto de partida para outras. Foi até aqui que nós chegamos e paramos porque era preciso parar em algum momento para findar esta investigação. Este capítulo de uma história maior. Mas entre auroras e entardeceres as histórias continuam a mover-se dentro e fora de outras tantas pessoas. Em outras tantas esquinas. Em outros tantos recomeços.

Ao final eu percebia que quando as conheci, aquelas pessoas eram umas e, passados quatro meses de convívio com as histórias, eram outras. Tão mais maduras. Tão mais conhecedoras de si. Talvez merecessem até ganhar nomes diferentes a partir de agora. Talvez todo este trajecto pudesse ser resumido na mudança destes nomes. Talvez mudar os nomes tenha sido objectivo de todo o

trajecto. Porque conhecer a história, ouvi-la contada por si, com as suas falhas e percepções propôs quase que a oferta de uma nova história. Pelo menos de uma história não diria desconhecida, mas certamente desapropriada pelas protagonistas. E poder voltar a protagonizar a própria história veio trazer um brilho de cauda de cometa à vida destas pessoas, por mais dolorosa que fosse a história alcançada. Porque conhecendo a própria história é possível se escolher mais adiante, se volta a entrar ou não por alguma porta do passado, pois já se sabe o que se guarda depois dela. E, se estas lembranças trazem conteúdos nocivos, é possível trancar a porta e decidir voltar ou não até lá. É possível até enfrentar o que se guarda. E aprender com aquilo. E resolver guardar de agora em diante só aquilo com que se aprende. E a história humana transforma-se num imenso canteiro de obras. Constantes. Intermináveis. E é esta a razão que move todo o projecto.

Sabíamos sim estar agora diante de pessoas inteiramente novas, mas que em suas dimensões conservavam linhas da história primeira, de quando o trabalho começou e de toda a movimentação de histórias que ele veio causar. E, no meio disto tudo, já desponta o florescer de histórias vindouras, de sementes que germinarão mais tarde e carregarão com elas adubo de histórias.

E perceberem as suas histórias humanas era como avistarem um oásis no deserto, um sentido de ser. Era perceber que a sua história não está cercada pela muralha da doença, mas que a doença é apenas uma muralha dentro da qual foram construídas uma infinidade de histórias. A ordem de importância inverte-se e a imensidão dilata-se.

Depois daqui é impossível imaginar a forma que assumirão as histórias destas pessoas. Mas são escassos os indícios de que esta busca de si tenha fim no ponto onde ficamos. Não, esta foi apenas mais uma estação de paragem de quem já não depende mais dos meios externos para sair do lugar, porque estas pessoas perceberam que agora elas próprias caminham, cavalgam, guiam, remam, voam. E serão elas mesmas a revelarem para si as novas formas e os novos nomes que irão conquistando ao longo do caminho. Elas e só elas saberão quando aproximarem-se do final de suas estradas. Saberão o que fazer quando

exaurirem suas variedades e possibilidades. Saberão ser quem são em cada uma destas paragens e até quem deverão ser para não se exporem nem sofrerem tanto.

E, tenha a explicação que tiver, estas mulheres pareciam felizes ao chegarem aos encontros com as suas histórias pessoais. Elas marcavam encontros consigo e compareciam. Muitas até chegavam cantando!

As despedidas dão-se entre silêncios e manifestações de euforias. Acreditamos no eco destas histórias e sabemos que ainda não é chegada a hora de acenarmos com lenços brancos de despedida. Apenas sabemos de onde partimos, mas aonde chegaremos com estas histórias humanas e literárias é um grande mistério. Mas dentro deste mistério, sabemos habitar um segredo: que nenhuma de nós é mais a mesma de quando esta história começou.

Que esta história nunca acabe...

Rumo à ponta do fio: mais algumas considerações...

*“O grilo procura
no escuro
o mais puro diamante perdido.
O grilo
com suas frágeis britadeiras de vidro
perfura
as implacáveis solidões noturnas.
E se o que tanto buscas só existe
em tua límpida loucura
-- que importa? --
Isso,
exatamente isso
é o teu diamante mais puro.”*
Mário Quintana

No momento em que amarramos os fios que teceram esta dissertação, são precisas e preciosas algumas considerações acerca do que aqui fora dito.

Na verdade, não tenho a pretensão de aqui acrescentar nada mais de significativo ao que já foi dito, mas servir o leitor de algumas ideias pessoais neste banquete de papéis e histórias que tem entre as mãos e os olhos, de maneira a estimulá-lo a cintilar o olhar às suas histórias, aos seus papéis e reflectir sobre o alcance em constante desdobramento que pode ter um novo

olhar sobre os mesmos papéis e as mesmas histórias – suas e de outros personagens.

Este é um momento mesmo delicado. As derradeiras páginas, ainda que não tragam o cercado da finitude, fincam um marco: o casamento entre as ideias que traçamos e a trança de histórias, papéis e personagens que conseguimos construir no movimento que foi seiva a nutrir esta dissertação.

Entre histórias contadas e ouvidas, foram partilhadas histórias de vidas. Em busca do reconhecimento de papéis, foram relatadas atitudes cruéis. Gente que maltrata gente por não saber agir diferente. Gente que quer amar, mas não traz na história um parágrafo sequer onde o afecto tenha lhe ido visitar.

Mas gente que percebe que o espelho não é o único a reflectir a sua imagem verdadeira. Suas atitudes o são. E que fingir um papel para si mesmo é tão fácil quanto reconhecer o fingimento. E o fingimento envergonha, porque não há onde esconder-se. Porque a cara e a máscara, no silêncio do voo de uma borboleta azul, guardam um único olhar.

Resta agora saber se a criatividade aflorada descobrirá novas cores e movimentos para alimentar uma ‘liberdade’ conquistada dentro das margens do papel...

Creio que desconstruir as amarras do olhar unicamente frontal e empobrecido sobre as possibilidades que permeiam o universo das pessoas com doença mental, pode se constituir um risco. Um enorme risco de enriquecer a nossa História. De tornar mais humanizadas as atitudes humanas. De partilhar o cumprimento salutar dos nossos papéis. Um risco que, acreditem, vale a pena correr.

E se tem razão o Mário Pedrosa, Crítico de Arte do Museu das Imagens do Inconsciente, no Hospital Psiquiátrico Pedro II/Casa das Palmeiras, no Rio de Janeiro, *«curado é aquele que encontra o seu destino»*.

Que assim seja...

BIBLIOGRAFIA

- ACHTERBERG, Jeanne (1996) *A imaginação na cura - Xamanismo e Medicina Moderna*, São Paulo, Summus.
- Agência Lusa/a, Portal SOL, in http://sol.sapo.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=4331 em 10/10/2006.
- Agência Lusa/b, <http://www.rtp.pt/index.php?article=256745&visual=16> em 10/10/2006.
- ALMADA, David Hopffer (1988) *Canto a Cabo Verde*, Praia, Instituto Caboverdiano do Livro.
- AMARANTE, Paulo [org.] (1995) *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro, Panorama/ENESP
- AMARANTE, Paulo (1999) Manicómio e Loucura no final do século e do milénio. In Fernandes Mi [org.] *Fim de século: ainda manicómios?* IPUSP, São Paulo, pp. 491-498.
- BACHELARD, Gaston (2001) *A Poética do Devaneio*, São Paulo, Martins Fontes.
- BARROS, Manoel de (1997) *O livro sobre o nada*, Rio de Janeiro, Record.
- BARROS, Manoel de (1998) *O Guardador de Águas*, Rio de Janeiro, Record.
- BASTIDE, Roger (1977) *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.
- BASTOS, Cláudio Lyra (1997) *Manual de Exame Psíquico*, Rio de Janeiro, Revinter.
- BETTELHEIM, Bruno (1980) *A Psicanálise dos Contos de Fada*, Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- BOFF, Leonardo (1999) *Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra*, Petrópolis, Vozes.
- BROWN, Daniel (2000) *Arte Terapia: fundamentos*, São Paulo, Vitória Régia.
- CAEIRO, Alberto (1992) O Guardador de Rebanhos, In. PESSOA, Fernando, *Obra Poética*, Rio de Janeiro, Nova Aguilar.
- CALVINO, Ítalo (1990) *As Cidades Invisíveis* [Le città invisibili, 1972]. Tradução: Diogo Minardi, São Paulo, Companhia das Letras.

- CANGUILHEM, Georges (1999) *Le normal et le pathologique*, Paris, Quadrige/PUF.
- CARROLL, Lewis (2000), *Alice no País das Maravilhas*, Linda-a-Velha, Abril.
- CERTEAU, Michel de (1994) *A invenção do cotidiano: Artes de fazer*, Petrópolis, Vozes.
- CNSM (2002), *Propostas e Recomendações - Conselho Nacional de Saúde Mental*, Lisboa.
- COLASSANTI, Marina (2000), *Doze Reis e a Moça no Labirinto do Vento*, Rio de Janeiro, Global
- COOPER, David (1978) *A Linguagem da Loucura*, Portugal, Presença.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002) Portugal - Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde – *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação: relatório do director-Geral e Alto-Comissário da Saúde* – Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004) Portugal - Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde - 2004-2010 - Saúde Mental e doenças Psiquiátricas*, Lisboa.
- DURAND, Gilbert (2000) *A imaginação simbólica*, Lisboa, Edições 70.
- DURKHEIM, Émile (1973) *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris PUF.
- DURKHEIM, Émile (1978) “Quelques remarques sur les groupements professionnels » (Preface de la seconde édition), in *De la division du travail social*, Paris, PUF, pp.I-XXXVI.
- DURKHEIM, Émile (2005) *O Suicídio*, São Paulo, Martin Claret.
- ERASMO (de Rotterdam) (2003) *Elogio da Loucura*, Porto Alegre, L&PM.
- FOUCAULT, Michel (2005) *A história da loucura*, São Paulo, Perspectiva.
- FREYRE, Gilberto (2000) *Sobrados e Mucambos* (Prefácio), São Paulo, Record.
- FREYRE, Gilberto (2004) *Sociologia da Medicina*, Brasília, Editora da Universidade de Brasília
- FREYRE, Kika [Org.] (2006) *A Lenda das Sementes e outras histórias bonitas*, Recife, LivroRápido.

- FREYRE, Kika, [Org.] (2001) *A fantástica história dos contadores de histórias no reino do tudo é possível: histórias para acordar os homens*, Recife, EDUPE.
- GALEANO, Eduardo (2003) *O Livro dos Abraços*, Porto Alegre, L&PM.
- GOETHE, Johann Wolfgang Von (2002) *Fausto*, São Paulo, Martin Claret.
- GOFFMAN, Ervin (2005) *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo, Perspectiva.
- GOFFMAN, Erving (1988) *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro, Guanabara.
- HUGO, Victor (2003) *Os Trabalhadores do Mar*, São Paulo, Nova Cultural.
- JESUS, Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de (2006) *Identidade e Missão*.
- JUNG, Carl Gustav (2000) *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Rio de Janeiro, Vozes.
- JUNG, Carl Gustav (1999) *Psicogênese das doenças mentais*, Rio de Janeiro, Vozes.
- LEANDRO, Maria Engrácia (2001) *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*, Lisboa, Universidade Aberta.
- LEMOS, Ana Carol (2005) *O Avental encantada e o fio do segredo*, Recife, LivroRápido
- MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria (1982) *O alienista*, São Paulo, Ática
- MAFFESSOLI, Michel (1995) *A Contemplação do Mundo*, Porto Alegre, Artes e Ofícios Editora.
- MAQUIAVEL, Nicolau (2004) *O Príncipe*, São Paulo, Martins Fontes
- MEIRELES, Maria Teresa (2005) *A partilha da palavra nos Contos Tradicionais*, Lisboa, Apenas Livros.
- MENESES, Pedro (2004) *A Casa de Saúde do Bom Jesus*, documento informativo da Casa de Saúde do Bom Jesus, Braga.
- MERLEAU-PONTY, Maurice (1984) *O visível e o invisível*, São Paulo, Perspectiva.
- MILLS, C. Wright (1982) *A Imaginação Sociológica*, Rio de Janeiro, Zahar.
- OEDT (2002) - *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*, Lisboa, Observatório Europeu da Droga e Toxicodpendência.

- OMS (2001) *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança*, Genève.
- PALENCIA, Província Canónica de (2005) *Cultura Hospitalaria – Código de identidade de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesus*.
- PARSONS, Talcott (1951) *The Social Systems*, New York, The Free Press.
- PARSONS, Talcott (1974) *O sistema das sociedades modernas*, São Paulo, Pioneira.
- PAÚL, Constança & FONSECA, António M. (2001) *Psicossociologia da Saúde*, Lisboa, Climepsi.
- PESSOA, Fernando (2002) *Poesias*, Porto Alegre, L&MPocket.
- PESSOTTI, Isaías (1996) *O Século dos Manicómios*, Rio de Janeiro, Editora 34.
- PORTUGAL - INSA (2001) *Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999*, Lisboa, INSA.
- SPTT (2001) *Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência*, Ministério da Saúde, Lisboa.
- RABOT, Jean Martin (2004) *Polythéisme des valeurs et postmodernité*, Tese de Doutoramento, Braga, Universidade do Minho.
- RIBEIRO, Jonas & FREYRE, Kika (2006) *Dando bom-dia pra cavalo*, Juiz de Fora, Franco.
- SARAMAGO, José (1995) *Ensaio sobre a Cegueira*, Lisboa, Editorial Caminho.
- SARAMAGO, José (2005) *As Intermitências da Morte*, Lisboa, Editorial Caminho.
- SAÚDE, Ministério da (2004) *Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas*, in *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, Lisboa.
- SILVEIRA, Nise da (1992) *O Mundo das Imagens*, São Paulo, Ática.
- SIMMEL, Georg (1979) «Digressions sur l'étranger», in GRAFMEYER, Yves; JOSEPH, Isaac, *L'Ecole de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Éditions du Champ Urbain, pp. 53-59.
- STROTZKA, Hans (1968) *Elementos de Psiquiatria Social*, Rio de Janeiro, Bloch.
- THOMAS, Louis-Vincent (1978) *Mort et pouvoir*, Paris, Payot.
- WEBER, Max (1965) *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon.

ANEXOS:

ANEXO 1: Relação das histórias contadas/bibliografia utilizada

HISTÓRIA	AUTOR	BIBLIOGRAFIA
A sacola de couro	Conto Popular Coreano	BONAVENTURE, Jette (1992) <i>O que conta o conto?</i> , São Paulo, Paulus.
A menina e o anjo	Fabiano Moraes	(história não publicada, cedida pelo autor)
João e Maria	Irmãos Grimm	Contos de Fadas - <i>Obras Completas</i> , Rio de Janeiro, Itatiaia, 2000.
O quadro de pano	Conto popular tibetano	BONAVENTURE, Jette (1992) <i>O que conta o conto?</i> , São Paulo, Paulus.
O avental encantado e o fio do segredo	Ana Carol Lemos	Recife, LivroRápido, 2005
A moça tecelã	Marina Colasanti	São Paulo, Global, 2003
A moura torta	Conto popular português	(memória)
A raposa e a Águia	Fedro	<i>Fábulas</i> , Lisboa, Inquérito, 1990
A raposa e as uvas	La Fontaine	(memória)
Ouvindo as conchas do mar	Luciano Pontes	Recife, Paulinas, 2003
Palavras Aladas	Marina Colassanti	<i>Os doze reis e a moça no labirinto dos ventos</i> , São Paulo, Global, 2003
No colo do verde vale	Marina Colassanti	<i>Os doze reis e a moça no labirinto dos ventos</i> , São Paulo, Global, 2003
Uma ponte entre dois rios	Marina Colassanti	<i>Os doze reis e a moça no labirinto dos ventos</i> , São Paulo, Global, 2003
Osíris, o ser bom	Mitologia Grega	<i>Os mais belos contos da Mitologia grega</i> , São Paulo, Martins Fontes, 2000
Zeus e os Gigantes	Mitologia Grega	<i>Os mais belos contos da Mitologia grega</i> , São Paulo, Martins Fontes, 2000
Dando bom-dia pra cavalo	Jonas Ribeiro & Kika Freyre	Belo Horizonte, Franco, 2005
A cabana das luzes	Conto popular do Afeganistão	(memória)
Negrinho do Pastoreio	Lenda brasileira	(memória)
As diferenças na unidade sagrada da vida	Lenda indígena brasileira	Rio de Janeiro, Salamandra, 2001
Um lugar no bosque	Jorge Bukay	Cascais, Pergaminho, 2005

ANEXO 2

História A moça tecelã, de Marina Colassanti.

Acordava ainda no escuro, como se ouvisse o sol chegando atrás das beiradas da noite. E logo sentava-se ao tear.

Linha clara, para começar o dia. Delicado traço cor da luz, que ela ia passando entre os fios estendidos, enquanto lá fora a claridade da manhã desenhava o horizonte.

Depois lãs mais vivas, quentes lãs iam tecendo hora a hora, em longo tapete que nunca acabava.

Se era forte demais o sol, e no jardim pendiam as pétalas, a moça colocava na lançadeira grossos fios cinzentos do algodão mais felpudo. Em breve, na penumbra trazida pelas nuvens, escolhia um fio de prata, que em pontos longos rebordava sobre o tecido. Leve, a chuva vinha cumprimentá-la à janela.

Mas se durante muitos dias o vento e o frio brigavam com as folhas e espantavam os pássaros, bastava a moça tecer com seus belos fios dourados, para que o sol voltasse a acalmar a natureza.

Assim, jogando a lançadeira de um lado para outro e batendo os grandes pentes do tear para frente e para trás, a moça passava os seus dias.

Nada lhe faltava. Na hora da fome tecia um lindo peixe, com cuidado de escamas. E eis que o peixe estava na mesa, pronto para ser comida. Se sede vinha, suave era a lã cor de leite que entremeava o tapete. E à noite, depois de lançar seu fio de escuridão, dormia tranquila.

Tecer era tudo o que fazia. Tecer era tudo o que queria fazer.

Mas tecendo e tecendo, ela própria trouxe o tempo em que se sentiu sozinha, e pela primeira vez pensou em como seria bom ter um marido ao lado.

Não esperou o dia seguinte. Com capricho de quem tenta uma coisa nunca conhecida, começou a entremear no tapete as lãs e as cores que lhe dariam companhia. E aos poucos seu desejo foi aparecendo, chapéu emplumado, rosto barbado, corpo aprumado, sapato engraxado. Estava justamente acabando de entremear o último fio dar o ponto dos sapatos, quando bateram à porta.

Nem precisou abrir. O moço meteu a mão na maçaneta, tirou o chapéu de pluma, e foi entrando em sua vida.

Aquela noite, deitada no ombro dele, a moça pensou nos lindos filhos que teceria para aumentar ainda mais a sua felicidade.

E feliz foi, durante algum tempo. Mas se o homem tinha pensado em filhos, logo os esqueceu. Porque tinha descoberto o poder do tear, em nada mais pensou a não ser nas coisas todas que ele poderia lhe dar.

— Uma casa melhor é necessária — disse para a mulher. E parecia justo, agora que eram dois. Exigiu que escolhesse as mais belas lãs cor de tijolo, fios verdes para os batentes, e pressa para a casa acontecer.

Mas pronta a casa, já não lhe pareceu suficiente.

— Para que ter casa, se podemos ter palácio? — Perguntou. Sem querer resposta imediatamente ordenou que fosse de pedra com arremates em prata.

Dias e dias, semanas e meses trabalhou a moça tecendo tetos e portas, e pátios e escadas, e salas e poços. A neve caía lá fora, e ela não tinha tempo para chamar o sol. A noite chegava, e ela não tinha tempo para arrematar o dia. Tecia e entristecia, enquanto sem parar batiam os pentes acompanhando o ritmo da lançadeira.

Afinal o palácio ficou pronto. E entre tantos cômodos, o marido escolheu para ela e seu tear o mais alto quarto da mais alta torre.

— É para que ninguém saiba do tapete — ele disse. E antes de trancar a porta à chave, advertiu: — Faltam as estrebarias. E não se esqueça dos cavalos!

Sem descanso tecia a mulher os caprichos do marido, enchendo o palácio de luxos, os cofres de moedas, as salas de criados. Tecer era tudo o que fazia. Tecer era tudo o que queria fazer.

E tecendo, ela própria trouxe o tempo em que sua tristeza lhe pareceu maior que o palácio com todos os seus tesouros. E pela primeira vez pensou em como seria bom estar sozinha de novo.

Só esperou anoitecer. Levantou-se enquanto o marido dormia sonhando com novas exigências. E descalça, para não fazer barulho, subiu a longa escada da torre, sentou-se ao tear.

Desta vez não precisou escolher linha nenhuma. Segurou a lançadeira ao contrário, e jogando-a veloz de um lado para o outro, começou a desfazer seu tecido. Desteceu os cavalos, as carruagens, as estrebarias, os jardins. Depois desteceu os criados e o palácio e todas as maravilhas que continha. E novamente se viu na sua casa pequena e sorriu para o jardim além da janela.

A noite acabava quando o marido estranhando a cama dura, acordou, e,

espantado, olhou em volta. Não teve tempo de se levantar. Ela já desfazia o desenho escuro dos sapatos, e ele viu seus pés desaparecendo, sumindo as pernas. Rápido, o nada subiu-lhe pelo corpo, tomou o peito aprumado, o emplumado chapéu.

Então, como se ouvisse a chegada do sol, a moça escolheu uma linha clara. E foi passando-a devagar entre os fios, delicado traço de luz, que a manhã repetiu na linha do horizonte.

ANEXO 3

Oração-Poema, de Roseana Murray

A todos os ventos eu peço coragem
A cada estrela e estrada
Ao mar que não morre nunca eu peço coragem.
E ao sol e à lua e a todo o firmamento
À cada pássaro, à cada pedra
À cada bicho da terra e do ar
Peço coragem a tudo o que vive agora
E ainda viverá
Coragem para cavalgar os dias
Navegar nas horas
E a cada minuto e segundo sonhar.