

A representação da doença mental no cinema

Um estudo de mídia, comunicação e saúde mental.

O caso do *Bicho de Sete Cabeças*

Maria Julieta de Oliveira Gadelha; Cláudio Cardoso de Paiva

Universidade Federal da Paraíba

Índice

1	Introdução	1
2	As instituições sociais e a evolução do pensamento	2
3	O cinema e a imagem social da loucura	2
4	A loucura no Cinema Nacional e na Teledramaturgia	3
5	A clínica e a crítica da cultura de massa	4
6	Um trabalho politécnico e interdisciplinar	5
7	Da clínica à escola: da Internação à Especialização	7
8	Bases Epistemológicas para um estudo da loucura	7
9	Conexões entre o trabalho teórico e o trabalho de campo	8
10	Elementos para uma análise do filme <i>Bicho de Sete Cabeças</i>	8
11	Agenda temática para uma discussão de <i>Bicho de Sete Cabeças</i>	9
12	A palavra dos especialistas	18
13	As falas e discursos dos alienados mentais	25
14	Para concluir	28
15	Referências Bibliográficas	29

1 Introdução

Apresentamos um estudo das representações da saúde mental, da loucura e suas projeções no contexto da cultura de massa, focalizando o cinema. Ou seja, examinamos como são construídas as noções de “normal” e “patológico”, de “doença” e “saúde mental” no contexto dos audiovisuais. O filme *Bicho de Sete Cabeças* representa uma obra prima do cinema nacional, mais conhecido após a sua exibição na televisão e pode ser analisado com rigor e sistematização após a sua reprodução em videocassete e DVD.

No que respeita ao eixo temático saúde mental e loucura, buscamos situá-lo no contexto objetivo da vida social e das instituições, e partimos do pressuposto que em nossa sociedade as a família, a escola, a igreja, o sindicato, as instituições tradicionais, estão em crise, passando por profundas transformações. Tais instituições não desapareceram e - evidentemente - ainda têm cumprido um papel importante no que concerne às formas de socialização dos indivíduos e grupos. Todavia, percebemos que - atualmente - os processos midiáticos (rádio, cinema, televisão) têm ocupado um papel relevante na formação do imaginário, das iden-

tidades e representações individuais e coletivas, papel este que - outrora - fora dominado pelas instituições tradicionais.

Na segunda metade do século XX, com a expansão da cultura de massa gerada pelos meios de comunicação, ocorreram modificações radicais nas maneiras dos indivíduos e grupos formarem uma consciência sobre si e sobre o mundo à sua volta, e aí podemos incluir as maneiras como são concebidas as noções de ordem e desordem, normalidade e anormalidade, saúde e doença mental.

2 As instituições sociais e a evolução do pensamento

Contemplando o tema das instituições, da saúde e da doença mental, compreendemos que o conjunto de transformações socioculturais, ocorridas na segunda metade do século XX, afetou o domínio dos saberes sobre os padrões de normalidade e das patologias mentais, e conseqüentemente, afetou também o exercício das práticas institucionais no campo da saúde mental.

Diversos estudiosos, pesquisadores e especialistas no domínio das doenças mentais contribuíram para uma atualização do olhar sobre a loucura e dentre estes, o filósofo e historiador Michel Foucault preocupado em contextualizar o surgimento dos saberes sobre a loucura, o nascimento da clínica, assim como as diversas modalidades terapêuticas ao longo da história, enquanto dispositivos reguladores do comportamento social. O trabalho de Foucault é importante nos estudos sobre os fenômenos psíquicos, principalmente porque, mesmo não sendo um profissional da área de saúde, estudou com rigor e sistematização os saberes sobre a doença

mental; isto aparece com clareza em seu célebre livro *História da Loucura*.

Focalizamos como a imagem da loucura é configurada no espaço dos audiovisuais e notamos que o cinema e a televisão têm concorrido para uma construção da imagem da loucura, junto à opinião pública. Nesta direção, encontramos algumas séries de filmes, que permanecem na memória de várias gerações como exemplos imaginados de doença mental. São retratos ficcionais e realistas, cinematográficos e televisuais que podem reforçar ou modificar os clichês, as idéias estereotipadas sobre a doença mental. Os audiovisuais são, sobretudo, janelas privilegiadas para um enfoque mais detido sobre a imagem social da loucura.

Partimos do pressuposto que os audiovisuais constroem clichês e estereótipos sobre o louco e a loucura, mas ao mesmo tempo podem se constituir enquanto vetores de informação sobre os transtornos psíquicos, levando a uma visão mais objetiva, racional e sensível sobre a doença mental; esta é uma hipótese que perseguimos ao longo da nossa investigação. No campo da experiência cinematográfica encontramos filmes que podem ilustrar a nossa argumentação. Não se trata de uma listagem exaustiva, apontamos aqui os títulos que se mostram relevantes para uma análise.

3 O cinema e a imagem social da loucura

O olhar insistente do cinema para os distúrbios psíquicos", explica Paolo Pancheri, professor de psiquiatria na Universidade La Sapienza, de Roma, "deve-se ao fato de que esses distúrbios têm re-

percussão profunda nas pessoas, assim como a violência”. Os distúrbios mentais mostrados na tela remetem àquele fundo patológico, de loucura ou de alteração, que está presente em todos nós. (Guerrerio, 2005).

No cinema de Hollywood, por exemplo, há obras em que os distúrbios psíquicos, os transtornos mentais e a loucura servem como fio condutor da narrativa. Nessa direção, encontramos obras expressivas, como *Psicose* (Hitchcock, 1960), *Um estranho no ninho* (Milos Forman, 1965), *O expresso da meia noite* (Alan Parker 1978), *O silêncio dos Inocentes* (Jonathan Demme, 1991). Entre tantos outros, são filmes que nos apresentam personagens psicóticos, estranhos, anormais. Portanto, levam o espectador a formar uma certa imagem do anormal, da doença mental e da loucura. Entretanto, observando-os de maneira mais detida entendemos que tais filmes tratam de modalidades de inconformismo, resistência e negação do suposto estilo de normalidade, proposto pelas regras sociais. Na perspectiva de um olhar clínico, acreditamos que estas obras podem instigar uma reflexão mais lúcida acerca das diversas patologias mentais.

4 A loucura no Cinema Nacional e na Teledramaturgia

No cinema nacional, por sua vez, temos alguns filmes que tratam do tema da loucura, e entendemos que, principalmente nos trabalhos da década de 60/70, há uma produção importante, competente na decifração dos distúrbios sociais desencadeando a loucura individual, durante a ditadura militar. Um exemplo nessa direção é o filme *Matou*

a família e foi ao cinema (Júlio Bressane, 1969¹), que mostra uma sociedade com valores em transformação, em que se percebem modificações no domínio da ética, da moral, do comportamento, da linguagem e também da maneira como é tratada a loucura. Com esta temática, registramos o filme *Azylo muito louco* (Nelson Pereira dos Santos, 1969/70), adaptação do romance *O alienista*, de Machado de Assis, que serve, sobretudo, como uma grande metáfora para a atmosfera caótica dos anos 70. A narrativa de *O alienista*, especificamente, é importante porque demonstra a fina ironia de Machado de Assis a respeito da maneira como a loucura é vista, no século XIX, pelas classes sociais e principalmente pelo olhar da medicina, marcada pelo espírito positivista regendo o conhecimento científico. Ou seja, mostra como a construção do saber sobre a loucura se instituiu a partir do discurso autoritário do médico, da classe dominante. Por este viés, podemos perceber igualmente como ocorre o nascimento da clínica, como se processam as internações, de maneira arbitrária e a partir de critérios pouco confiáveis. A crítica corrosiva de Machado de Assis além de ter sido atualizada no cinema por Nelson Pereira dos Santos, foi revisitada na teledramaturgia, na telenovela *Vila do Arco* (Sérgio Jockman, 1975), na extinta TV Tupi, uma sátira radical da instituição psiquiátrica; a obra foi igualmente retomada com maestria na adaptação da Rede Globo, por Jorge Furtado e Guel Arraes (1997), um programa inteligente em que se conjugam a história do conto de Machado e um documentário so-

¹ Existe uma versão mais recente de *Matou a família e foi ao cinema* (1991). Direção de Neville de Almeida, com Alexandre Frota e Cláudia Raia.

bre a loucura. Isto é, os audiovisuais, o cinema, a telenovela, a minissérie, etc vão sinalizando novas perspectivas, novos olhares sobre o problema da saúde mental, da loucura e das diversas possibilidades terapêuticas.

Numa perspectiva clínica, o filme nacional que talvez represente com mais propriedade o tema da loucura é *Bicho de Sete Cabeças* (Lais Bodanzky, 2000), em que um jovem (Rodrigo Santoro) é internado pela família, contra a sua vontade, no manicômio, algo que hoje é proibido pela Legislação Federal.

5 A clínica e a crítica da cultura de massa

Metodologicamente, selecionamos este filme como objeto de análise por diversos motivos: primeiramente, porque consiste numa obra que focaliza o universo de um indivíduo num contexto minado pelas instituições em crise (família, escola, sociedade) e que apresenta elementos importantes para uma discussão da clínica psiquiátrica; depois porque constitui um trabalho completo, que concede visibilidade ao problema da instituição manicomial, numa perspectiva crítica, que inclusive sendo exibido pela Rede Globo de Televisão atingiu uma massiva audiência; e finalmente, porque abriu caminhos para uma reflexão sobre a reforma psiquiátrica.

No plano da cultura contemporânea, como afirmamos acima, o cinema, a televisão, os audiovisuais, têm uma influência muito forte. E, no que diz respeito à loucura, pode propiciar reflexões e debates instigantes, levando inclusive a formas educativas sobre o

problema das doenças mentais, e pode igualmente sensibilizar a esfera pública para um problema que acomete indivíduos de diversos segmentos sociais; a mídia pode ainda criar expectativas favoráveis com relação aos tratamentos e à inserção social. Entretanto, essa mesma mídia (principalmente, a mídia eletrônica, a televisão) é movida pela aceleração, repetição, velocidade, e estando geralmente a serviço do mercado, não tem tempo para um olhar mais aprofundado, mais cuidadoso no que se refere às questões da saúde. Então, o problema que se coloca em nossa análise reside basicamente no fato de que os meios de comunicação podem - paradoxalmente - conduzir a um esclarecimento das massas, e ao mesmo tempo podem inibir a formação de uma consciência crítica das doenças mentais. Este é um paradoxo que atravessa toda produção televisiva comercial, todavia partimos do pressuposto que uma “comunicação educativa” pode ser realizada mediante a discussão crítica e sistemática do conteúdo dos produtos audiovisuais (nos filmes, nas telenovelas, nas minisséries, etc.). Ou seja, a TV e o cinema podem constituir vetores educativos desde que saibamos usá-los; além do mais, os vídeo-cassetes e os DVDs podem ser reutilizados em sua função educativa.

Este trabalho mostra-se pertinente em primeiro lugar porque focaliza a doença mental num contexto interdisciplinar, ou seja, discute as patologias de maneira aberta ao diálogo com diferentes olhares e saberes, como a filosofia, a sociologia, a psicologia, a medicina; em segundo lugar, é relevante porque situa o tema da doença mental no conjunto das representações que gozam de prestígio junto às massas, como as narrativas midiáticas, isto é, torna possível uma aproximação

do tratamento das doenças e as modalidades da consciência coletiva sobre as patologias mentais; finalmente, é importante porque se propõe enquanto uma prática científica, que busca repensar os conceitos e as próprias instituições psiquiátricas, além de discutir alternativas terapêuticas aos modelos dominantes. Logo, consiste num trabalho receptivo às diferentes modalidades do saber, incluindo uma diversidade de profissionais com formação politécnica e multidisciplinar advindos dos diferentes campos do conhecimento.

Colocamos em discussão o modo como a cultura midiática e a cibercultura (incluindo não só o cinema e a televisão, mas também a internet) tematiza um assunto como a doença mental, que geralmente se restringe ao fórum dos médicos, cientistas, pesquisadores e especialistas. E igualmente exploramos as imagens midiáticas (as ficções do cinema e da televisão) como pretexto para discutir a configuração das doenças mentais e sua representação junto ao repertório das culturas populares, considerando que os diferentes segmentos sociais formam as suas idéias sobre a normalidade e a patologia a partir das representações que se inscrevem no contexto das mídias. Examinamos como os discursos sobre a loucura distinguem-se nas representações ficcionais, negativamente enquanto clichês, estereótipos ou positivamente, como discursos que permitem um conhecimento sensível da realidade dos “loucos”. Por exemplo, numa minissérie da televisão como *O fim do mundo* (Dias Gomes, 1996), temos a representação dos loucos, do asilo e dos psiquiatras. De um lado, temos uma representação - de certo modo - “folclórica” do doente mental, e por outro lado, temos ali também a visibilidade dos “pacientes”, exibindo sintomas que permitem uma

compreensão por parte da opinião pública sobre o que significa verdadeiramente a patologia mental.

Há narrativas na televisão e no cinema que focalizam os transtornos mentais, como a obra *O Alienista* transposta para o cinema (Nelson Pereira dos Santos, 1969/70) e para a televisão (Guel Arraes, 1993). Cumpre focalizar como tais narrativas contribuem para um novo olhar sobre a loucura e o seu tratamento, através de outros caminhos que não sejam apenas o internamento nos grandes hospitais psiquiátricos. Em suma, julgamos necessário averiguar como as produções da cultura de massa, levam os profissionais a um esclarecimento da doença mental e dos conseqüentes procedimentos terapêuticos, através da utilização de métodos substitutivos. Ou seja, a televisão e o cinema não têm como função sinalizar direções quanto aos procedimentos mais adequados, no que concerne às práticas psicoterapêuticas, mas suas narrativas podem sensibilizar tanto a opinião pública quanto os trabalhadores na área de saúde mental sobre a inadequação de certas práticas terapêuticas como a “grande internação”.

6 Um trabalho politécnico e interdisciplinar

Considerando o caráter politécnico e multidisciplinar do Curso de Pós Graduação (lato sensu), na modalidade de Especialização em Saúde Mental, para consolidar as bases científicas da nossa argumentação, recorreremos a algumas noções e conceitos de pensadores, estudiosos e especialistas no campo da Saúde Mental, como Pinel, um pioneiro na prática libertária dos alienados.

“P. Pinel (1745-1826), além de analisar e classificar as doenças mentais, demonstrou que devemos respeitar o insano como indivíduo. Concebia a insanidade como distúrbio do auto-controle e da identidade, pelo que preferia denominá-la “alienação” (NUNES FILHO, 2005: 2-3).

Tomando como uma das suas bases epistemológicas o trabalho de Pinel, Foucault, reordena as concepções sobre a loucura e a saúde mental.

A loucura, portanto, é negatividade. Mas negatividade que se dá numa plenitude de fenômenos, segundo uma riqueza sabiamente disposta no jardim das espécies. No espaço limitado e definido por essa contradição, realiza-se o conhecimento discursivo da loucura. Por baixo das figuras ordenadas e calmas da análise médica opera um difícil relacionamento, no qual se constitui o devir histórico: relacionamento entre o desatino, como sentido último da loucura, e a racionalidade, como forma de sua verdade. Que a loucura, sempre situada nas regiões originárias do erro sempre em segundo plano em relação à razão, possa, no entanto, abrir-se inteiramente para esta e confiar-lhe a totalidade de seus segredos, tal é o problema que o conhecimento da loucura ao mesmo tempo manifesta e oculta (Foucault, 1978: 251).

Assim, as noções e conceitos como “alienação mental” (Pinel, 1801) e “o discurso do louco” (Foucault, 1961), têm sido eficazes para o aprimoramento de práticas terapêuticas comunitárias, de terapias substitutivas, promovendo a inserção social dos doentes mentais e a redefinição do seu lugar no exercício da cidadania.

Em Foucault, principalmente, encontramos o brilho de um pensamento que, nem egoísta, nem altruísta, busca somente e acima de tudo fazer proliferarem os discursos sobre a loucura e desta forma, do alto de sua sabedoria, legitimando as diversas falas e discursos sobre a loucura, instiga-nos a recolher distintos depoimentos sobre esta experiência radical e serve rigorosamente como referência para o nosso percurso metodológico e epistemológico.

“A sabedoria, como as outras matérias preciosas, deve ser arrancada das entranhas da terra”. Este saber, tão inacessível e temível, o louco o carrega inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível (Foucault, 1962).

Utilizamos também os trabalhos de autores como Paulo Amarante, entre outros, que tem contribuído para a atualização de métodos substitutivos voltados para um processo de socialização daqueles que sofrem de um transtorno mental. Amarante constitui uma referência obrigatória para o estudo do contexto das significativas transformações no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Sendo um dos principais profissionais do ensino de saúde mental no Brasil, Amarante se tornou mais conhecido principalmente após a organização das coletâneas intituladas *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, em dois volumes, publicados em 2003. Convém ainda registrar suas obras (e obras organizadas por ele) engajadas nos processos terapêuticos alternativos como *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (1994), *Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica* (1995), *O homem e a serpente: outras história para a loucura* (1996).

7 Da clínica à escola: da Internação à Especialização

Assimilando as informações obtidas ao longo do Curso de Especialização em Saúde Mental, construímos o nosso arsenal teórico-metodológico para otimizar as nossas competências no que concerne ao trabalho desenvolvido no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que procura colocar em prática os métodos terapêuticos alternativos à internação.

No século XX a filosofia mudou; saiu da sua torre de marfim e passou a fazer parte das estruturas da vida cotidiana. No campo da cultura, política, ética, estética, a loucura, a clínica, as prisões, a sexualidade, o sujeito.... quase tudo interessava a Michel Foucault, que procurou – sobretudo – fazer da filosofia uma experiência libertária. Com erudição e sagacidade, ironia e perspicácia, o pensador se empenhou em fazer vir à tona as verdades escondidas, dando voz aqueles que tradicionalmente foram relegados à lata de lixo da história.

Absorvendo as idéias de Foucault sobre a forma como os discursos sociais contribuem para a formação de um saber sobre a loucura, buscamos capturar os discursos e as representações da doença mental inseridos na narrativa ficcional *Bicho de Sete Cabeças*. Em seguida, contextualizamos os discursos dos personagens da obra supracitada, junto com os depoimentos dos especialistas, pesquisadores, profissionais de saúde com a finalidade de obter um conjunto de “formações discursivas”, que nos permitissem uma aproximação da consciência social sobre os problemas da saúde mental. Igualmente, incluímos os depoimentos de um grupo represen-

tativo de indivíduos que tenham sido acometidos de transtornos mentais.

8 Bases Epistemológicas para um estudo da loucura

Com base no pensamento do filósofo Foucault, buscamos sistematizar a nossa argumentação por meio de um caminho interpretativo que reúne a dimensão da semiologia (ciência dos signos) e da hermenêutica (ciência da interpretação). Logo, inspiramos nas idéias que constituem a “arqueologia do saber”, de Foucault, desde *A história da loucura* (1962) até *As palavras e as coisas* (1966). A arqueologia é pertinente como um método que escava, encontra e legitima os discursos sociais, enquanto instâncias que possibilitam a constituição de um conhecimento fidedigno da realidade. Assim, partimos de uma perspectiva que reconhece os campos da saúde, da clínica e da própria loucura, enquanto empiricidades (experiências) que constituem vetores privilegiados na produção do conhecimento sobre os problemas mentais.

Quanto à semiologia, antes de se configurar no campo das ciências da linguagem, a semiologia nasceu como um saber que se funda a partir de um olhar, de uma escuta e de um toque sobre os sintomas, ou seja, a sua origem está no domínio das ciências da saúde. E na atualidade, consiste numa modalidade de conhecimento que confere as bases para as ciências da linguagem, ciências sociais aplicadas e para todos os saberes, pois constitui uma estrutura privilegiada para um conhecimento dos homens e os seus símbolos, e a rigor, para um saber rigoroso sobre os seres humanos e suas relações com os do-

mínios da vida, do trabalho e da linguagem. Então, a semiologia nos serve como uma chave interpretativa para decifrar os problemas da saúde e da doença mental colocando em perspectiva o filme *Bicho de Sete Cabeças*.

Quanto à hermenêutica, uma acepção advinda de Hermes, o deus grego da decifração dos mistérios, é uma forma de conhecimento (e de sabedoria antiga) que define um modo de olhar, um modo de escuta, uma interpretação e uma compreensão rigorosa sobre os problemas da loucura e da saúde mental.

Metodologicamente realizamos algumas séries de entrevistas e recolhemos os depoimentos de especialistas, que nos autorizam a apresentar uma argumentação sólida sobre o problema da saúde mental e da loucura.

9 Conexões entre o trabalho teórico e o trabalho de campo

A partir de uma filosofia do conhecimento, com Bachelard, Foucault, entre outros, compreendemos que o conhecimento é sempre aproximado. Desde Platão sabemos que o sujeito do conhecimento não pode apreender a totalidade da essência do objeto a ser conhecido. E lá no século XX, Einstein promoveu uma revolução no campo do conhecimento científico com a teoria da relatividade e se considerarmos que as ciências exatas têm influência sobre as ciências humanas, compreendemos que também no domínio da antropologia (constituída pelos campos das ciências da vida, do trabalho, da linguagem) é preciso repensar as relações entre o sujeito e o objeto do conhecimento. Ou seja, o sujeito é sempre contaminado pelo objeto ao qual se dedica e ao mesmo tempo, não cessa

de transformar este objeto de conhecimento. Logo, ao nos confrontarmos com a experiência da loucura não deixamos de relativizar os critérios que regem a nossa racionalidade e, ao mesmo tempo, percebendo que sempre existe uma dimensão de lucidez nos discursos e ações dos loucos, não cessamos de aprender e nos tornar mais sábios a partir de suas sofridas experiências.

O nosso objeto de estudo é constituído por uma preocupação com a saúde e a doença mental e nos empenhamos numa investigação rigorosa, pois nos debruçamos sobre uma sólida bibliografia acerca do tema, ao mesmo tempo em que realizamos um trabalho de campo, vivenciando o cotidiano daqueles que sofrem distúrbios mentais, dentro e fora das clínicas de psiquiatria. Todavia, norteamos o nosso enfoque, tentando observar as formas alternativas à internação, mesmo porque - como referimos anteriormente - realizamos na prática este tipo de experiência.

10 Elementos para uma análise do filme *Bicho de Sete Cabeças*

Entre o vermelho e o negro, Bicho de Sete Cabeças² tem início. A câmera percorre

²**Ficha Técnica.** *Título Original:* Bicho de Sete Cabeças. *Gênero:* Drama. *Tempo de Duração:* 80 minutos. *Ano de Lançamento (Brasil):* 2000. *Estúdio:* Burity Filmes / Gullane Filmes / Dezenove Som / Imagens e Fábrica de Cinema. *Distribuição:* Riofilme. *Direção:* Laís Bodanzky. *Roteiro:* Luís Bolognesi. *Produção:* Maria Ionescu e Fabiano Gullane. *Música:* André Abujamra. *Direção de Fotografia:* Hugo Kovensky. *Desenho de Produção:* Caio Gullane. *Direção de Arte:* Marcos Pedroso. *Edição:* Jacopo Quadri e Letizia Caudullo.

a cidade de São Paulo enquanto os créditos tomam a tela e os nomes de Laís Bodansky e Luís Bolognesi aparecem. Diretora e roteirista são os grandes personagens do filme e os principais responsáveis pelo sucesso que o filme alcançou. O trabalho primoroso da câmera e da direção de atores só é possível devido ao excelente roteiro, desprezioso, mas preciso. As partes se completam e revelam ao Brasil um filme que arrebatou e aproxima o público do drama vivido por Rodrigo Santoro.

Sinopse:

Seu Wilson e seu filho Neto possuem um relacionamento difícil, com um vazio entre eles aumentando cada vez mais. Seu Wilson despreza o mundo de Neto e este não suporta a presença do pai. A situação entre os dois atinge seu limite e Neto é enviado para um manicômio, onde terá que suportar as agruras de um sistema que lentamente devora suas presas. (Vide Site Adoro Cinema Brasileiro)

Elenco:Rodrigo Santoro (Neto), Othon Bastos (Seu Wilson), Cássia Kiss (Mãe de Neto), Caco Ciocler (Rogério). Gero Camilo (Ceará), Daniela Nefussi (irmã de Neto), Jairo Mattos (Enfermeiro Ivan), Luís Miranda (Enfermeiro Marcelo), Valéria Alencar (Leninha), Altair Lima (Dr. Cintra Araújo), Linneu Dias (Interno Jornalista), Marcos Cesana (Blu), Gustavo Machado (Lobo), Cláudio Carneiro (Alex), Talita Castro (Bel), Antônio de Andrade (Enfermeiro Ednei), Bicudo Jr. (enfermeiro Rubens), Sergio Mastropasque (Psiquiatra), Elida Marques (Instrutora de Vendas), Jorge Ramon (Esecutivo), Arthumiro Del'Chiario (freguês da Barraca), Geraldo de Souza Silva (Freguês Bar), Eduardo Silva Torres (Aluno), Wagner Deluna Paes (Aluno), Eduardo Miguel Halim (Dono do Bar), Haroldo Campos (PM).

Como estratégia metodológica, organizamos o nosso enfoque a partir da seleção dos principais temas explorados no filme e então com base nestes temas desenvolvemos a nossa argumentação, buscando encadear os textos teóricos, os discursos dos e sobre os loucos no filme e os depoimentos dos pesquisadores e especialistas.

11 Agenda temática para uma discussão de *Bicho de Sete Cabeças*

11.1 O indivíduo

No centro da cena está Neto (interpretado pelo ator Rodrigo Santoro), um jovem adolescente, vivendo na cidade de São Paulo, um rapaz simples, de família de classe média, composta pelo pai autoritário (Othon Bastos), a mãe ausente (Cássia Kiss) e a irmã (Daniela Nefussi) que, trabalhando numa firma de seguros, tem ascendência sobre a família, detém o poder de formar opinião e de tomar decisões sobre o destino dos outros membros da família, devido à sua independência financeira.

De saída, o filme mostra a grande crise de identidade do jovem no espaço urbano, o conflito de gerações e principalmente a dificuldade no diálogo entre pai e filho, numa sociedade cujos valores se encontram em transformação. Num ambiente socioeconômico adverso, em que não há emprego, quando a escola não atende às expectativas dos jovens, em que a experiência amorosa se tornou mercantilizada, o indivíduo não se reconhece no contexto das representações sociais e parte para atitudes contraculturais,

colocando-se, deste modo, fora dos supostos padrões de normalidade.

Como todos os jovens da sua idade, Neto interage com a tribo dos jovens urbanos que se divertem escutando rock, bebendo, dançando e fumando maconha, num contexto que – a priori – não passa pela malha da violência do narcotráfico. O filme mostra basicamente como o uso dos entorpecentes serve como estopim para detonar a guerra entre pai e filho. Na película, o uso da maconha representa simplesmente um desejo de expansão da consciência, uma vontade de evasão, de fuga para o mundo interior, uma vez que o mundo exterior (a sociedade) parece hostil e agressiva. Espremido num contexto opressivo, sem as informações que lhe permitiriam tornar-se autônomo, tomar decisões e atuar politicamente como cidadão, o indivíduo se torna alienado, ou seja, isolado, separado, excluído e, portanto, uma presa fácil para as instituições repressoras e normativas, aqui no caso, a família e a clínica.

O foco do filme incide sobre a equação que reúne o individual e o coletivo, num cenário marcado pelo narcisismo e individualismo característicos das sociedades ocidentais. Sem possibilidade de diálogo com a família e a sociedade, numa estrutura patriarcal e machista muito forte, Neto termina sendo colocado num manicômio pelo pai, após este ter encontrado em seu poder um cigarro de maconha. A partir daí, assistimos a um dilaceramento do sujeito, que após medicamentos e tratamentos de choque passará a sofrer distúrbios mentais.

Em diversas áreas do conhecimento a temática do indivíduo tem sido abordada. No campo das ciências da comunicação, encontramos um trabalho de fôlego, reunindo diversos autores norteados por diferentes pos-

turas epistemológicas, que buscam explorar as influências recíprocas entre o indivíduo e as mídias. No domínio da antropologia, Máximo Canevacci, contribui com uma coletânea de diversos autores, na obra *A dialética do indivíduo* (1984); no campo da filosofia e psicanálise, Gilles Deleuze & Félix Guattari construíram uma obra monumental sobre o indivíduo, o desejo e as suas interdições, explorando os padrões de normalidade e de patologia, desde *O anti-Édipo* (1976) até *Capitalismo e esquizofrenia*, um trabalho em três volumes (1972-1980-1991), que tem sido referencial para todos aqueles preocupados com o tema. Por sua vez, Michel Foucault, colocando em perspectiva a *História da Sexualidade*, construiu um original trabalho conceitual, que consiste numa teoria do indivíduo, desde o vol. I, *A vontade de saber*, mostrando como se escreve uma história da sexualidade através da interdição do discurso sobre o sexo, pelas instituições sociais e como os mecanismos de controle sobre o sexo se exercem através de procedimentos que levam os indivíduos a falarem sobre a sexualidade (os confessionários e os divãs de psicanálise). E, nos volumes II e III, respectivamente, *O uso dos prazeres* e *O cuidado de si*, o filósofo mostra as possibilidades de construção de um estilo de vida, de pensamento e de linguagem, logo a construção do sujeito livre das amarras das instituições sociais.

Logo, este conjunto de textos podem nos orientar num entendimento sobre a elaboração dos padrões de normalidade e anormalidade dos indivíduos, assim como os padrões de saúde mental e loucura, e principalmente, instiga-nos, enquanto profissionais da área de saúde, a uma crítica e autocrítica sobre

a contemplação das doenças mentais a partir de outros contextos terapêuticos.

Conforme inferimos, o adolescente Neto e sua inserção no manicômio constituem o fio condutor da trama, mas numa outra perspectiva, vislumbramos a condição dos diversos indivíduos encarcerados na clínica psiquiátrica e isto nos serve como uma janela para contemplarmos o problema das doenças mentais e dos tratamentos terapêuticos. O universo manicomial, exposto em *Bicho de Sete Cabeças*, leva-nos a refletir sobre a maneira como os dispositivos terapêuticos podem se mostrar adequados ou inadequados, no tratamento dos doentes mentais e principalmente nos levar a discutir sobre as formas alternativas de tratamento das doenças mentais.

11.2 A família

Consideramos o filme *Bicho de Sete Cabeças* uma obra adequada para um estudo, pela maneira como este conjuga uma série de temas que estão ligados aos processos da saúde e da doença mental. Se por um lado, focaliza a condição do indivíduo que gradativamente é levado à loucura, por outro lado, coloca em destaque o tema da família como uma das instituições responsáveis pela anomia, desordem e desorganização mental. Em linhas gerais, ressalta-se a figura do patriarca, por sua vez alienado, num mundo cujos valores em transformação ele não aceita. O pai aparece como a personagem autoritária, que oprime a família, que, julgando estar fazendo o melhor, cerceia a liberdade do filho, intensifica os seus conflitos e por fim - para o pior - encarcera-o numa clínica psiquiátrica. Em princípio, Neto é repreendido de maneira grosseira pelo pai por estar usando

um brinco, colocando em dúvida a sua virilidade. Numa outra cena, o pai protesta em relação a uma namoradinha do filho, argumentando que ele poderia “arrumar coisa melhor”, ou seja, interfere no campo dos seus desejos e a sua mais profunda intimidade, assim impede a formação de uma mente saudável para fazer as suas próprias escolhas. Depois, Neto é preso em flagrante pela polícia enquanto está pichando os muros da cidade junto com um colega. E por fim, encontra o “baseado” do filho e com ajuda da filha mais velha, interna o jovem no hospício.

11.3 O trabalho

A produção e a alienação. Um dos maiores problemas que o profissional de saúde mental enfrenta é a questão da falta, da precariedade, pobreza e escassez dos recursos econômicos do paciente, como uma das principais causas do seu distúrbio. Os discursos dos pacientes são recheados de signos que remetem ao problema da frustração pela vida miserável, pela falta de trabalho, segurança e condições de vida mais decentes.

“... a grande revolução da psicanálise contemporânea veio, sem dúvida alguma, com a obra Capitalismo e Esquizofrenia, os autores podem abaixo uma velha tradição do pensamento, a saber, que os males sociais têm sua origem indiscutível nos complexos familiares de Édipo e castração. Eles buscam ao contrário, relativizar o Édipo e se voltam à questão colocada por Wilhem Reich: por que os homens desejam a repressão? Para Reich, o desejo pertence ao campo do social; para os franceses, ele está inserido na estrutura econômica da soci-

idade e o recalque coloca-se a serviço da repressão, e esta é “desejada” pelas massas, deixando de ser consciente (MARCONDES FILHO, 2003).

O filósofo da comunicação Marcondes Filho, no livro *A Produção social da loucura* (2003), por sua vez, mostra que a condição econômica influi na sanidade mental dos indivíduos, mas para ele a ênfase no processo de produção da loucura pertence ao campo do social.

Estes autores tornam evidentes, através de suas interpretações, contextualizadas no dorso da história social, como a loucura e os abismos sociais estão próximos.

Há uma fala em *Bicho de Sete Cabeças* que se mostra bem sintomática em relação ao problema socioeconômico associado à loucura. Trata-se de um discurso muito lúcido de um ancião que parece estar interno há muito tempo no hospício e que alerta também para as estratégias de sobrevivência no manicômio.

“É preciso fingir. Quem é que não finge neste mundo, quem? É preciso dizer que está bem disposto, que não tá com fome..., é preciso dizer que não está com dor de dente, que não está com medo..., senão não dá, não dá.

Nenhum médico jamais me disse que a fome e a pobreza podem levar ao distúrbio mental. Mas quem não come fica nervoso, quem não come e vê seus parentes sem comer pode chegar à loucura. Um desgosto pode levar à loucura, uma morte da família, o abandono de um grande amor. A gente até precisa fingir que é louco sendo louco..., fingir que é poeta sendo poeta”.

O capital e a loucura. É importante, num olhar mais aguçado sobre a anomia, a desordem mental, a loucura, prestar atenção para o fato de que estar alienado do processo produtivo, estar sem trabalho, leva consequentemente a algum tipo de alienação mental. Convém atentar para a conjunção entre a economia, a sociedade e a loucura, pois são circunstâncias que estão bem interligadas. A própria instituição manicomial está enredada nas tramas do capital. A fala do médico, em *Bicho de Sete Cabeças*, referindo a possibilidade de recrutar mendigos, sem teto e outros alienados para cumprir o número de pacientes necessários numa clínica para a obtenção de recursos financeiros para sustentar a instituição, demonstra uma séria distorção, associada evidentemente à exploração do homem, por um sistema que almeja o lucro a qualquer preço, sem quaisquer critérios éticos e humanitários.

11.4 O lazer e os prazeres

Faz-se necessário o controle dos prazeres numa sociedade programada para a reprodução do capital. O lazer precisa ser rentável, capitalizado para a manutenção das energias produtivas. Este aspecto da sociedade industrial é vista por Deleuze e Guattari, mostrando, o desejo, a libido, as energias sendo canalizadas para a produção, em detrimento da liberdade das escolhas autônomas, gerando distúrbios mentais.

O encarceramento, em sua generalidade, priva os indivíduos de uma ocupação, da realização de uma experiência que dê sentido à sua vida cotidiana. Aliás, isto é pouco provável num ambiente em que os indivíduos estão permanentemente sedados. As perspectivas mais recentes se mostram progressistas

neste sentido, estimulando - por exemplo - a terapia ocupacional. No filme, a cultura da clínica psiquiátrica é regressiva, apóia-se em técnicas ultrapassadas, sujeitando o paciente a uma experiência punitiva. Os eletro-choques são aplicados àqueles indivíduos mau-comportados, anti-sociais, que se rebelam contra as normas da clínica, algo bem diferente da utilização de métodos radicais e necessários para livrar o indivíduo do estado de patologia.

A terapia ocupacional tem sido relevante no tratamento dos alienados, de maneira similar a outros métodos alternativos, como o diálogo e a busca de inserção social dos doentes mentais.

11.5 A educação

No plano cognitivo, ou seja, no nível de informação, aquisição de conhecimentos e formação da consciência, o filme traduz alguns aspectos da vida social das famílias pobres e de classe média, diante da televisão durante grande parte do seu tempo livre. Não há livros, nem revistas em cena. A única leitura representada é de Netinho, ao qual o pai pede que leia sobre as notícias esportivas durante o trajeto rumo a uma partida de futebol. Evidentemente, escapa deste contexto a carta de Neto ao pai, antes de sair do segundo sanatório, pois, significa uma comunicação literária, epistolar, que expõe a revolta contra o ato “covarde” do pai, no que respeita a decisão de internar o filho. A carta de Neto, sendo inspirada numa carta verídica, serve como fio condutor para a enunciação, ou seja, é este discurso que sustenta a narrativa cinematográfica de *Bicho de Sete Cabeças*, instigando o telespectador a um sentimento de indignação quanto aos métodos terapêuticos

empregados nos manicômios, quanto aos critérios de internação daqueles que sofrem de distúrbios mentais e principalmente quanto aos pais incompetentes para entender os problemas dos filhos, numa sociedade que lhes nega tudo e que lhes exige o rigor no cumprimento das regras sociais.

Exibe-se a cena de uma aula de marketing, um treinamento numa empresa de seguros, mas que - de algum modo - traduz o estilo educacional contemporâneo voltado para a inserção dos recursos humanos no mercado, mas sem nenhuma fundamentação humanística, sem orientações éticas que pudessem formar cidadãos, sem quaisquer preocupações de preparar os jovens para a incorporação de uma consciência crítica e compreensiva para com os problemas sociais.

Em termos de educação, informação e difusão de conhecimento, reconhecemos que o próprio filme é que se mostra relevante neste sentido. Trata-se de uma crítica corrosiva das instituições sociais e tem o mérito de despertar os telespectadores do cinema e da televisão para a construção de um outro olhar sobre a loucura e a possibilidade de se escapar dela. Esteticamente, o filme é formidável porque voltado para uma temática delicada, como a incomunicabilidade entre as gerações, focaliza uma experiência extrema como a loucura, através de diversos códigos de linguagem, que chamam a atenção dos leigos e dos especialistas.

A produção da trilha sonora inclui música e letra de Arnaldo Antunes (ex-integrante da banda *Os Titãs*). Antunes é reconhecido também por sua verve poética e por uma obra que se presta à educação estética. Isto enriquece a narrativa e também estimula a nossa percepção para contemplar o tema da loucura e da lucidez, através de uma melodia

libertária, que responde aos anseios e expectativas de uma sociedade neurótica. As batidas, as sonoridades, o ritmo e as cadências, assim como as letras das músicas feitas para o filme, configuram parte de uma narrativa que traduz sensivelmente, esteticamente, o universo dos loucos. Este recurso leva o telespectador a desenvolver uma racionalidade sensível com o poder de apreensão de outras realidades. A licença poética que estrutura o discurso artístico concorre em pé de igualdade, em nível de competência, com o discurso científico sobre o louco e a loucura. A arte do cinema (e da televisão) pode liberar visibilidades inéditas para o olho do especialista em problemas mentais. Assim o cinema, de algum modo, pode curar. O universo da loucura, pelo viés da arte tecnológica, se torna mais acessível aos profissionais de saúde mental. Logo, é possível se pensar numa educação dos sentidos, numa comunicação educativa, por meio das obras de arte tecnológicas.

11.6 A sociedade

De fato, a organização social dentro da clínica, conforme observamos em *Bicho de Sete Cabeças*, parece-se com a estrutura organizacional da sociedade de maneira mais ampla. Dentro e fora da clínica se configuram hierarquias, cujos discursos e atividades atravessam a mente e o corpo do indivíduo, conformando-o às regras gerais para a manutenção do sistema.

O saber, a experiência, o conhecimento do mundo pelo pai e pelo médico servem como legitimação para o exercício de um poder arbitrário e em nome a da cura e da inserção do indivíduo no contexto padrão de normalidade, este é submetido às diversas modali-

dades de sofrimento; mesmo que haja alternativas para a adequação da sua conduta às normas sociais, os procedimentos utilizados para esta finalidade são mais destrutivos que regeneradores. Num certo sentido, a clínica é uma extensão da casa do jovem rapaz.

11.7 O regime das afetividades

A incomunicabilidade e a loucura aparecem no filme como partes de um mesmo processo. A falta de diálogo entre um pai intolerante e um filho inexperiente toma proporções extremas nesta representação. Em cena se projetam os valores machistas de um pai de família que, sendo repressor e reprimido, não dedica afeto à esposa fechada, muda, introspecta e ausente; não dedica afeto também ao filho que emudece e procura se libertar de um ambiente inóspito através de pequenas rebeldias, o que termina levando-o ao hospício.

Introjetando os valores machistas do pai, Neto se mostra violento aos assédios de um homossexual, durante sua aventura na praia de Santos. Mais tarde encontra uma jovem, pela qual se sente atraído e com a qual desenvolve relações amorosas, mas posteriormente será preterido por esta. Durante uma “balada”, após a primeira internação, tendo bebido, Neto parte para uma experiência erótica com uma menina, mas estando intoxicado pelos efeitos da medicação, sua empresa não é bem sucedida. Revoltado e sob a ação do álcool e dos remédios, Neto se comporta mal, quebra tudo e é novamente interno.

Durante a primeira internação Neto trava relações com três pacientes: um é retardado mental, mas é pacífico e nos leva a entender que não deveria estar interno; o segundo, é

um viciado em drogas injetáveis e demonstra ser possível a amizade e cumplicidade nos sanatórios para doentes mentais; o terceiro é um velho sábio que lhe alerta para o uso de estratégias de sobrevivência para escapar das punições no asilo.

Em linhas gerais, o filme mostra como a carência afetiva e a incomunicabilidade pode desencadear processos de desequilíbrio; ou seja, se os laços de família fossem organizados numa base afetiva, de compreensão mútua, tolerância, interação e solidariedade, estes evitariam as experiências radicais como a internação.

A experiência amorosa se inscreve na narrativa como uma dimensão saudável, afirmativa, libertária. Relembramos que durante os delírios do jovem, causados pelos efeitos dos psicotrópicos, ele lembra a jovem que conheceu em Santos, que lhe emprestou dinheiro para voltar a São Paulo, que o levou para casa, oferecendo-lhe alimentação e afetividade, mesmo que depois tenha se portado superficialmente, descartando-o em seu encontro na livraria.

11.8 A linguagem

O filme se abre com uma carta ao pai, uma carta rebelde, cheia de mágoa, do filho que se sentiu injustiçado por ter sido jogado num manicômio, após ter sido flagrado com um cigarro de maconha. E com muito mais abrangência, o texto declara uma rebeldia ao pai, mas o pai simboliza a lei, a regra, a lógica sufocante da grande cidade que exclui, aliena e alucina. É principalmente um grito de resistência à norma, à norma hospitalar, à grande internação e aos seus métodos terapêuticos desumanos.

“Pai, as coisas ficam muito boas quando a gente esquece, mas eu não esqueci o que você fez comigo. Eu não esqueci a sua covardia. Agora você vai me ouvir. To te mostrando a porta da rua pra você sair sem eu te bater”.

No fim do filme, a leitura da carta do filho é relida pelo pai, como quem pensa alto, mas novos elementos se apresentam na enunciação:

“Lembra de uma frase que você me disse uma vez? Eu cheguei onde cheguei, quero ver onde você vai chegar. Pois é. Eu cheguei aqui, aqui é o meu lugar. Você conseguiu, me fez menor que você. Seu mundo aí fora é grande demais pra mim”.

No texto tudo é metáfora, mas traduz um primeiro nível de dilaceramento, de desatino e loucura. A relação entre pais e filhos como primordial no equilíbrio mental. O diálogo e a sua falta como um estopim para o desabamento das estruturas psicológicas. Assim, o discurso do jovem mostra com muita clareza como a estrutura familiar pode gerar distúrbios mentais, psicológicos e morais. Antes, Neto era um rapaz calmo, com pequenas rebeldias como todo jovem de sua idade. Após a internação, tendo sido violentado em sua dignidade, tendo tomado medicamentos, convivido com os doentes mentais em estado grave, sofrido agressões físicas, encarcerado nas solitárias e levado eletrochoques, tornou-se agressivo, violento e virtualmente marginal.

A linguagem do documentário utilizado pela diretora empresta ao filme uma forte sensação de realidade, aumentando ainda

mais o impacto das emoções vividas pelo protagonista. No manicômio, Neto é forçado a amadurecer. E em cada fase de suas internações, o seu rosto vai ganhando uma fisionomia e uma significação diferente, comunicando ao telespectador os níveis de dor e de sofrimento, mas também vai mostrando, através dos gestos, olhares e posturas, modalidades distintas de auto-conhecimento e aquisições sistemáticas de estratégias de sobrevivência. Uma representação do medo e das modalidades de resistência frente ao regime corrupto e arbitrário, faz-se com competência em *Bicho de Sete Cabeças*.

É esta semiologia, enquanto uma revelação dos sintomas, da loucura e da clínica como incongruências, distorções e dissonâncias, que se projeta na tela, conduzindo-nos a uma outra reflexão sobre a doença mental e os processos terapêuticos.

A cena do diretor do hospício, em que este se tranca em seu quarto, toma um drink misturado com fortes estimulantes, abstraindo-se do cotidiano cruel no trabalho com doentes mentais e imagina os pacientes “dançando” no pátio, como num estranho carnaval, é soberba. O cinema (e a televisão) então torna os estados alterados da percepção - por meio do álcool e das drogas - de maneira similar aos processos psíquicos delirantes. Logo, a linguagem de *Bicho de Sete Cabeças* é pedagógica e libertária, pois se aproxima do universo patológico; racionalmente e esteticamente o filme nos aproxima da região abissal da loucura e nos fornece um caminho para acessar esta região quase inalcançável pelo olhar lúcido dos especialistas.

11.9 Orientação tempo-espacial

O lado de dentro e o lado de fora da clínica são regidos por uma temporalidade imposta, isto é, o tempo do relógio, do calendário, o tempo cronológico que organiza a produção substitui o tempo do desejo, o tempo da liberdade e o tempo das trocas afetivas, gerando um tipo de mal-estar, de desgosto e num caso extremo, de patologia. O lado de dentro da clínica, não podemos esquecer, já é o lado de fora: o encarceramento é sempre uma modalidade de exclusão social. O filme nos alerta o tempo inteiro para uma reflexão sobre a clínica e suas metodologias terapêuticas que podem ser nefastas e causar danos irreversíveis.

Uma terapia adequada seria a devolução ao indivíduo do tempo do seu desejo para poder utilizá-lo de acordo com os seus anseios e aspirações. Encontramos diversos casos em que os indivíduos desejam somente usufruir da liberdade de gozar o seu próprio tempo da maneira que melhor lhes convier e a interdição desta escolha geralmente acarreta modalidades diferenciadas de patologias.

Além do tempo, a questão do espaço, do território, define os níveis de inserção dos indivíduos numa escala de loucura ou de normalidade. A casa, a terra, o território constituem referências físicas, espaciais importantes para a realização e sentimento de pertença para os indivíduos. O tempo e o espaço são referências fundamentais para a orientação dos indivíduos em suas vivências cotidianas. A supressão ou alteração destas referências repercute em neuroses e outros distúrbios mentais.

11.10 A clínica

A representação ficcional da instituição manicomial é bem fidedigna, pertinente, relevante para uma discussão. Relembramos que há duas internações: a primeira por porte de maconha, a segunda, quando o rapaz, já intoxicado pela medicação, após ter levado choque, torna-se violento e quebra tudo numa festa, é preso e enviado para um manicômio.

A primeira é uma instituição estatal, dirigida por um psiquiatra corrupto, em condições precárias, em que se faz uso de métodos considerados antiquados pelos profissionais de saúde. Ali perambulam alienados em diversos estados de perturbação e instabilidade, mas percebemos que há indivíduos, como o retardado, chamado Ceará, que não deveria estar ali; ao mesmo tempo, os viciados em droga junto com indivíduos que aparentemente são irrecuperáveis, atestam uma situação verossímil aos sanatórios das regiões pobres. Não podemos esquecer que o filme consiste no roteiro adaptado de uma obra literária autobiográfica; logo, parte é ficção e parte é realidade.

Genericamente, os dispositivos estruturadores do aparelho psiquiátrico, conforme podemos depreender do filme, estão menos a serviço de uma recuperação dos doentes mentais e mais eficazes no sentido do aprimoramento da lógica do encarceramento, da disciplina e da punição: os aventais brancos, as grades, a divisão dos espaços, a composição dos ambientes, banheiros, sanitários, refeitórios, dormitórios, os corredores, as áreas de lazer, de visitas, assim como os horários de banho de sol, o prazo estipulado para as visitas das famílias... tudo está antes a serviço da organização, disciplina e controle

manicomial do que voltado para uma prática terapêutica efetiva.

A segunda clínica aparentemente é mais “limpa”, entretanto, ali também se evidenciam os maus tratos dos pacientes, o abuso da autoridade, o uso do “sossega leão”, doses cavalares de medicações injetáveis, enfim todo um repertório de dispositivos e aparelhagem, cuja utilização se mostra inadequada na recuperação dos doentes mentais. E, nessa segunda clínica, sinaliza-se a questão importante da terapia ocupacional, mas que na verdade se restringe a um horário restrito para a prática de esportes. Então, pela indicação da falta, da ausência, da subtração dos métodos terapêuticos alternativos, o filme *Bicho de Sete Cabeças* se mostra eficiente e progressista no que respeita ao tratamento das doenças mentais. Muito embora, o foco desta realização cinematográfica incida sobre um equívoco, ou seja, um distúrbio familiar levando um jovem a uma internação no hospício, repercutindo em sua degradação física, mental e psicológica, esboça um grande texto sobre o problema da clínica e dos tratamentos psicoterapêuticos.

11.11 A poética e o discurso da loucura

Grande parte da força de sentido do filme *Bicho de Sete Cabeças* vem da sua trilha sonora. Música e letra do poeta Arnaldo Antunes se reúnem de maneira eficiente, informando o telespectador por meio de uma irresistível elaboração estética. O universo dos loucos, a percepção dos alienados, a ambiência manicomial é traduzida pelos versos e melodias de Arnaldo Antunes, que desnuda uma outra dimensão do imaginário e assim

faz dos telespectadores cúmplices da odisséia do jovem Neto.

11.12 As alternativas

Há algum tempo temos observado uma linha evolutiva no percurso histórico dos tratamentos terapêuticos. Novos métodos alternativos ao encarceramento têm sido enunciados e experimentados no Brasil e no Exterior, nas grandes cidades e no interior do Brasil. O filme *Bicho de Sete Cabeças* não nos fornece uma alternativa à clínica; mostra-nos a sua inadequação, o sistema corrupto que ela experimenta e a conivência da família para com os métodos repressivos, antiquados e prejudiciais. Mas, fazendo a sua denúncia, justamente, a obra nos alerta para outras possibilidades no tratamento das doenças mentais.

12 A palavra dos especialistas

Inserimos os depoimentos dos especialistas, pesquisadores e profissionais da área de saúde com o intuito de mostrar como diferentes competências advindas de campos distintos do conhecimento podem contribuir para um debate lúcido e rigoroso sobre o problema da loucura e da saúde mental, e também nos predisposmos a dar voz aos indivíduos acometidos por distúrbios mentais.

Sistematicamente, recolhemos os depoimentos dos médicos, psicólogos, especialistas e pesquisadores sobre a doença mental, objetivando contemplar a maneira como se configuram os saberes sobre os loucos no século XXI; procuramos antes de tudo, verificar em que medida os seus discursos significam uma linha evolutiva, mais humanista, compreensiva, justa e solidária no que concerne aos transtornos mentais.

Nessa direção, apresentamos o depoimento de um médico psiquiatra, que enca-minhou o seu argumento sob a forma de um relato de sua experiência no domínio da assistência aos doentes mentais.

Depoimento 1

Dr. Ivanor Velozo

(Psiquiatra e Professor Universitário)

Comecei a trabalhar com pacientes psiquiátricos há cerca de 24 anos atrás, quando iniciei um estágio em hospital psiquiátrico ainda na graduação de medicina. Naquela época os hospitais psiquiátricos eram o centro de referência para o tratamento das doenças mentais, sobretudo, os quadros psicóticos. Era uma época de prosperidade para estas instituições que viviam superlotadas e reivindicando ampliação de seu número de leitos para disponibilizar mais vagas a população. Como médico sentia-me muito desconfortável, tendo inclusive em diversas ocasiões abalado minhas convicções de seguir a psiquiatria como especialidade.

Uma das características daquela assistência, além da óbvia segregação, era a massificação do atendimento. Os hospitais necessitavam de muitos doentes internados para serem lucrativos com as baixas diárias que eram pagas pelo antigo INPS e posteriormente pelo SUS, isso implicava em poucos médicos assistindo uma infinidade de doentes. O médico não conseguia ser eficaz por não poder personalizar a estratégia de intervenção. Além disso, sentia-se desmotivado e até coagido a prolongar ao máximo a estadia do enfermo por um conluio estabelecido entre a administração desses hospitais que ti-

nham interesse em mais diárias e os familiares dos doentes que por preconceito, desinformação e falta de opções terapêuticas queriam apenas se ver livre do mesmo.

Mais grave ainda era a total falta de cidadania daquele indivíduo, que por ter um transtorno mental era destituído de todas as prerrogativas de qualquer cidadão, submetido a condições subhumanas de habitação, alimentação e higiene para baratear custos, sem ter vez nem voz, sujeitava-se aos abusos de poder exercidos por toda uma gama de servidores da saúde desde “seguranças”, auxiliares de enfermagem e até dos médicos que sem um sistema de regulação era contaminados pela onipotência que lhes era propiciada naquele ambiente.

Tudo isso resultava em práticas terapêuticas insípidas, ou até maléficas pois em muitas situações promoviam a cronificação de processos patológicos sabidamente tratáveis agravavam a desadaptação social e fomentavam o vício do hospitalismo que levavam vários pacientes a dependerem do ambiente hospitalar. Sem contar com as consequências irreversíveis que más práticas farmacoterapêuticas podiam ocasionar como a discinesia tardia relacionada ao uso indiscriminado e crônico de medicação neuroléptica. Fui testemunha também das lutas para mudar este estado de coisas desde o anteprojeto de lei do deputado Paulo Delgado com toda a polêmica que se seguiu e que o levou a tramitar pelo Congresso Nacional por pelo menos doze anos, a formação dos grupos de luta antimanicomial, o lobo dos proprietários de hospitais e os radicalismos de ambas as partes que só redundaram inicialmente em mais prejuízo aos pacientes.

Os ideais da luta antimanicomial mal utilizados pelos radicais e aproveitado por polí-

ticas governamentais sem nenhum interesse real pelo doente mental mas com intenção de promover uma redução de custos do orçamento da Saúde resultou num desmantelamento precoce e desastroso dos hospitais psiquiátricos com significativa redução dos leitos disponíveis sem que qualquer aparato alternativo de assistência tivesse sido criado. E o caos se instalou, nessa ocasião, com muito sofrimento para doentes e seus familiares desamparados e sem saber a quem recorrer.

O sancionamento da Lei de Reforma Psiquiátrica e mais ainda a vontade política têm determinado nos últimos seis anos o surgimento de uma política de saúde mental que efetivamente tem contribuído para o surgimento de alternativas terapêuticas ao modelo hospitalar. A destinação de verbas federais para este fim tem feito crescer a olhos vistos o número de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS por vários municípios em todas as regiões do Brasil, residências terapêuticas e os programas que estimulam financeiramente as famílias a receberem doentes crônicos de volta para casa. Além disso a valorização da atenção básica a saúde representada pelo PSF tem ampliado o número de agentes trabalhando pela saúde mental já que algumas condições psiquiátricas de menor complexidade tem sido incorporadas no atendimento dado pela equipe de saúde da família.

Mesmo sem dispor de estatísticas, como profissional da área de saúde mental, sinto fortemente que vivemos hoje um momento em que as políticas de cidadania e inclusão estão ecoando na psiquiatria que dispõe hoje de mecanismos de monitoramento e controle da assistência aos doentes mentais seja pela legislação que obriga a notificação ao Ministério Público de qualquer internação involun-

tária, seja porque a assistência é hoje responsabilidade de um a equipe multiprofissional que geram mecanismos de auto-regulação de condutas e disponibilizam um leque maior de alternativas terapêuticas e de ressociação, seja ainda porque ao longo das lutas pela reforma psiquiátrica as famílias em meio ao desamparo se organizaram em grupos que hoje tem maior poder de fiscalização e pressão sobre as estruturas assistenciais além de contribuírem na disseminação de uma cultura de maior aceitação do doente mental como parte da comunidade.

Na prática clínica acredito que como eu muitos psiquiatras se sentem atualmente mais instigados e desafiados a colocar o melhor de seu conhecimento a serviço da saúde mental da população sob o risco de sermos confundidos com parte de um passado que todos queremos esquecer.

Depoimento 2

De maneira distinta, a psicóloga Paula Oliveira Sobral buscou discutir as diferentes metodologias de campos específicos como a psicanálise e a psiquiatria. Relatando o seu percurso profissional, a sua experiência, a psicóloga, sugere uma reflexão sobre o louco a partir de sua diferença e alteridade.

Bem eu terminei o curso de psicologia na UFPB agora no final de 2005 e estou fazendo mestrado em letras sobre psicose e escrita. Acho que meu olhar sobre a loucura e seu tratamento vai muito pelo viés da psicanálise, já que foi a partir dela que conheci a loucura. Então vou tentar falar um pouco sobre minha experiência nesse campo.

É difícil pensar em doença mental para a psicanálise já que a psicanálise não considera a psicose como uma doença, mas como

uma estrutura. Não havendo doença, portanto, não se fala em cura, mas em uma forma de lidar com o sofrimento assim como os neuróticos também a procuram. Entretanto ao lidar com a loucura a psicanálise se depara com a psiquiatria, com o seu olhar orgânico e importante (mas que poderia ser bem menos impositivo) em relação a psicose. A psicanálise e acho que posso incluir aí a psicologia de um modo geral, trata de uma categoria que vai num sentido oposto ao da ciência, e podemos entender aí da psiquiatria. A psicanálise vai tomar o sujeito em sua particularidade, como aquele que escapa à generalização, ao enquadramento. Portanto os métodos utilizados pela psiquiatria de medicar, conter, calar, enclausurar o paciente, não corresponde à visão de tratamento a um “sujeito”. Para saber sobre esse sujeito não há outra forma possível senão dando-lhe a possibilidade de falar de si, seus sofrimentos, alegrias e dores. A medicação é importante se vier acompanhada da fala, como um a mais no tratamento. Então é importante dizer que a psiquiatria não tem como dar conta do paciente, nenhum saber sozinho tem, mas o diálogo entre os saberes pode ajudar a amenizar o seu sofrimento. Os hospitais psiquiátricos vêm sofrendo mudanças no funcionamento. O poder psiquiátrico vêm sendo questionado (embora a palavra final ainda seja somente cabível ao psiquiatra) e serviços substitutivos vêm sendo criados e isso é super importante, mas é importante também que em meio a tudo isso, a reforma não perca de vista o paciente, que em momentos de crise precisa sim de um lugar para ficar, para ser medicado e “cuidado”. O paciente psiquiátrico difere e muito de um paciente clínico. Quando levado a um serviço não é contenção física que ele pede. Não é possível

a um paciente psicótico ficar deitado em uma enfermaria recebendo medicação. É necessário espaço, atividades terapêuticas, atendimentos individuais, oficinas. Entendo que trabalhos com a palavra, colocando o paciente a falar, a separar de si, colocar para fora aquilo que o atormenta, seja em forma de alucinações, delírios, fenômenos corporais, é uma forma de tratar. Os trabalhos com arte, papel, tinta, lápis, material plástico, escrita, também permitem ao sujeito extrair no real o seu sofrimento. No mais, todo trabalho que possa priorizar o “sujeito falante”, que possa colocar em primeiro lugar a fala do sujeito, a sua “verdade”.

Depoimento 3

Por um outro prisma, Alex Nóbrega, jovem pesquisador no campo da psicologia social, retoma a questão da interdisciplinaridade, apresenta elementos para uma crítica da psiquiatria, mostra os deslocamentos e avanços na área da psicologia social, percebe a importância de filmes críticos sobre o tema e ainda faz uma apreciação do sistema CAPS, uma estratégia alternativa de terapia.

Alex Figueirêdo da Nóbrega – 23 anos
Aluno do curso de graduação em Psicologia da UFPB.

Primeiramente, responder em nome da Psicologia é algo bastante delicado, visto que esta ciência se apresenta de forma tão plural, com linhas e tendências bastante diferentes e até mesmo divergentes, em alguns casos. Portanto, penso que devo responder essa questão à luz dos campos para os quais mais dediquei meus anos de formação de psicólogo, a saber, a Psicologia Social/Institucional e a Psicologia Humanista

da Abordagem Centrada na Pessoa. Gostaria também de deixar claro que em minha formação não tive muito contato com instituições psiquiátricas, principalmente, devido ao meu interesse dentro da psicologia, que não se inclinou para este lado. Por isso, as coisas que posso falar acerca deste assunto são bastante superficiais. Mas, vamos lá! Atualmente, é possível ouvir de muitos médicos psiquiatras a importância do trabalho com equipes multidisciplinares, ou seja, um trabalho que envolva assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros. No entanto, parece ser que ainda existe uma marca muito forte nas relações entre esses profissionais. O médico está acima de Deus. Os demais são pobres mortais que apenas servem como um mero auxílio para colocar ordem dentro da cruel instituição psiquiátrica. Sinto que se trata de uma forma de tratamento extremamente marcada por um abuso do uso de medicamentos. É retirada qualquer possibilidade de autonomia e escolha daquele ser humano que é submetido à internação, muitas vezes sem necessidade. Além do mais, os trabalhos propostos por psicólogos são vistos muitas vezes como atividades lúdicas, de recreação, que não surtem efeito algum e servem só para distrair os internos. Daí, não são incentivadas pela instituição, funcionando de forma bastante precária, sempre mendigando recursos e ferramentas necessárias à realização do trabalho.

Sob uma visão humanista, devo destacar as idéias de Rogers, quando ele alerta para a necessidade da construção de relações dialógicas entre os seres humanos, sejam eles quem forem. É preciso saber ouvir esse outro com o qual nos deparamos. E saber ouvir é algo que implica em saber entrar no mundo do outro, compreender o sentimento

daquela pessoa, despindo-se de juízos de valor, sobre o que é correto ou não, o que é normal ou não. É preciso saber que existe a diferença, existem modos de existência diversos. E o que se vê dentro dessas instituições é um descaso com o paciente, que é tratado sem saber o que lhe vai acontecer, o que lhe vão fazer, para onde vão lhe levar, o que lhe vão dar para tomar. E mais, algo de pior, ao meu ver, é a cristalização dos doentes. Ou seja, o olhar médico caracteriza-os como pessoas que “*são*” assim. Procuo entendê-las como pessoas que “*estão*” assim. Entendo o ser humano como um eterno devir. Acredito nas possibilidades da existência humana. E não em um ser estático, que possui características imutáveis. Um laudo diagnóstico é algo que pode “matar” as possibilidades de um ser humano. Percebo muito isso dentro do ambiente escolar, onde estagio atualmente. Há uma enorme demanda para diagnosticar a criança, para saber “o que ela tem”, como se ela tivesse realmente algo. Em geral, os professores afirmam com toda a certeza de que existem “os alunos que querem” e “os alunos que não querem”. E, não raro, vê-se a psicologia consolidando essas visões com seus laudos e diagnósticos, que tranquilizam o professor, pois a partir daí, ele não terá mais a preocupação em desenvolver as potencialidades daquele aluno, visto que ele “*é*” tal como disse o laudo, então, lá está a psicologia contribuindo para mais uma exclusão social. Laudo é algo efêmero, passageiro, momentâneo. Hoje é, amanhã não é mais.

É importante destacar que essas idéias as quais estou expressando são de uma parte da psicologia, a Psicologia Humanista, na qual estão incluídas a Abordagem Centrada na Pessoa, a Gestalt-Terapia, dentre outras

que se aproximam de uma visão fenomenológica do ser. Pois, como já falei antes, existem várias psicologias. E a psicologia que está mais próxima da psicanálise, por exemplo, não compartilha das idéias que expus. Para a psicanálise, somos todos psicóticos ou neuróticos. Ou seja, “*somos*” assim. O que precisamos fazer é aprender a lidar da melhor forma com essa configuração que nos imprimiram ao nascermos.

Talvez meu depoimento seja muito pouco objetivo, e talvez não indique alternativas palpáveis para o tratamento de doentes mentais. Mas, faz parte de um raciocínio que questiona o que é a “doença mental”. Quem é doente mental? Que estilo de vida padrão é esse que todos nós temos que ter? Será que mantendo uma porção de pessoas enclausuradas, distantes da sociedade, não estamos produzindo a doença mental? Como bem mostra o filme *Bicho de Sete Cabeças*. Como pode viver de forma saudável um garoto cuja vida familiar é de uma distância tremenda entre as pessoas, onde a os membros da família não se conhecem, não se conversam, não dialogam. Que relações humanas nós estamos produzindo e reproduzindo? Penso que a idéia dos CAPS é muito bem-vinda. Porém, como humanizar se não nos oferecem uma formação humanizante? Como falar em prevenção, se as universidades vivem sempre sendo socorridas com curativos malfeitos e formando profissionais apenas para remediar os problemas? Deixo essas questões para que possamos refletir acerca do que vale mais à pena: uma política preventiva de saúde ou uma política que visa apenas remediar e controlar os estragos, mantendo-os fora da sociedade.

Depoimento 4

Um depoimento contundente nos é apresentado pela psicóloga Marcela Lucena, com especialização em Psiquiatria Social pela FIOCRUZ, que lança novas luzes sobre a discussão da reforma psiquiátrica no Brasil.

“No Brasil, é na década de 70, momento em que se buscava a redemocratização do país, de eclosão do movimento sanitário, que se desencadeia o que chamamos Movimento da Reforma Psiquiátrica. Uma reforma que visa a reconstrução da concepção de loucura, enfocando a questão do sofrimento psíquico e repensando as formas de cuidado da loucura. Propondo um redirecionamento do modelo assistencial, antes centrado no hospital psiquiátrico, para uma atenção integrada, em rede, baseada no território. Assim, desde então, inicialmente através de profissionais de saúde mental denunciando a falta de condições de trabalho e a inadequada assistência prestada nos hospitais psiquiátricos e posteriormente através de um amplo movimento, iniciado em 1988 em Bauru – SP, chamado Movimento da Luta Antimanicomial.

Na década de 80 e 90, grandes experiências foram iniciadas por governos municipais democráticos, a exemplo a de Santos (1987) com a primeira intervenção em hospital psiquiátrico – o Anchieta e construção de uma rede de NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial com funcionamento 24h) e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento intermediário), com forte influência da Psiquiatria Democrática Italiana, embora com características muito específicas do Brasil.

No nosso país a mudança começou da prática para a legislação. As práticas instituídas subsidiaram várias portarias que foram ela-

boradas na década de 90, tornando o poder público cada vez mais comprometido com a nova política de saúde mental, hoje, respaldada e legitimada pelo Sistema Único de Saúde no que se refere às suas diretrizes e linhas de financiamento. É importante resgatar que neste período foi elaborado o projeto de lei de Paulo Delgado que além de dispor sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, recomendava a rede substitutiva a hospital psiquiátrico como primeiro indicativo de cuidado e o fechamento progressivo de leitos com proibição de construção de novos leitos psiquiátricos em território brasileiro. Projeto que levou 12 anos (só em 2001) para ser aprovado com alterações quanto ao fechamento de leitos. Importante apontar as Conferências de Saúde Mental como marcos para a implantação da política atual. É a III CNSM (2001) composta por movimentos sociais, técnicos, usuários e familiares que vai produzir elementos teóricos e políticos para a atual política de saúde mental no Brasil.

Portanto, podemos dizer que estamos vivenciando ainda uma política em transição – de um lado o avanço numa nova perspectiva e de outro a coexistência de uma rede significativa de hospitais psiquiátricos.

Hospitais Psiquiátricos – Até 2005 – 228 Hospitais com 42.076 leitos. Existência ainda de grandes manicômios. Com o Programa de Avaliação da Assistência dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria) e o Programa de reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica no SUS com indução da diminuição de leitos nos grandes hospitais, tem se efetuado de forma racional a redução progressiva dos leitos. Entretanto, ainda há resistência por parte de muitos gestores fazer maior investimento na rede subs-

titutiva – leitos em hospitais gerais e CAPS III (24h) para efetivação radical da superação do hospital psiquiátrico.

Hoje, vivemos um momento bastante complexo – uma rede desenhada, mas, discordâncias em torno do fim do hospital psiquiátrico. Um cenário atual, onde a Federação dos hospitais e o segmento mais tradicional da psiquiatria (a exemplo a posição atual da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria), vêm colocando-se publicamente contrários a política atual de saúde mental. Por um lado, podemos perceber que se há contestação, é porque avançamos e estamos de alguma forma mexendo com os pilares de um estrutura lógica e assistencial secular, entretanto, nos coloca também numa situação delicada, considerando ainda um contexto transitório e as correlações de forças existentes que nos demanda um movimento político que legitime o que tem sido construído ao longo do tempo. Para isso, muito ainda temos que caminhar, principalmente sensibilizando/ envolvendo os profissionais, gestores, usuários e familiares numa empreitada que é mais do que técnica e ideológica, mas, política no sentido do compromisso com a mudança social para a garantia dos direitos dos nossos usuários, onde todos são protagonistas e podem a partir do seu lugar trazer a tona para a sociedade esta nova forma de conceber e cuidar da loucura”.

Depoimento 5

Sandro Soares (Médico Psiquiatra, com Especialização em Saúde Mental, Departamento de Psicologia da UFRN).

Pela experiência pessoal em hospitais psiquiátricos (Juliano Moreira e Instituto de Psiquiatria da Paraíba) durante quatro anos,

seguidos de 15 anos em ambulatório sendo os últimos três associados a Caps, pude perceber algumas diferenças nas duas formas de assistência ao paciente portador de transtorno mental.

Antes do que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica (já que a meu ver o que necessitava de mudanças era o modelo de assistência e não a psiquiatria), os hospitais psiquiátricos primavam por uma permanência mais prolongada do paciente internado. Suas ações com a família eram mais tímidas, limitando-se a algumas comemorações anuais mais importantes (festas juninas, natal/ano novo), geralmente dentro da instituição. Atividades que levassem o paciente à rua (desfiles, participação em feiras etc.), não vi, pelo menos nos dois citados em que trabalhei. Havia um menor interesse em tentar uma inserção mais decisiva, até porque não era meta do poder público.

O grande número de pacientes internados, a grande maioria grave (400 no primeiro e 200 no segundo hospital que citei), dificultavam uma melhor individualização do indivíduo, um melhor planejamento terapêutico individual, assim como um contato mais próximo com a família.

O fato de só existir este tipo de assistência nas maiores cidades do estado (capital, campina grande, cajazeiras), dificultava o acompanhamento pós internação. Mesmo nos Caps este tipo de problema acontece. Se o paciente for de uma outra cidade as dificuldades para vir ao serviço de forma rotineira também existem.

A descentralização no atendimento ao paciente facilita a interação dele com o serviço e com a comunidade, divulga e desmistifica mais a doença e as formas de atenção. Trás a doença mental mais para perto.

Alguns problemas, entretanto, continuam mesmo nos lugares onde funcionam Caps. O pouco envolvimento de outros profissionais médicos com este tipo de paciente, a falta de capacitação mais incisiva para o tratamento dos transtornos mentais. Observo que a maioria dos médicos do PSF tem dificuldades para tratar os pcts psiquiátricos. Prescreve-se um antidepressivo como se fosse um antibiótico; o paciente vai toma-lo por alguns dias e tudo ficara bem.

Os pacientes graves, que são o motivo central dos Caps, pelo menos teoricamente, demandam muito tempo e atenção, seja em hospital ou em Caps.

Uma outra diferença que percebi é que os Caps funcionam com apoio do M.S dentro do clima de mudanças na assistência ao doente mental, fazendo valer idéias que já existiam dentro da psiquiatria.

Depoimento 6

Dra. Simone Maldonado

(Antropóloga)

Há muito tempo que na Europa se faz esse tipo de acompanhamento do aflito em casa. Não sei os critérios, mas é uma corrente forte. Eu pessoalmente acho que é preciso todo um trabalho, toda uma civilização para se empreender uma coisas dessas. A família é fundamental. O tipo de afecção mental também. Acho que na maior parte dos casos é possível fazer. Entre nós seria problemático por causa do estigma e da questão da disponibilidade de uma política que mantenha os profissionais e as medicações.

13 As falas e discursos dos alienados mentais

Se por um lado recorremos à apreciação dos especialistas em transtornos mentais, buscando contemplar o diálogo entre as distintas modalidades de conhecimento, por outro lado, procuramos também escutar os usuários. As suas falas nos fornecem um semiologia das doenças mentais, São entrecortadas pela dor, pelo sofrimento, pela falta, pelas frustrações e encontramos também flashes de esperança. Sondamos as formas de seus desejos, suas expectativas e aspirações. Em princípio, julgamos que as suas falas e discursos falam por si; revelam a essência do mal-estar, da doença, da patologia. Quando nos respondem acerca das questões do cotidiano, das vivências, existências, trazem a sua experiência por meio de um comunicação – por vezes anômica, desordenada – mas refletem a sua própria condição de excluídos sociais, de indivíduos frustrados em suas relações afetivas e a própria incomunicabilidade com a família e os seres amados.

Procuramos sinalizar as características de seus males, sem querer rotular, sem querer diagnosticar. Neste trabalho monográfico, buscamos esboçar um breve quadro, uma sintomatologia da angústia destes personagens, que de alguma forma se apresentam também na representação ficcional do filme *Bicho de Sete Cabeças*. Mencionamos as modalidades, níveis e frequências de suas medicações no sentido de explicitar a maneira como os processos terapêuticos podem também falar sobre suas condições mentais, ao mesmo tempo em que abrimos um espaço de discussão para a forma como reagem à aplicação destes medicamentos. O que está em jogo neste trabalho é – no fim das contas

– trazer novos elementos para uma discussão sistemática das doenças mentais e das possíveis alternativas à internação.

Quanto ao aspecto ético do trabalho, especificamente no que diz respeito às entrevistas com os portadores de transtornos mentais, julgamos pertinente nos atermos a um questionamento mais voltado para as suas aspirações e expectativas concernentes às modalidades de terapia desejáveis, aos estilos de afetividade familiar que experimentam, às formas de pertencimento e de exclusão social que vivenciam no cotidiano.

1º Depoimento

M. S. V, 26 anos, desde 16.05.2003, em modalidade de terapia intensiva no CAPS Tozinho Gadelha.

(Sobre o Sistema CAPS) O CAPS recebe pobre que não tem condições de pagar. Gosto de libertar minha sina de doido. A família deixou eu sozinha dentro de casa. Minha mãe não gosta de mim. Ela tirou a sina da filha. Ela é pobre e tem inveja de minha riqueza. Tive dois filhos. O pai não quis por preconceito. Não tenho marido, nem a sensação de ter. Tem ciúme da doidiça dela e mata.

Meu pai é louco, coitado. Bate na criança de menor. Vai ser castigado. Ela vai morrer desprezada porque não tem família.

Formas de pertencimento e de exclusão social.

Eu não tenho idade para trabalhar. Não posso trabalhar para o rico porque ele quer que eu seja humilhante. Bota ela pra se perder. Já ta perdido, pois se perdeu. Trabalhar é pecado. Eu assinei que sou pobre. Não tenho condições de nada no mundo.

2º Depoimento

J. B. S, 28 anos, modalidade de terapia semi intensiva, desde 08.05.2003.

(Sobre o CAPS) Através das terapias que faço, oficinas e nos trabalhos. Aqui e acolá acontecem discussões. Eu fico querendo desabafar, fico nervoso.

(Sobre o trabalho). Não posso dizer porque nunca trabalhei na vida. Pessoas no meu caso que sintam esses problemas para trabalhar, gostariam muito de trabalhar. Um dinheirinho para comprar as coisas. Fui internado por um mês e quinze dias numa clínica. Ninguém saía pra canto nenhum. Os homens são separados das mulheres (diferentemente do CAPS). Passava o dia jogando dominó.

3º Depoimento

R. M., 32 anos, desde junho 2003. Modalidade não intensiva.

CID 10: F31.2

O CAPS ajuda porque aqui sinto segura. Mas eu não sou doida. Apenas tenho os nervos abalados. Fui internada em cinco clínicas. Os outros judiavam, os guardas amarravam, batiam... aqui faço amizades. (...) Se der serviço, trabalho de graça, com prazer, para ter dinheiro para ir às festas. Sociedade é família e eu quero que meu pai pare de bater em minha mãe. No dia das mães, o meu marido me abandonou porque eu pedi a ele um almoço diferente. Espero voltar para o meu ex-marido porque meu pai não me aceita em casa. Me chama de rapariga. Quanto mais o meu pai me botar aqui, pior eu saio. Terapia que mais gosto é de dançar e fumar. As pessoas na rua me chamam de

doida mas é pura inveja. (...) Quero retomar a filha, pedir idenização e ficar em casa com meus três filhos.

4º Depoimento

J. S. S. CID 10: F20.0

No Sistema CAPS desde 2005, modalidade não intensiva.

Gosto dos amigos e amigas. Todo mundo é bom para mim, mas é porque eu sei entrar e sei sair. Já fui internado em Sergipe. Mora lá cinco filhos meus. Quando eu passo dois meses sem tomar o remédio, eu enlouqueço, desconheço a família. Sou pescador profissional. Pesco nos açudes de Pombal, Logradouro e São Bentinho. Trabalhei 39 anos na agricultura até ter que sair. O trabalho do pobre é perdido porque os ricos não dão valor a pobre. Compram a mercadoria de graça. Só dá 42 reais num saco de feijão. Sou operado de duas hérnias. Tenho 18 filhos, onze de uma e seis de outra e mais um com a cunhada. E nenhum ajuda. Esse último filho, deram a uma mulher rica e soube notícias que ele era doutor. O que mais gosto de fazer é de aguar as plantas. Eu tinha vontade de ser guarda, para guardar a cidade toda. Falo no cemitério. Falo com os mortos e até tomo banho lá.

5º Depoimento

De S. A. S, 28 anos, desde 30.06.2003.

Gosto de passar o dia no CAPS e ir para casa. Gosto de fazer as atividades de pintar, botar meu nome e fazer os negócios de barro. Venho dois dias por semana. Antes vinha todos os dias. Moro com o meu pai,

minha mãe, meu irmão e minha irmã. Eu só saio com meu pai e minha mãe porque ela tem muito cuidado em mim. Eu não tenho amigos na rua, só tenho aqui. Porque eu não saio de casa para conversar. Eu gosto de trabalhar só em casa, porque eu não saio muito de casa. Às vezes só saio para ir na casa do vizinho. Eu varro casa, lavo minha roupa, lavo prato e enxugo. Minha irmã só vive andando, mas ela não gosta de andar comigo, só minha mãe. Meus primos moram em São Paulo. As pessoas na rua, têm uns que me tratam bem, outros não. Tem vez que os homens na rua me chamam de doida, mas eu não dou a mínima. Eu vou aos passeios do CAPS. Eu não perco um. Me distraio mais.

6º Depoimento

J. A. A., 36 anos, modalidade semi-intensiva, desde 02.06.2003.

Gosto de estar aqui no CAPS para fazer tratamento. Antes fiquei em várias clínicas. O que mais gosto é Oficina da Pintura. Trabalhei muito com meu pai na agricultura, catando algodão com dez anos, fazendo carvão, eu e meus irmãos. Fui estudar com 18 anos, mas minha cabeça doeu e eu não agüentei estudar. Moro na casa de minha mãe com meu irmão e minha irmã, que agora está tomando droga e ninguém agüenta mais. Ela era casada com um cabra ruim, que chegava em casa e arrastava ela pelos cabelos. Ela separou-se. Minha mãe vive numa casa pertinho de nós, mora com um homem que vende picolé. Moramos numa favela que até a polícia tem medo de entrar. Tem muito elemento ruim. O meu pai batia em mim e me amarrava. Não agüento trabalhar porque tenho esse problema na ca-

beça. Foi quando tinha um ano e minha irmã estava comigo nos braços e batia em minha cabeça, num banco de madeira. Começou o problema quando fiz meus documentos. As pessoas na rua mexem comigo, apelidam eu, ficam instigando, eu adoço. Eu nem ligo mais, nem me importo mais. Não é só um que chama. Um grito chama o outro. Eu deixo passar.

14 Para concluir

A substituição do modelo clássico do saber psiquiátrico (com atenção centrada na doença, no indivíduo e no hospital) pelas instituições como o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – objetiva acolher diariamente os pacientes portadores de transtorno mental com direito a um projeto terapêutico personalizado, estimular sua integração familiar e reinserção social através do acesso ao trabalho, lazer e direitos civis para assim fortalecer os laços familiares e comunitários.

Somente no século XX é que se começou a olhar a loucura com um olhar científico, antes disso o louco era visto como uma ameaça à lei e à ordem social, por isso era encarcerado e excluído até a morte nos hospícios — palavra pertencente à mesma bacia semântica que hospital, hospedaria, lugar também de prostitutas, vagabundos e bandidos, o que fortalecia o cruzamento entre a justiça e a medicina. “A noção de periculosidade social, associada ao conceito de doença mental formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase igualdade de identidade do gesto que pune àquele que trata” (Barros, 1994:34).

Com Pínel, o primeiro médico conhecido, o louco é libertado das amarras e o hospital passa a ser um local de estudo para a doença

mental, pois ali, Pínel classifica e cataloga os sinais e os sintomas das síndromes psiquiátricas. Depois é o que se vê até os dias de hoje: o manicômio é o lugar do louco, totalmente tutelado, sem nenhum direito, com instalações precárias e sem a função de recuperação como prioridade.

Por isso a atual política do Ministério da Saúde é substituir gradativamente os hospitais psiquiátricos pelos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), como estabelecimentos legitimados para a assistência à saúde mental no âmbito do SUS, sabendo-se que os CAPS não podem ficar isolados do conjunto de serviços de saúde em geral. Lá se desenvolve um verdadeiro trabalho de equipe, visando à superação das disciplinas tradicionais.

No Estado da Paraíba, distribuídos em alguns municípios, de pequeno, médio e grande porte, existem dezenove unidades dos centros de atenção psicossocial, classificados em vários níveis: CAPS I – municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, funcionando das oito às dezoito horas, de segunda à sexta-feira; CAPS II – municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, das oito às dezoito horas, de segunda à sexta; CAPS III – municípios com população acima de 200 mil habitantes, funcionando 24 horas, nos finais de semana e feriados; CAPS i – para o público infantil, funcionando durante toda a semana, das oito às dezoito horas e CAPS ad – para usuários com transtorno mental ou comportamental devido ao uso nocivo de álcool e outras drogas. Em nossa argumentação objetivamos divulgar a Reforma Psiquiátrica, que vem se mostrando efetiva na substituição do modelo hospitalocêntrico, mas sabendo das dificuldades em implementá-la.

15 Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P (org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.
- BEZERRA JR., BENILTON. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. Em Guimarães e Tavares (orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.
- CAPLAN, Gerald. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- CASTEL, R. “As armadilhas da exclusão”. Curso de Robert Castel. PUC-SP, 1996.
- COSTA, J. F. História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico. Rio: Xenon, 1976;
- CID-10 / Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para classificação de doenças em português. S. Paulo: EDUSP, 2000.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- DELGADO, Pedro Gabriel. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil. Rio de Janeiro: TeCorá, 1992.
- DELL’ACQUA, G; MEZZINA, R. “Resposta à crise”. Texto Publicado na Revista Per la salute mentale. Pratiche Recherche Culture dell’innovazione. Vol.I, nº 1, 1988, Trieste.
- FAGUNDES, Hugo. 1999 ‘Os Caps de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial’. *Cadernos Ipub*, Rio de Janeiro, nº 14, pp. 31-46.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. S. Paulo: Perspectiva, 1978. Tradução de José Teixeira Coelho Neto.
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- GOLDBERG, J. *Clínica da Psicose – Um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora, 1996, 2ª ed.
- MACHADO, R. *Ciência e Saber*. A trajetória de arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MARCONDES FILHO, C. *A produção social da loucura*. S. Paulo: Paulus, 2003.
- Caderno Informativo da III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Cuidar Sim, excluir não*. Brasília – DF, 2001.
- MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003. Trad. Pedrinho Guareschi.
- NUNES FILHO, E.P. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais / Eustachio Portella*

Nunes Filho, João Romildo Bueno, Antonio Egídio Nardi – S. Paulo: Editora Atheneu, 2005.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. “Desinstitucionalização uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados”. In: ROTELLI, F; LEONARDIS, MAURI, D. *Desinstitucionalização*. S. Paulo: Hucitec, 2001.

Bibliografia Digital

Entrevista com Naomar de Almeida Filho, por Paulo Amarante In: Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 5, nº 2. Rio de Janeiro, 2000.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200013

Bibliografia sobre a História da Psiquiatria no Brasil. In: Psiquiatria on line Brazil.

<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0505.htm>

FANTINI, J. A. *Violência e transgressão na mídia. Configurações em semiótica psicanalítica*. Anais do 24. Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Campo Grande/MS, setembro 2001 [cd-rom]. São Paulo: Intercom, 2001.

<http://reposcom.portcom.intercom.org.br/bitstream/1904/5049/1/NP15FANTINI.pdf>

GUERRERIO, G. Loucura em cena. In: *Revista Mente & Cérebro*. nº 155,

dez./2005. Publicação brasileira do periódico Scientific American.

http://www2.uol.com.br/vivermente/conteudo/materia/materia_37.html

Capturado em 22.01.2006

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt