

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO JANEIRO



ESCOLA
Serviço Social

“Ele é doente, mas pra mim ele não é”

Estudo das representações sociais de doença mental em crianças
do Projeto BRINCAR – IPUB/UFRJ

Maria Odila Rangel

Orientador: Professor Doutor Eduardo
Mourão Vasconcelos

Rio de Janeiro
agosto de 1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO JANEIRO
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social

“Ele é doente, mas pra mim ele não é”

Estudo das representações sociais de doença mental em crianças
do Projeto BRINCAR – IPUB/UFRJ

Maria Odila Rangel

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Escola de Serviço Social da Universidade Federal
do Rio de Janeiro como parte dos requisitos
necessários à obtenção de grau no Curso de
Formação de Assistente Social.

Orientador: Professor Doutor Eduardo Mourão
Vasconcelos

Rio de Janeiro
agosto de 1997

Agradecimentos

A
*Eduardo, meu orientador, pela paciência, pelo apoio
e por acreditar;*

*Augusta, minha mãe, por "segurar a barra
doméstica";*

*Luiz, meu marido, pelo apoio e por entender as
ausências;*

*Meus filhos e neto, por existirem e me
compreenderem;*

Edson e Carmem pelo incentivo e pelas entrevistas;

*Marcelo, cujas disponibilidade, solidariedade,
confiança e indicações seguras facilitaram o
caminho;*

*Reinaldo, por possibilitar a reprodução dos
desenhos;*

*Clema, companheira de profissão, que me levou às
crianças da escola municipal;*

Crianças da escola municipal, pela colaboração;

*Crianças do Projeto BRINCAR, razão deste trabalho,
por me mostrarem o caminho.*

Resumo

Em *Ele é doente, mas pra mim ele não é*, a autora estuda as influências do Projeto BRINCAR do Instituto de Psiquiatria da UFRJ na representação de doença mental nas crianças que participam de suas atividades, levando em consideração que elas convivem com representações polares do doente mental. No Capítulo I, contextualiza a reforma psiquiátrica no Brasil e no IPUB. No Capítulo II, resgata a história do Projeto BRINCAR. No Capítulo III, referencia as teorias que o fundamentam. No Capítulo IV, explica a metodologia utilizada. No Capítulo V, analisa as histórias elaboradas pelas crianças e apresenta os resultados. No capítulo VI estão as conclusões.

Palavras-chave

Projeto Brincar — Doença mental: representações sociais em crianças —
Saúde mental

Sumário

<u>INTRODUÇÃO</u>	1
<u>CAPÍTULO I : CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E INSTITUCIONAL</u>	2
A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	2
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	5
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO IPUB	6
<u>CAPÍTULO II : O PROJETO Brincar E SUA HISTÓRIA</u>	11
<u>CAPÍTULO III : EM BUSCA DE UMA BASE TEÓRICA MULTIFACETADA</u>	19
ESTIGMA	19
REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DA DOENÇA	23
TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	43
FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA ESTRUTURA COGNITIVA	47
PROPOSTA TEÓRICA DO PRESENTE TRABALHO: POSICIONAMENTO E JUSTIFICATIVA	52
<u>CAPÍTULO IV : METODOLOGIA</u>	55
DESENHO DA PESQUISA.	55
PROCEDIMENTOS PARA A ABORDAGEM DAS CRIANÇAS	56
RECURSOS E FONTES DE PESQUISA	57
<u>CAPÍTULO V : ANÁLISE DAS HISTÓRIAS ELABORADAS PELAS CRIANÇAS</u>	58
CATEGORIAS ASSOCIADAS À DOENÇA MENTAL	58
DESCRIÇÃO DO COMPORTAMENTO INDIVIDUAL DO DOENTE MENTAL	59
COMPORTAMENTO DO DOENTE MENTAL COM OS OUTROS	61
DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO DO DOENTE MENTAL	61
REFERÊNCIA CONTEXTUAL	62
CRITÉRIOS PARA A ATRIBUIÇÃO DE SER DOENTE/NÃO DOENTE	63
COMO O HOSPITAL É REPRESENTADO PELAS CRIANÇAS NO DESENHO	65
RELAÇÃO COM A INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA E AVALIAÇÃO DA INTERNAÇÃO	65
RELAÇÃO DA FAMÍLIA COM A INTERNAÇÃO	66
ESTIGMA	67
COMO O DOENTE MENTAL É APRESENTADO, NO EIXO GERACIONAL (ADULTO/CRIANÇA)	68
<u>CONCLUSÕES</u>	69
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	74
<u>ANEXO I : ENTREVISTAS COM CRIANÇAS DO PROJETO BRINCAR</u>	75
<u>ANEXO II : ENTREVISTAS COM CRIANÇAS QUE NÃO CONHECEM O PROJETO</u>	93
<u>ANEXO III : ENTREVISTAS COM TÉCNICOS DO PROJETO BRINCAR</u>	110

Introdução

Como parte do estágio supervisionado em Serviço Social no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em meados de 1995 comecei a participar das atividades do Projeto BRINCAR, que acontecem todos os domingos, de 14 às 16 horas, no pátio do Instituto. A equipe do projeto recebe as crianças que visitam parentes internados, promovendo jogos e brincadeiras dos quais participam as crianças, seus familiares e outros pacientes. O objetivo é promover, através do lúdico, uma melhor interação entre as crianças e seus familiares internados, buscando recuperar os vínculos interrompidos com a internação.

Observando as crianças e os adolescentes a brincar com membros da equipe e pacientes, comecei a refletir sobre a relação que passariam a ter com a loucura, não mais restrita ao parente internado ou à casa onde convivem. Surgiu, então, a indagação sobre a possível influência do Projeto nas representações sociais de doença mental nessas crianças.

Este trabalho tem como objeto de estudo as possíveis influências do Projeto BRINCAR do Instituto de Psiquiatria da UFRJ nas representações sociais de doença mental nas crianças que participam de suas atividades, levando em consideração que elas convivem com diferentes representações polares do doente mental: a estigmatizante e excludente, hegemônica na sociedade em geral, e a do Projeto BRINCAR que inclui, respeitando suas limitações, seus desejos e suas necessidades.

No Capítulo I, procuramos contextualizar a reforma psiquiátrica no Brasil e no IPUB. No Capítulo II, buscamos resgatar a história do Projeto BRINCAR. No Capítulo III, procuramos a contribuição de teorias que possibilitassem uma melhor compreensão deste trabalho. No Capítulo IV, explicamos a metodologia utilizada. No Capítulo V, fazemos a análise das histórias elaboradas pelas crianças e apresentamos os resultados. No capítulo VI, estão as conclusões.

Capítulo I

Contextualização histórica e institucional

1. A Reforma Psiquiátrica Brasileira

No final da década de 70, o Brasil vê ressurgirem os movimentos sociais. O fim do milagre econômico prometido pela ditadura militar traz o aumento do desemprego e da miséria. Diversos segmentos da sociedade se organizam na luta por liberdade, democracia e melhores condições de vida e trabalho. Nasce nessa época o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro, a partir de denúncias de técnicos sobre as condições salariais e de trabalho, o sucateamento dos hospitais e o consequente comprometimento do atendimento. Em seguida, a greve e, como consequência, a demissão em massa de trabalhadores da área de Saúde Mental. É o MTSM que impulsiona as discussões sobre a necessidade de transformação das práticas de atendimento ao doente mental, surgindo daí as reflexões e críticas à psiquiatria tradicional, com seu modelo de asilamento e práticas que privilegiam a doença e ignoram o sujeito doente.

Na década de 80, com a abertura democrática, eleições diretas e nova Constituição, há o fortalecimento e expansão do MTSM com propostas concretas de transformação do setor, culminando com o Projeto de Lei n.º 3657 do deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), que propõe a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços alternativos à internação; regulamenta a internação psiquiátrica compulsória; proíbe a construção de novos manicômios e dá competência a Estados e Municípios para implantar a Reforma Psiquiátrica (Vasconcelos, 1992).

Na mesma ocasião, os segmentos favoráveis à continuidade do asilamento — entre eles a Federação Brasileira de Hospitais (representando os

donos de hospitais privados) e a indústria farmacêutica — se organizam e atacam violentamente os partidários da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, os usuários também formam organizações próprias e se aliam ao MTSM. Divididos, os familiares criam associações pró e contra a reforma.

A mobilização dos diferentes segmentos comprometidos com a transformação das práticas e do saber psiquiátrico tradicional resulta no desmonte dos antigos asilos e implantação de novos modelos de atendimento, como hospital-dia, ambulatório, centro de convivência, oficinas e outros serviços. Essa transformação se dá, em maior ou menor escala, nas diversas regiões do país, de acordo com os recursos econômicos e o nível de compromisso dos trabalhadores em saúde mental, assim como com o grau de organização e conseqüente poder de pressão das associações de usuários e familiares.

No final da década de 80, a reforma psiquiátrica em andamento passa por novas mudanças, indo da influência norte-americana, com a Psiquiatria Preventiva, para um novo modelo de assistência ao doente mental, influenciado principalmente pela Psiquiatria Democrática italiana, cuja estratégia principal é a desinstitucionalização. O novo modelo também é influenciado pelas abordagens teóricas inglesa e nórdicas de valorização de papéis sociais e pelas abordagens teóricas francesa e sul-americanas (Argentina e Brasil) que privilegiam a psicanálise, o trabalho com grupos e a análise institucional (Vasconcelos, 1997: 21).

Segundo Vasconcelos, o paradigma que privilegia a desinstitucionalização “busca superar os limites da visão sanitarista” (Idem: 21) dos anos 80, que “centra as possibilidades de mudança apenas nas macro-estruturas econômica, institucional e política”, “sem interferir no próprio processo interno de produção dos serviços” (Ibidem: 21); constituindo uma orientação “tecnicista/burocrática” (Ibidem: 21) que supõe a garantia de mudança apenas contratando técnicos, planejando e descentralizando o atendimento; “fordista” (Ibidem: 21) na medida que propõe a “produção em massa de ser-

viços padronizados” (Ibidem: 21) sem considerar a diversidade e singularidade dos usuários dos serviços de saúde mental.

Portanto, a busca de superação do modelo sanitarista implica tanto mudanças no sistema de saber como na maneira de cuidar das pessoas que procuram os serviços de saúde mental, num movimento de renovação que se caracteriza pela “desconstrução” dos saberes instituídos e que necessariamente atingirá os hospitais e serviços psiquiátricos em seu aspecto normatizador e controlador (Ibidem: 21) assim como o “saber psiquiátrico tradicional” (Ibidem: 21) e a “psicopatologia” (Ibidem: 21), atingindo, portanto, o sistema de teorias que legitima a intervenção psiquiátrica tradicional baseada no “problema-solução, doença-cura” (Ibidem: 21). Assim, o novo paradigma dá prioridade à “reinvenção da saúde”, “da existência-sofrimento dos pacientes”, “no sentido da produção de vida, de sentido de sociabilidade, a utilização de formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (Rotelli *in* Vasconcelos, 1996: 22), tornando o objeto de conhecimento e intervenção mais amplo e complexo (Vasconcelos, 1996: 22).

A nova abordagem, que dá primazia à reinvenção da saúde, “insere a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania” (Idem: 22) na luta pelos direitos político, civil e social do doente mental e seus familiares.

Novas estratégias são, então, traçadas com prioridade para a pessoa em sofrimento e não para a doença. Ou seja, passando de uma concepção de tratamento da doença para uma concepção de cuidados com a pessoa doente. Nessas estratégias, a prioridade é o atendimento da clientela que procura internação nos hospitais e é “identificada tradicionalmente pela categoria de psicose ou de neurose grave” (Ibidem: 22).

Assim, no novo paradigma, torna-se necessária uma mudança radical no trabalho em saúde mental, que implica: o envolvimento dos trabalhadores em saúde mental com participação na organização e gestão dos serviços; a participação dos usuários e seus familiares possibilitando mudanças na re-

lação de poder entre a instituição e os usuários; a descentralização da oferta de serviços onde cada unidade se “faz responsável” (Ibidem: 22) por determinada área do município e sua população, rompendo os limites das especializações e buscando uma interação com a comunidade; a necessidade de transformar a representação do doente mental e da loucura na sociedade, começando pela mídia, “no sentido de não rejeitá-la e segregá-la, e aceitar o diálogo com nossas dimensões sombrias” (Ibidem: 23).

Após esta breve síntese da reforma psiquiátrica no Brasil e o paradigma que orienta a compreensão atual da loucura, passaremos ao relato da implantação da reforma psiquiátrica no IPUB.

2. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro¹

Em 1852 foi inaugurado na atual Praia Vermelha o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, sob a direção da Santa Casa da Misericórdia, com o objetivo de dar assistência aos doentes mentais. Na época, foi considerado revolucionário, por oferecer tratamento ocupacional com música e oficinas de trabalhos manuais, além de pátios onde os internos podiam estar ao ar livre.

Em 1881 criou-se a cadeira de Psiquiatria na Faculdade de Medicina e em 1887 o hospital passou a ser dirigido por um catedrático de Psiquiatria.

Em 1890 o hospício separou-se da Santa Casa e passou à administração do Estado. Abriu-se o Pavilhão de Observações, também dirigido por um catedrático de Psiquiatria. Aí se fazia a triagem dos casos clínicos que interessavam ao estudo dos alunos da Faculdade de Medicina. Esse pavilhão, mais tarde, transformar-se-ia no Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência aos Psicopatas, mantendo o mesmo objetivo de ensino e pesquisa.

¹ Cf. GERALDES, M. T. M. (Org.). *Instituto de Psiquiatria — Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1938-1995*, pp. 15 a 17. Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação Social/IPUB, 1995.

Em 1903 foi nomeado para dirigir o hospício o professor Juliano Moreira, que introduz mudanças no atendimento, abolindo camisas-de-força, derrubando grades e iniciando o atendimento a pacientes externos e crianças, além de outras mudanças no tratamento clínico. Data dessa época a primeira lei federal de assistência psiquiátrica, que reformulou a prestação de serviços aos doentes mentais.

Em 1938 o hospício foi transferido da Praia Vermelha e o Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal incorporado à Universidade do Brasil, transformando-se o Pavilhão Rodrigues Caldas e seus anexos no atual Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Desde sua criação, o Instituto tem como objetivo o ensino e a pesquisa.

3. Reforma Psiquiátrica no IPUB

Na passagem da década de 80 para a de 90, o IPUB atravessou grandes mudanças, impulsionadas pelas idéias do movimento de reforma psiquiátrica e por medidas legais e administrativas decorrentes da discussão do Projeto de Reforma Psiquiátrica do Deputado Paulo Delgado. Limitou-se o tempo de internação e criaram-se:

- a) o Hospital-Dia — posteriormente, Centro de Atenção Diária (CAD) — suporte de longo prazo após a internação, onde pacientes com distúrbios graves contam com apoio multidisciplinar de profissionais que, num trabalho conjunto, buscam sua ressocialização. Esses pacientes, na maioria das vezes, apresentam históricos de anos de internações sucessivas em instituições fechadas;
- b) as oficinas terapêuticas, com desenho, pintura, culinária, jardinagem.

No entanto, a instituição como um todo ainda continuava resistente às mudanças. Os depoimentos de Carmem Tourinho e Edson Saggese (Anexo 3)

nos permitem rápida avaliação do funcionamento do IPUB, na passagem para a década de 90, com suas mudanças e permanências.

Os ambulatórios já contavam com serviços de assistência a adultos, crianças e adolescentes. Havia forte influência da psicanálise argentina nos trabalhos com grupos e família e uma preocupação maior com os problemas sociais; essa tendência era mais marcante no serviço de atendimento a crianças e adolescentes. Na atenção a adultos, a prioridade continuava sendo o tratamento medicamentoso, mas já se contava com atendimento psicoterápico de orientação psicanalítica.

No serviço de internação é que se verificavam as características de instituição fechada. Apesar da limitação do tempo de internação, as práticas continuavam carcerárias e desumanas. Nessa época, foi criado o Programa de Assistência ao Paciente Psiquiátrico — PAPP, coordenado pelo então residente Ricardo Vaz e a assistente social Carmem Tourinho — reunindo pessoas que trabalhavam nas enfermarias e estavam preocupadas com mudar a qualidade da assistência aos internados. O Programa conseguiu organizar os pacientes e realizar assembléias periódicas, nas quais eram discutidas e encaminhadas à direção reivindicações para a melhoria das condições das enfermarias.

Produziram-se mudanças significativas. Na época, não havia copos e as pessoas internadas tinham que tomar água em caixas de margarina; não havia água quente para o banho; os colchões estavam em péssimas condições. Ademais, não havia armários ou mesas de cabeceira para que as pessoas guardassem seus objetos pessoais. Ou seja, os internados eram isolados e despojados de seus pertences, com a desculpa de que não havia onde guardá-los. A ligação com “o mundo lá fora” se dava nos horários de visita, uma hora pela manhã e outra à tarde. Os pacientes, sempre vigiados por enfermeiros e carregando sacos plásticos com alguns objetos pessoais.

Através do PAPP foi possível melhorar as condições das enfermarias, com a compra de colchões, canecas, chuveiro elétrico e mesinhas onde os

internados pudessem guardar suas coisas. Mas as normas e as práticas continuavam as mesmas: o horário de visita era separado para homens e mulheres e o tratamento se baseava fundamentalmente em medicamentos. Restava a essas pessoas internadas comer, dormir e tomar remédios.

Aos poucos foram acontecendo as mudanças, não partindo de determinações institucionais, mas de iniciativas de um grupo de funcionários e estudantes dos cursos de especialização, identificados com as propostas de reforma psiquiátrica. Hoje, podemos observar a quebra de algumas normas que produziam o isolamento das pessoas internadas em situação de crise psíquica:

- os pavilhões são mistos, homens e mulheres convivem no mesmo espaço dentro e fora dos pavilhões;
- os clientes podem participar das atividades das oficinas terapêuticas, desenho, pintura, culinária, música, etc.;
- um dos pavilhões permanece fechado por abrigar os pacientes considerados muito agitados e descontrolados, mas o outro fica aberto praticamente o dia todo, possibilitando a circulação das pessoas sem necessidade de autorização especial;
- os clientes podem receber visitas de suas crianças, até mesmo dentro do pavilhão que permanece aberto.

No entanto, é possível verificar, ainda hoje, resistências, principalmente dos psiquiatras e do pessoal de enfermagem. A inserção desses profissionais nas novas propostas de trabalho que privilegiam a pessoa doente, com sua singularidade e diversidade, ainda é muito pequena. Existe resistência em participar de uma proposta que exige a implicação dos diversos profissionais que atuam na saúde mental num trabalho conjunto, no qual as especializações são relegadas a segundo plano e os saberes se complementam na busca de respostas para aliviar o sofrimento psíquico de um sujeito uno, não compartimentado.

Cabe ressaltar os avanços na implementação de projetos que, de acordo com as propostas de reforma, visam ao resgate da cidadania do doente mental. Num trabalho conjunto com profissionais de outras instituições foram criados:

- o *Clube da Esquina*, onde a clientela de diversas instituições, seus amigos e familiares têm possibilidade de se encontrar e levar uma vida social, fazendo passeios, indo ao cinema, organizando festas e outras atividades que o estigma e o isolamento lhes haviam negado;
- a Cooperativa e o Projeto de Trabalho que permitem a essas pessoas um retorno a atividades laborativas, de acordo com suas características, num processo que permite o resgate da autoconfiança perdida, por serem considerados incapazes, e de relações de trabalho com base no respeito e cooperação.

É necessário apontar os fatores que possibilitaram essas mudanças: por um lado temos um grupo de profissionais comprometidos com a construção de novas estratégias de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico, com uma visão de promover saúde, de respeito e resgate dos direitos civis, políticos e econômicos dessas pessoas e procurando ampliar à sociedade essa nova maneira de compreender a loucura. Por outro lado, no IPUB, temos uma direção que apóia todas as iniciativas em direção à Reforma Psiquiátrica, até mesmo redimensionando o espaço físico da instituição, com novas construções para abrigar os serviços já existentes e outros a serem implantados.

Entretanto, ainda há muito a fazer, principalmente em relação à mudança das práticas dos profissionais que trabalham no campo da saúde mental. Mas isso é parte de um processo que inclui a mudança da relação dos profissionais na assistência cotidiana, como também iniciativas como cursos e palestras, encontros onde se possa discutir e trocar experiências,

sempre com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares.

Entre as iniciativas de mudança no IPUB, surgidas no final da década de 80, está o Projeto BRINCAR que, como veremos no próximo capítulo, provocou muita resistência com sua proposta de trazer crianças para dentro do hospício, lugar onde se mantinham pessoas consideradas perigosas por serem loucas, atitude que reafirmava o estigma e o preconceito da maioria dos funcionários da instituição.

Capítulo II

O Projeto BRINCAR e sua história

O Projeto BRINCAR nasce, no final da década de 80, da preocupação de alguns profissionais com uma situação observada e vivenciada no cotidiano do Instituto de Psiquiatria.

O psiquiatra Edson Saggese, do setor Infante-Juvenil, e as assistentes sociais Carmem Tourinho e Rochelle Gabbay² presenciavam diariamente cenas onde crianças, filhos e parentes de pessoas internadas no IPUB, ficavam do lado de fora do portão de entrada, chorando, e de lá podiam ver ao longe o pai, a mãe, o avô ou outro parente querido, sem poderem se aproximar ou serem tocados. Do lado de dentro, o familiar internado não podia se aproximar do portão. No Serviço Social, todos os dias pacientes reivindicavam o direito de estar com seus filhos, sobrinhos, netos. Algumas puérperas, internadas logo após o parto, não se conformavam em não poder ver seus bebês. Às vezes, o porteiro, comovido com o desespero de filhos e pais, deixava a criança entrar até o primeiro quebra-mola, pintado de amarelo, dentro do Instituto e abraçar o familiar internado. Esse momento era raro, tinha que ser rápido e vigiado pelo porteiro, pois contrariava a norma que proibia a entrada de crianças no hospital.

Edson, Carmem e Rochelle começaram a se reunir e discutir uma estratégia para contornar o problema. Estava claro para eles que o afastamento das crianças de seus familiares trazia danos não só aos pacientes, internados em situação de crise, como também para as crianças que, quando vinham ao hospital só podiam vê-los através das grades do portão. Na maioria das vezes as crianças não vinham ao hospital, só retornando a ver o pai ou a mãe quando estes voltavam para casa. Alguma coisa tinha que ser feita para terminar com essa situação.

²Edson Saggese é psiquiatra, Coordenador do Setor Infante-Juvenil do IPUB, Coordenador do Projeto BRINCAR e professor do IPUB. Carmem Tourinho é Coordenadora do Setor de Serviço Social do IPUB e Coordenadora do Projeto BRINCAR. Rochelle Gabbay é assistente social do IPUB.

Após alguns encontros, ficou definido que a melhor estratégia para a entrada das crianças no Instituto seria utilizar o lúdico como mediação nessas relações interrompidas pela internação. Em fins de 89, o grupo recebeu a adesão de alguns profissionais e estagiários do Instituto e encaminhou à direção uma proposta de trabalho com pacientes internados e seus filhos menores. Baseando-se em pesquisas dentro da instituição — com médicos, porteiros, pessoal de enfermagem — verificou não haver qualquer fundamento na proibição da entrada de crianças. Ela só se justificava no preconceito contra o doente mental.

O projeto se baseou teoricamente em estudos que apontam a importância das figuras materna e paterna no desenvolvimento da criança e problemas que podem surgir com o “desaparecimento” de um dos familiares: fantasias de morte, sentimentos de perda ou de culpa; bem como a importância do brincar como espaço no qual o lúdico possibilita a interação entre as crianças, seus familiares e outras pessoas internadas.

As primeiras atividades aconteceram de maneira precária, pois a equipe era pequena e a tensão constante. Havia uma resistência muito grande e algumas pessoas achavam que algo muito grave poderia acontecer. Mas a aposta dos membros da equipe do Projeto era outra: viabilizar um espaço lúdico compartilhado por crianças e adultos em crise. Começaram com atividades num dia útil e verificaram que o comparecimento das crianças era pequeno, pois os adultos que podiam trazê-las trabalhavam e as crianças tinham seus compromissos escolares. Decidiram, então, que o melhor dia seria o domingo. Isso gerou mais um problema, já que o Instituto ficava mais fechado nos finais de semana — os técnicos não trabalhavam, com exceção do médico plantonista e do pessoal de enfermagem, que era reduzido. O Projeto ameaçava as normas vigentes e, se uma parte da diretoria apoiava a iniciativa, a outra era totalmente contra.

Finalmente, depois de vencer as resistências, conseguiu-se autorização para realizar as atividades aos domingos, durante um por mês. As crianças

começaram a comparecer em maior número e o Projeto ganhou a adesão de outros profissionais do Instituto. Após cada atividade ela se reunia para avaliar os resultados e programar as próximas atividades. Nessa época foram feitas entrevistas com os pacientes internados, os familiares visitantes, os médicos e outros profissionais. Os resultados foram todos positivos. As crianças ficavam mais tranqüilas em casa e os pacientes internados menos ansiosos após a visita das crianças. A equipe havia conseguido permissão da diretoria para que durante as atividades do Projeto o horário de visita fosse misto. Até então as mulheres saíam para o pátio durante uma hora, depois entravam para que os homens pudessem receber suas visitas. Em consequência, a criança só podia ficar um hora com seu familiar.

Conquistado esse espaço, a tensão continuou até que, em setembro de 1990, um integrante da Comissão de Ética do Instituto encaminhou à diretoria uma carta questionando o Projeto. Os cuidados manifestados nesse documento pelo integrante da Comissão de Ética são com os “riscos” que as mulheres internadas correriam ao receber visitas junto com os homens e a que as crianças se exporiam por estar em contato com pacientes “delirantes” e “violentos”. Mas a preocupação por trás do questionamento não era com a integridade física ou emocional de crianças e pacientes. Na verdade a preocupação está explicitada no final da carta, quando surge a pergunta: “Havendo algum acidente quem será o responsável, o diretor e/ou os pesquisadores?”. Assim, fica claro que o problema era estabelecer responsabilidades. Cabe ressaltar que a Comissão de Ética tinha uma função meramente burocrática e a única vez que efetivamente se reuniu foi para julgar o Projeto BRINCAR, que havia tocado em normas que disciplinavam a vida das pessoas internadas.

A partir daí, o Projeto foi proibido de funcionar. Em carta ao então Diretor Clínico do Instituto, o Coordenador do Projeto resalta os danos que pode causar o afastamento das crianças de seus familiares internados, além de lembrar que até em presídios de segurança máxima as crianças têm o direito de ver seus familiares presos. Cita o Estatuto da Criança e do Adoles-

cente, que não impõe restrições desse tipo, e afirma que o Projeto vem garantir o direito das crianças a estar com seus familiares.

Em novembro de 1990 o Coordenador do Projeto BRINCAR recebeu um comunicado do Diretor Clínico suspendendo as atividades do Projeto e colocando uma série de exigências para que volte a funcionar. As exigências viviam somente a estabelecer a responsabilidade em relação ao “risco” do contato de crianças com adultos em crise, exigindo:

- autorização “por escrito” do médico assistente do paciente a ser visitado pela criança, do responsável pelo paciente e pela criança;
- nome e função dos participantes do Projeto, encaminhado à direção dois dias úteis antes da atividade, ressaltando que, no caso de não cumprimento, a responsabilidade seria do coordenador do Projeto;
- delimitação “estrita” do espaço físico onde as atividades se realizariam;
- suspensão das atividades nos fins de semana;
- obrigatoriedade da participação da enfermagem nas atividades.

Em resposta a essas exigências, o Coordenador do Projeto aponta o fato de serem descabidas e arbitrárias, impossibilitando o objetivo principal do Projeto, promover a interação entre os pacientes internados, seus familiares e suas crianças, insistindo mais uma vez na violação dos direitos humanos que se constitui a proibição de pessoas internadas receberem a visita de filhos menores.

Houve intensa mobilização dentro do Instituto, a Coordenação do Projeto buscou alianças dentro e fora da instituição. Promoveu-se um centro de estudos, onde o Projeto foi discutido com a participação de várias organizações que trabalham com a questão da criança e do adolescente, inclusive os responsáveis pela implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que se pronunciaram a favor do Projeto como iniciativa a ser incentivada e não proibida. Outras entidades também mandaram cartas de apoio, entre

elas o Comitê de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro. Mesmo com todo o apoio recebido, o Coordenador do Projeto, Edson Saggese, foi obrigado a assinar um termo de responsabilidade pessoal pelo que pudesse ocorrer durante as atividades do Projeto BRINCAR — a instituição se isentava de responsabilidades. Edson comenta em sua entrevista (Anexo 3) Ter sido significativo o comentário do Diretor Clínico da época: “Esse Projeto de vocês é uma coisa espantosa, ou vocês vão ganhar o Prêmio Nobel ou vão ser presos”.

O Projeto voltou a atuar, mas a equipe era ainda muito pequena, impossibilitando a manutenção das atividades todos os domingos. Em 1991 outras pessoas aderiram, entre elas o psicólogo Marcelo Maciel³, que fazia mestrado em educação e se interessou pela proposta de trabalhar com crianças, sua área de atuação. Marcelo se apaixonou pelo Projeto e somou-se à equipe. Nas discussões surgidas com a suspensão do Projeto, foi sugerido que o BRINCAR se transformasse num projeto de pesquisa e extensão, abrindo caminho à participação de graduandos, uma vez que alunos de especialização já participavam. As atividades continuaram com a pequena equipe que, mesmo fazendo só um domingo por mês, via surgirem resultados positivos: a demanda dos pacientes que encaravam o projeto como um momento de alegria no pátio do hospital e os familiares que muitas vezes relataram a mudança de comportamento de crianças que se haviam tornado ansiosas e até agressivas com a internação dos pais e, após virem ao hospital, ficaram mais tranqüilas, convivendo melhor com a situação (Edson, Anexo 3).

Somente em 92 foi possível a aprovação do BRINCAR como Projeto de Pesquisa e Extensão. Houve um processo de seleção para o qual se candidataram cerca de 90 alunos de graduação e foram escolhidos seis, que passaram a receber bolsas da Universidade. Assim, houve quase um recomeço com o crescimento da equipe, e foi possível programar atividades todos os domingos. O Projeto, finalmente, decolou.

³Marcelo Maciel é psicólogo e professor convidado no Projeto Brincar /IPUB e no Projeto Brincar 2 no Hospital Fernandes Figueira/FIOCRUZ.

Em 94, dois acontecimentos marcaram em definitivo o BRINCAR como iniciativa da maior relevância na promoção de saúde mental: implantou-se o Projeto BRINCAR 2, nas enfermarias pediátricas do Hospital Fernandes Figueira, e o Prêmio Criança 94 da Fundação ABRINQ foi oferecido ao Projeto pela relevância do trabalho com crianças na área da saúde. Esses acontecimentos facilitaram o trabalho no Instituto, além de diminuir as resistências.

A coordenação do Projeto BRINCAR enfrentou com firmeza todas as resistências no Instituto de Psiquiatria. Hoje podemos ver homens e mulheres recebendo visitas e transitando pelo pátio; há um pavilhão aberto praticamente o dia todo; é possível ver crianças transitando pelo pátio e dentro do pavilhão aberto, a qualquer dia e a qualquer hora. É possível afirmar que essas mudanças de normas disciplinares foram impulsionadas pelo Projeto BRINCAR, que ousou apostar no convívio entre homens e mulheres em situação de crise e suas crianças.

No início o Projeto investiu muito na luta para romper com normas restritivas e possibilitar, através do lúdico, que as pessoas internadas pudessem manter seus papéis de pai e mãe. Na medida em que hoje essas normas não existem mais, como o Projeto BRINCAR vem adaptando seus objetivos ao novo contexto? Dada a maior limitação no tempo de internação, a grande rotatividade atual traz sempre ao Instituto novas pessoas internadas e suas crianças. Portanto continua necessário o trabalho proposto desde o início, que pode ser visto como uma mediação, através do lúdico, das relações entre os pacientes, as famílias e as crianças. Por outro lado, mesmo que não se possa afirmar que as crianças que participam do Projeto passam a ter uma representação diferente da doença mental, o BRINCAR aposta na mudança de relação da criança com a doença mental.

Os principais coordenadores do Projeto, Edson e Carmem, e o professor convidado Marcelo Maciel continuam apostando numa mudança nessa criança, que *lá fora* está acostumada a ouvir que “maluco é perigoso e irresponsável”, ou coisas piores; que carrega o estigma de ser filho, sobrinho,

neto de “maluco”; que traz *lá de fora* uma visão que exclui e marginaliza o doente mental e quando chega no hospital verifica que às vezes é difícil saber quem é doente e quem não é. Vem ao Projeto BRINCAR e joga bola, conversa, desenha e brinca com essas pessoas. O cotidiano do Projeto mostrou que as crianças maiores às vezes ficam um pouco tensas na primeira visita, mas na terceira, com certeza, já incorporaram o espaço com toda a subjetividade que o compõe, com a alegria das brincadeiras e até o sofrimento que às vezes pode ser visto em pacientes. E isso é construtivo na medida em que, como diz Carmem (Anexo 3), “a vida lá fora não é feita só de coisas boas”, as crianças convivem com seu familiar que hoje pode não estar muito bem, mas amanhã estará melhor, e a criança pode vivenciar essa mudança, da mesma maneira que geralmente estão presentes quando o familiar entra em crise e muitas vezes é levado com violência pelo corpo de bombeiros ou pela polícia.

Marcelo aponta para a contribuição do projeto na mudança da representação da criança na medida em que ela ainda está estruturando conceitos, organizando-se e assimilando o mundo, fazendo novas adaptações e novas assimilações, e construindo sua representação de mundo. Existe uma aposta na mudança, pois se a criança vem com uma imagem carregada de preconceitos, visão hegemônica na sociedade, ela encontra um espaço onde se procura desmistificar esses preconceitos, a partir do qual, no mínimo, a criança passará a refletir sobre isso. Marcelo define muito bem o trabalho do Projeto quando diz que “não é um projeto clínico, não é um projeto de psicanálise, não é um projeto de terapia familiar, não é um projeto de oficina, não é um projeto de arte, mas ele toca, o BRINCAR passa por todas essas áreas” (Anexo 3).

Um estudo mais profundo sobre os possíveis benefícios que o BRINCAR trouxe para essas crianças e suas famílias ainda não foi possível, por falta de pessoal e financiamento. No entanto, já existem várias monografias de graduação e pós-graduação abordando o trabalho do projeto.

Hoje, o Projeto BRINCAR passa por um momento no qual já não existem restrições a seu funcionamento, mas as bolsas foram retiradas e a equipe conta com estagiários de graduação em Psicologia e Serviço Social, e estudantes do curso de especialização, sem remuneração, e essa é uma das dificuldades atuais. Edson aponta para as diversas frentes de trabalho que se abriram no Instituto e outras instituições que passaram a atrair os estudantes, esvaziando o interesse pelo Projeto BRINCAR, que depende da disponibilidade das pessoas em trabalhar aos domingos.

Quanto ao futuro do Projeto BRINCAR, Marcelo e Edson pensam que talvez seja possível ampliá-lo dentro do Instituto com outro tipo de atividade, que demandaria a busca de financiamento. Por exemplo, pesquisa voltada para as crianças que o freqüentam, talvez acompanhando-as mais de perto e durante um certo tempo, para poder avaliar melhor o projeto; ou trabalho de grupo voltado para os adolescentes. Muitas possibilidades podem ser pensadas, mas o esquema atual de funcionamento não permite que os profissionais engajados ampliem sua disponibilidade.

Cabe ressaltar que, durante os anos de funcionamento, o Projeto BRINCAR só contou com a inserção do Serviço de Atendimento do Infanto-Juvenil, através do Coordenador do Setor, e do Serviço Social, através da Coordenadora e de estagiários. Os outros setores do Instituto, apesar de apoiarem o Projeto, não se inseriram nas atividades enquanto setores ou serviços. Os médicos em geral, inclusive os do Setor Infanto-Juvenil, e a enfermagem, não participam do Projeto, com exceção de um residente de psiquiatria que entrou este ano e passou a participar das atividades. Outro fato interessante é que o Projeto BRINCAR não está alocado administrativamente em qualquer setor ou serviço específico do Instituto de Psiquiatria, mas é identificado informalmente como do Setor Infanto-Juvenil e do Serviço Social por terem os mesmos coordenadores, ou seja, é identificado como o projeto do Edson Saggese e da Carmem Tourinho.

Capítulo III

Em busca de uma base teórica multifacetada

Neste capítulo buscamos teorias que nos ajudem a compreender a representação da doença mental das crianças que participam do Projeto BRINCAR. Para esta compreensão encontramos os aportes da teoria das representações sociais, da teoria construtivista de Piaget sobre a formação e desenvolvimento da estrutura cognitiva, da etnopsiquiatria com as diversas representações da saúde e da doença e ainda da concepção de estigma elaborada por Goffman. No final do capítulo, procuramos indicar como tais contribuições serão apropriadas criticamente neste trabalho.

1. Estigma

Goffman indica que o termo foi criado pelos gregos para indicar sinais, no corpo, que evidenciavam algo mau ou diferente em seu portador ou “o status moral de quem os apresentava” (Goffman, 1988: 11).

Segundo Goffman, a sociedade desenvolve meios de dividir as pessoas em categorias e estabelecer os atributos considerados normais para cada grupo. Ou seja, cada meio social estabelece as características das pessoas que podem neles ser encontradas. Isso permite que possamos nos relacionar com outras pessoas e quando encontramos um desconhecido sempre buscamos nele atributos que possam indicar sua identidade social ou o grupo a que pertence. Ainda segundo o autor, a preconceção que temos ou exigências, caracterizadas como demandas efetivas, são chamadas de “identidade social virtual” (Op. cit.: 12). A categoria e os atributos que a pessoa realmente possui são chamadas de “identidade social real” (Op. cit.: 12).

Ao encontrarmos um estranho, ele pode apresentar atributos de uma categoria onde as pessoas podem ser perigosas, malvadas ou fracas. Neste caso, a tendência é desvalorizá-lo. Esta é a característica do estigma, principalmente quando tem como efeito o descrédito da pessoa, e é uma discre-

pância entre a identidade social virtual e a identidade social real. Mas existem outras discrepâncias, entre elas a reavaliação positiva da pessoa quando a reclassificamos num grupo social mais valorizado. Goffman chama a atenção para o fato de que nem todos os atributos indesejáveis são levados em consideração, mas somente os que não fazem parte do estereótipo que criamos para determinado tipo de pessoa.

Pode-se notar, então, que o termo estigma será usado sempre de maneira depreciativa, quando nos referimos a algum atributo que deprecia o indivíduo. No entanto, um atributo que estigmatiza uma pessoa pode servir para indicar a normalidade de outra. Como exemplo, Goffman mostra que é normal um garoto de classe média entrar numa biblioteca, mas um bandido pode ser discriminado por colegas se for visto entrando numa.

Portanto, um estigma é um tipo de relação entre atributo e estereótipo. Goffman, no entanto, propõe a modificação desse conceito já que há em nossa sociedade atributos importantes que levam ao descrédito. O autor aponta para a dupla perspectiva que o termo estigma oculta: o estigmatizado assume que tem atributos diferentes que já são conhecidos ou evidentes e nesse caso estaríamos lidando com o *desacreditado*, ou então ele acredita que os atributos não são conhecidos nem evidentes e então estaríamos lidando com o *desacreditável*.

Em relação ao desacreditado, Goffman aponta três tipos de estigma: as deformações físicas; as falhas de caráter, vistas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não-naturais, crenças falsas ou rígidas, desonestidade, incluídos aí os casos de distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego e tentativas de suicídio; e, por último, os stigmas tribais de raça, nação e religião, transmitidos pela família aos seus membros. Todos os exemplos citados têm como característica o fato de um determinado atributo afastar o indivíduo que o possui de relações sociais que poderiam ser normais, ocultando outros atributos valorativos que o indivíduo possui.

As pessoas consideradas normais agem de maneira benevolente, muitas vezes sem refletir; fazem vários tipos de discriminação, usando cotidianamente termos estigmatizantes, como aleijado, retardado, maluco, sem pensar no significado original.

Nós, os normais, acrescentamos imperfeições ao defeito original ao mesmo tempo que conferimos ao estigmatizado alguns atributos. A resposta defensiva por parte do estigmatizado é vista como decorrente do defeito e consideramos, então, defeito e resposta como algo que fizeram e que justifica a maneira como são tratados.

Indivíduos de um determinado grupo social podem apoiar julgamentos que não se apliquem a eles, ou seja, apóiam uma norma mas não a seguem.

Segundo Goffman, o estigma surge quando todos esperam que os membros de uma determinada categoria apóiem e sigam as normas. Um indivíduo que não consegue viver de acordo com as exigências da sociedade pode manter-se indiferente, protegido por suas crenças de identidade próprias, como os ciganos, que não se impressionam com o estigma que carregam.

Nossas crenças sobre identidade são incorporadas pelo estigmatizado e levam a que ele possa confundir seus sentimentos sobre si mesmo e seu direito de ter a mesma oportunidade de qualquer ser humano. Ele também pode perceber que, apesar do que os outros admitem, não manterão contato com ele como iguais, pois não o aceitam de verdade. Além disso, os padrões incorporados da sociedade levam o estigmatizado a ver seus atributos como abaixo do exigido. Portanto, ao perceber-se com um atributo que o desvaloriza, ele se envergonha e passa a negá-lo.

O indivíduo estigmatizado convive diariamente com o problema da *aceitação*, pois não recebe daqueles com quem se relaciona o respeito e consideração que merece, na medida em que as pessoas só percebem o atributo que o desvaloriza, e ele sabe que tem outros atributos que poderiam ser valorizados. É natural, então, que o estigmatizado procure corrigir o defeito que o desvaloriza, recorrendo a cirurgias, terapias e todo tipo de tratamentos, num

processo que tem como resultado o que Goffman chama de “vitimização”, o que mostra a angústia da busca da *normalidade*.

Ele pode tentar corrigir seu atributo negativo, de maneira indireta, dedicando-se a atividades que são negadas a quem possui tal atributo, como um cego aprender a escalar montanhas. Por último, o estigmatizado pode fugir da realidade e criar uma interpretação para sua identidade social, fora dos padrões convencionais.

O contato direto de estigmatizados e normais em grupos, em reuniões ou festas, pode levar a ambos a tentar evitar o contato, com maiores consequências para os estigmatizados. A falta do contato social leva ao isolamento e a pessoa pode tornar-se desconfiada, hostil, deprimida, ansiosa e confusa.

O efetivo encontro entre pessoas normais e estigmatizadas é o momento em que, certamente, ambos enfrentarão o problema do estigma. O estigmatizado poderá se sentir inseguro pois não sabe de que maneira será recebido, já que não sabe em que categoria irão colocá-lo e se essa categoria irá desvalorizá-lo por causa do estigma. Ele não sabe o que os outros realmente estão pensando sobre ele e poderá ter a sensação de estar exposto.

No contato com os normais, o estigmatizado pode sentir que seus atos estão sendo avaliados como extraordinários, para quem é portador de atributos negativos, e outras vezes sente que seus enganos são vistos como decorrentes do atributo estigmatizante. Goffman cita como exemplo os ex-pacientes mentais que receiam discutir com as pessoas porque elas podem interpretar suas emoções de maneira equivocada.

Os portadores de estigmas visíveis, defeito físico por exemplo, podem sentir sua privacidade invadida por pessoas que os observam ou tentam conversar sobre seus defeitos. Isto traz o risco de ocasionar enorme desconforto aos estigmatizados, que podem pôr-se na defensiva antes de serem abordados ou entrar na relação mista agressivamente, provocando respostas desagradáveis. É também possível ocorrer uma oscilação entre retraimento e agressividade, gerando contato potencialmente violento.

Portanto, pode-se intuir que a relação mista implica o risco de produzir uma interação angustiada para o estigmatizado. Mas para os normais a situação também pode ser angustiante, na medida em que nossas ações podem ser mal interpretadas pelo estigmatizado.

Na interação social, as pessoas normais percebem o desconforto do estigmatizado e ele sabe disso. É possível, então, que numa relação social mista os normais se comportem como se o estigmatizado pertencesse a um dos grupos de suas relações e com isso tratá-lo melhor ou pior do que acham que ele merece, ou então podem ignorar sua existência e ele agir da mesma maneira.

O resultado é o desvio da atenção dos defeitos, para o que Goffman chama de “consciência do eu e consciência do outro, expressa na patologia da interação-inquietação” (Op. cit.: 28).

Pode acontecer que, numa situação onde pessoas normais encontrem um estigmatizado que já conhecem ou podem perceber, elas usem categorizações inadequadas gerando desconforto para ambos e a partir daí se processem mudanças significativas. No entanto, é provável que o estigmatizado tenha mais possibilidade de lidar com a situação, uma vez que, provavelmente, a enfrenta no dia-a-dia.

Sendo este um estudo da representação da doença mental, a compreensão do estigma se faz necessária, pois, em nossa sociedade, os usuários dos serviços de saúde mental formam grupo extremamente estigmatizado.

2. Representação social da Saúde e da Doença

Ao estudar a representação social da doença mental faz-se necessário compreender os diferentes modos de representação da saúde e da doença em nossa sociedade. Para essa compreensão buscamos o aporte da Antropologia da doença, onde o autor propõe a construção de modelos explicativos da saúde e da doença.

Para Laplantine existem quatro grupos de modelos etiológicos e quatro grupos de modelos terapêuticos, em pares que se contrapõem:

- Modelo etiológico ontológico/relacional;
- Modelo etiológico exógeno/endógeno;
- Modelo etiológico subtrativo/aditivo;
- Modelo etiológico benéfico/maléfico;
- Modelo terapêutico alopático/homeopático;
- Modelo terapêutico exorcista/adorcista;
- Modelo terapêutico aditivo/subtrativo;
- Modelo terapêutico sedativo/excitante.

Para o autor, o modelo etiológico-terapêutico é uma matriz que consiste em determinada combinação de relações de sentido e que comanda, com frequência à revelia dos atores sociais, soluções originais, distintas e irreduzíveis para responder ao problema da doença. (Laplantine, 1991: 39)

2.1. Modelos etiológicos

2.1.1. *Modelo ontológico e modelo relacional*

No estudo dos modelos etiológicos, o autor distingue duas tendências: as medicinas voltadas para a doença e orientadas por um modelo ontológico de natureza física, que comanda o sistema de representações, e as medicinas voltadas para o homem doente que tem seu sistema de representações orientado por um modelo relacional “que pode ser pensado em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos ou sociais”. (Laplantine, 1991: 49)

2.1.1.1. *Modelo ontológico.*

Neste modelo, dominante em nossa sociedade, aparecem três abordagens imbricadas: uma medicina das espécies, uma medicina das lesões e uma medicina das especificidades.

A medicina das espécies (essencialismo), encontra seu fundamento no modelo botânico, orientado para a localização das essências. Tem seu ponto alto com a ontologia de Pinel e sua proposta de catalogar os distúrbios mentais segundo os naturalistas. O essencialismo médico se explica na medida em que as ciências naturais e as ciências médicas têm a mesma origem histórica, portanto, o saber médico ocidental é fundamentalmente biológico.

Na medicina das lesões (anatomismo e anatomopatologia), as preocupações estão voltadas para os danos orgânicos. Esse pensamento postula que todos os sintomas indicativos de mal funcionamento do organismo são acompanhados de lesões nesse organismo. A partir dessa compreensão, não existe etiologia que não possa ser explicada pela anatomia. Esse pensamento atravessa a história da medicina, de seu nascimento aos dias atuais.

A medicina das especificidades, tem como pensamento básico “o ser da doença”, que provoca lesões e se manifesta por sintomas. As causas das doenças podem ser determinadas com precisão. As descobertas da bacteriologia contribuíram para afirmação desse modelo, onde a representação “apreende a doença segundo as categorias de entrada e de saída”. (Op. cit.: 51) Neste caso, o modelo terapêutico correspondente consiste em retirar o que entrou ou recolocar o que saiu. A pessoa doente é vista, então, como um corpo onde se dá a luta entre bactérias e medicamentos que as combatem.

Nos três grupos de representações citados há, segundo Laplantine, diferenças, identidades e vantagens. Se de um lado “o modelo epistemológico de referência pode ser de natureza física, naturalista, química ou bioquímica” (Op. cit.: 51), por outro lado cada uma enfatiza um determinado aspecto da doença. O especificismo se preocupa em descobrir a origem do mal, que pode ser encontrado fora do corpo, no exterior. O essencialismo constrói abstratamente ideais-tipos não localizados e a anatomopatologia vê o corpo como único local da doença.

No entanto, há um conjunto de idéias comuns a essas representações e que fazem parte da ontologia médica. Por um lado, a diferenciação das do-

enças, qualquer que seja o critério usado (especificismo, essencialismo ou anatomismo), origina-se de um pensamento geográfico e não histórico. Por outro, lado esse modelo permite ao médico e seu cliente “considerar a doença como um mal em si mesma”.

Para o autor, há duas vantagens na interpretação ontológica da doença. Primeiro, as doenças são isoláveis, podem ser localizadas e extirpadas, portanto, o médico pode combatê-las. Segundo, as representações localizadoras trazem ao doente a tranquilidade de saber que um de seus órgãos é que está doente e não a pessoa. Para o autor, é inquietante pensar “eu sou a origem de minha doença” (Op. cit.: 52), no entanto é tranquilizador pensar que o que está doente é um dos meus órgãos: o fígado, os nervos, ou o estômago, pois assim eu não tenho nada a ver com isso, não tenho culpa.

O autor aponta a impregnação do modelo ontológico na literatura citando três casos e a linguagem usada para expressar a doença.

No primeiro caso temos “a doença como não eu” (Op. cit.: 53) e cita um trecho da obra de Franz Kafka: “Minha cabeça e meus pulmões conspiraram contra mim sem que eu o soubesse” (Op. cit.: 53).

No segundo, temos “a doença como ser anônimo (ela, isso)” (Op. cit.: 53), citando Céline em *Mort à crédit*: “Ela correu atrás de mim, a loucura...com insistência, durante vinte e dois anos” (Op. cit.: 53).

No terceiro, temos “a doença como coisa”. Um grande número de escritores usam o termo “coisa” para designar a doença, citando Marie Cardinal em *Les mots pour le dire* (1981) onde a autora relata: “a coisa veio e não me deixou mais”, “para mim só importava o combate contra a coisa instalada em meu espírito”. Esses trechos mostram que a autora vive a doença como luta contra “a coisa” e não como “alteração de seu ser”. (Op. cit.: 55)

Segundo o autor, essa representação foi encontrada na maioria dos doentes pesquisados por ele. Assim, nos discursos dos doentes, a doença aparece como discurso sobre o corpo ou uma parte do corpo. Isso implica a idéia de que ela, a doença, é distinta do sujeito. No entanto esse discurso

funciona com freqüência como “discurso-tela” (Op. cit.: 55), pois muitas vezes as representações ontológicas dão lugar a uma representação oposta, de acordo com o grau de proximidade do pesquisador, que supõe “implicação fisiológica, psicológica e social do doente muito maior no campo e na história de sua doença”. (Op. cit.: 55)

2.1.1.2. *Modelo relacional ou funcional.*

Neste modelo, a doença é pensada como um desequilíbrio, provocado por falta ou excesso, a saúde seria o equilíbrio e a harmonia. Portanto, não é como no modelo anterior, no qual a doença é pensada como algo inimigo e estranho ao indivíduo doente.

No modelo relacional, a idéia de doença se apresenta como ruptura do equilíbrio entre o homem e ele mesmo, entre o homem e o cosmos e entre o homem e seu meio social. Neste caso temos três abordagens: a medicina humoral, a fisiopatologia e, por último, a homeopatia e a psicanálise.

A medicina humoral vê a doença como desequilíbrio devido a falta ou excesso dos quatro humores (sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra) no organismo. Essa concepção, baseada em Hipócrates, concebe a saúde como o equilíbrio desses humores. Assim, o normal e o patológico estão ligados ao equilíbrio ou desequilíbrio dos humores e cada indivíduo se caracteriza por predisposição particular a determinado desequilíbrio, ou seja, cada indivíduo está sujeito a suas próprias doenças.

Na fisiopatologia, cada organismo é visto de maneira dinâmica e funcional, ou seja, não se considera o órgão, mas sua função. Por exemplo: não se considera mais o olho, mas a função do olhar. No entanto, no início do século XIX, a medicina oficial optou por uma compreensão fisiológica, considerando que a causa das doenças deve ser buscada no esforço do organismo para responder ao agente causador da doença, assim, as desordens das funções seriam responsáveis pelas lesões dos órgãos. Em conseqüência, caminhou-se para a idéia de que a doença é a função fisiológica desviada.

Na homeopatia e na psicanálise vamos encontrar dois exemplos de procedimento fundamentados na “observação do espaço (= modelo ontológico) e na compreensão do tempo (= variante do modelo funcional)” (Op. cit.: 59). A homeopatia considera cada caso como único e estuda a doença através de sua história, ou seja, do aparecimento até o estado atual. Para Laplantine, essa compreensão, apesar de não ser quimioterápica, “é fundamentada na tomada de consciência dos processos de organização e de desorganização funcional do indivíduo” (Op. cit.: 60). O mesmo processo é encontrado na psicanálise que procura relacionar a experiência atual da pessoa doente com o passado, buscando entender o que se esconde, o que não aparece na história do sujeito.

Podemos entender, então, que uma compreensão ontogênica da doença está relacionada à geografia do corpo, enquanto a compreensão funcional da doença se relaciona à história.

Na doença vista como ruptura do homem com o cosmos, considera-se que existe uma desarmonia entre o microcosmo e o macrocosmo produzindo a doença, sendo necessário uma intervenção dos elementos naturais para promover o equilíbrio e a saúde. Esse sistema de representação da doença-saúde aparece tanto entre médicos populares como em sistemas tradicionais de vários continentes. Essa corrente de pensamento e prática foi marginalizada pela imposição da interpretação ontológica, mas atualmente começa a reaparecer com a cronobiologia.

A doença como ruptura entre o homem e o meio social relaciona a doença ao corpo que sofre e também à pessoa doente. Essa compreensão da doença pode ser formulada de acordo com as várias sociedades e determinadas épocas. Temos, então, uma formulação religiosa onde a doença é compreendida como uma advertência que supõe uma infração cometida e exige uma reparação para que a ordem seja restabelecida na comunidade. Essa reparação se dá em forma de sacrifício ofertado pela comunidade e que tem por finalidade o restabelecimento do equilíbrio. Na formulação mágica ou de

feiticeira temos a compreensão da doença como algo a ver com a pessoa doente mas que se situa fora dele. Assim, os sintomas, denominados de “sortilégios” são retirados do doente e devolvidos ao expedidor.

Para o autor, as últimas observações levam a mudança da “leitura do pensamento etiológico” (Op. cit.: 64), passando de uma leitura da oposição relacional/ontológico para uma leitura sob a ótica do exógeno em oposição ao endógeno.

2.1.2. *Modelo etiológico exógeno/endógeno*

2.1.2.1. *Modelo exógeno.*

O modelo exógeno orienta as representações que consideram a doença como proveniente do exterior (infecção, vírus, espírito patogênico ou modo de vida inapropriado). A doença se deve à ação de um elemento estranho ao indivíduo. O autor aponta dois grupos de significações no interior dessa corrente. Na primeira “a doença tem sua origem na vontade má de um poder antropomorfo ou antropomorfizado (feiticeiro, gênio, espírito, diabo, etc.)” (Op. cit.: 67), são os sistemas de representações chamados de “personalistas”. Os processos de adoecimento e cura são vistos como produto das relações humanas ou supra-humanas, sendo a medicina vista como sociomedicina. Na segunda, a doença tem origem num agente nocivo tido como natural e que pode ser explicado causalmente. Assim, temos como explicação a relação do homem com o meio físico (influências dos planetas, geográficas, climáticas, das condições ecológicas e sociais, etc.) e a relação do homem com o meio químico ou bioquímico (o alimento contaminado, etc.).

Nas interpretações citadas, a orientação etiológica se dá em dois sentidos contraditórios, uma causalidade química e uma causalidade social (Op. cit.: 68). A variante microbiológica do modelo exógeno sempre exerceu grande influência na medicina ocidental e consiste numa radicalização da imputação etiológica exógena ao mesmo tempo que retrocede do indivíduo doente para o agente responsável pela doença. O modelo pasteuriano, deve seu sucesso, segundo o autor, às reinterpretações irracionais ou imaginárias que

representam “o micróbio” como o ente que infecta pessoas sadias. Assim, as interpretações pasteuriana e neopasteuriana da doença têm aceitação massiva da população em decorrência de seu valor simbólico. Neste caso, uma causalidade exógena se liga a uma representação ontológica, ou seja, *eu não sou a origem da minha doença, o que está doente é um dos meus órgãos infectado por um agente externo*. Pensamento validado pela idéia de que a doença tem explicação científica e, portanto, é verdade indiscutível. (Op. cit.: 70)

A partir da cultura, também podemos perceber a imputação etiológica. É comum atribuir-se a origem de muitas doenças ao meio social e ao modo de vida. Assim, temos como agentes causadores das doenças: ar poluído, barulho, desemprego, problemas econômicos, vida sedentária, excesso de trabalho, alimentação (principalmente por causa dos conservantes), gorduras, sal, açúcar, álcool e fumo.

Os alimentos são considerados causadores de doenças sem levar em consideração outros fatores. Essa representação é legitimada pelo discurso médico e traz ao médico e ao sujeito doente a possibilidade de dar nome ao agente inimigo e, assim, isolar as causas da doença. Assim, o açúcar é a causa do diabetes, o sal é a causa da hipertensão, etc. Portanto, se de um lado tudo que é natural é considerado sadio (a vida no campo, a alimentação natural), por outro lado tudo que é ligado à vida urbana é considerado patogênico (causador de doenças), assim, o câncer, a doença mental, etc., são causados pela vida urbana. (Op. cit.: 71)

Para as teorias sociomédicas, a doença é causada pelo fator social e tem ligação com a educação, a política e a cultura. A explicação etiológica dos problemas mentais é um dos pontos centrais das pesquisas sociomédicas, que buscam a gênese da doença nos fatores sociais. O autor cita, como correntes psiquiátricas que partem de um modelo epistemológico sociomédico, as obras de Reich, centradas na moral familiar e na repressão sexual como geradoras de sintomas; a Escola de Palo Alto, que estuda o que pode provocar a doença em um membro de um grupo; e o pensamento antipsiqui-

átrico. Em todas, apesar de diversas, a idéia central é que a origem da doença não está no indivíduo, em nível orgânico, psicológico ou psicossomático, mas na relação social. (Op. cit.: 72)

Na literatura, a sociogênese das doenças aparece em temas ligados a cultura e educação familiar. O autor cita autobiografias e romances nos quais os autores usam metáforas na imputação exógena como origem da doença. As metáforas mais usadas são: penetração, invasão, violentação, posseção, intoxicação, contaminação, ataque, assalto, veneno, peçonha, ferida. Portanto, qualquer das expressões usadas pelos escritores tem por objetivo criar imagens para justificar que o indivíduo nada tem a ver com a produção da doença, as causas estão no mundo exterior e aí devem ser procuradas.

As significações das representações do exógeno, segundo o autor, se ordenam em pares que estão em oposição: interno/externo, individual/social, natureza/cultura, saúde/doença, vítima/inimigo. Nos pares citados, os termos da esquerda pressupõem o ser humano naturalmente sadio (do ponto de vista médico) ou ainda que ele é bom e inocente (do ponto de vista moral e religioso). Os termos da direita são a representação da origem da doença que invade o indivíduo e o torna vítima.

2.1.2.2. *Modelo endógeno.*

No modelo endógeno a prioridade é o oposto do modelo exógeno. A doença passa a ser atribuída ao indivíduo e não a um agente externo, é vista como sendo parte do indivíduo. Assim leva-se em consideração as “noções de temperamento, de constituição, de disposições e predisposições, de tipo de caráter ou astral, de natureza, de campo, de hereditariedade, de patrimônio genético e de meio interior (autodefesas)” (Op. cit.: 78).

O autor privilegia duas formas de imputação etiológica em direção ao endógeno: primeiro, os “grandes quadros mórbidos” nos quais a causalidade interna é privilegiada tanto na compreensão erudita quanto na popular; segundo, o pensamento médico ocidental cujas tendências são representativas desse modelo.

Paralelas às doenças que podem ser atribuídas a fatores externos, existem doenças, como o diabetes, que só podem ser entendidas se atribuídas a fatores internos. O autor exemplifica com dois quadros que considera relevantes na explicação da endogeneidade patológica: a psicose maniaco-depressiva e o câncer.

A psicose maniaco-depressiva é considerada por muitos psiquiatras como uma “psicose endógena” (Op. cit.: 79), que se manifesta por crises de excitação ou depressão sem qualquer relação com o meio. O autor considera importante o fato de que em relação a essa psicose, a patologia mental é fundamentada na noção de temporalidade interna.

Em relação ao câncer, o autor aponta para o fato de que apesar de ser um corpo estanho que nasce e se desenvolve por um processo de invasão interna, na representação popular ele aparece como algo que surge de um processo interno pois as pessoas não dizem “peguei um câncer”.

Portanto, podemos verificar que se a representação da tuberculose é de algo que vem de fora e ataca os pulmões e “perfura”, no câncer a representação é de algo que “devora” a partir de dentro da pessoa.

O autor aponta quatro formas de pensamento médico representativas da prioridade do endógeno.

Primeira: a tradição do humoral e do hipocrático, que tende a enfatizar as particularidades individuais, normais e patológicas. Hipócrates compreendia a doença como alteração ligada a desequilíbrio interno, que não pode ser compreendida independentemente do meio. Platão afirmava que o equilíbrio (saúde) se deve à harmonia entre alma e corpo. Quando a alma se torna exigente, quando predomina, surgem as doenças, a partir do interior. Aristóteles considerava que a patologia vem da própria natureza do indivíduo.

Segunda: o vitalismo médico, que em oposição à física médica, considera que as causas das doenças provêm de um desequilíbrio geral relacionado a cada indivíduo em particular, não sendo possível isolar ou localizar as causas. O vitalismo, é a base que orienta a corrente que combate o microbi-

ologismo, com o argumento de que uma infecção só pode se desenvolver se houver predisposições orgânicas específicas.

Terceira: pesquisas biológicas que demonstram a insuficiência das etiologias exógenas, entre elas o campo da genética, da imunologia e da “es-pasmofilia”, que levam em consideração “modalidades relacionais globais próprias de cada organismo em particular” (Op. cit.: 81).

Quarta: as abordagens psicológicas, psicanalíticas e psicossomáticas da doença, onde vemos um retorno ao modelo endógeno, com a importância do indivíduo como criador da sua doença e não só como participante dela.

O autor aponta alguns textos onde demonstra a presença da representação endógena da doença na literatura.

A doença como herança — Rousseau em *Confissões*: “Eu nasci enfermo e debilitado”. Flaubert em *Correspondência*: “Nasci enfasiado, é a lepra que me corrói”. Nos dois casos encontramos a mesma noção de hereditariedade da doença.

A doença-símbolo — Alguns escritores consideram que a doença simboliza mais um estado interior do que os sintomas.

A doença-criação original do sujeito — O autor traz vários exemplos: Jean Reverzy em *Place des angoisses*: “Cada um tem a doença que merece”; Fritz Zorn em *Mars*: “Eu quis minha doença e meu câncer”. O sentimento amoroso ocupa lugar de destaque na obra de Proust e é sempre interpretado como uma doença que é acompanhada de desordens físicas. (Op. cit.: 85)

Existem duas variantes do modelo endógeno: a somática e a psicológica. Na variante somática ou genética, atribui-se a etiologia aos ascendentes do indivíduo doente e a doença a um exterior com relação ao sujeito. A variante psicológica dá mais importância ao indivíduo que à doença e pode ter uma representação que prioriza a dinâmica de personalidade e do inconsciente ou uma representação ligada à aprendizagem dos comportamentos. O

autor pontua que o primeiro caso, da variante psicológica, atualiza uma variante do modelo endógeno e institui uma ruptura com o modelo exógeno (o acaso infeccioso ou a necessidade genética) e os procedimentos que esse modelo considera mágico ou antimédico (sofrologia, psicologia e psicanálise). Segundo o autor, a medicina hoje aceita a “somatogênese das doenças mentais” (distúrbios fisiológicos provocando distúrbios mentais) mas tem dificuldade em aceitar a “psicogênese das doenças orgânicas” (que supõe a autonomia do psiquismo). (Op. cit.: 87)

A variante genética explica a doença como “destino”, “fatalidade”, ou seja, *a doença está em mim mas não tenho nada a ver com isso*, enquanto a variante psicológica explica através da “liberdade” e “culpabilidade”, ou seja, *a doença está em mim porque eu desejei*. (Op. cit.: 89)

Segundo o autor, as relações entre o psicológico e o fisiológico permanecem em aberto desde o surgimento da medicina psicossomática. No entanto, ele considera que a psicologia e a biologia são duas variantes possíveis do mesmo modelo, o endógeno.

Nas relações entre os modelos ontológico/funcional e exógeno/endógeno, o autor pontua que “a passagem da explicação ontológica à explicação relacional” ocorre por um deslocamento e de maneira gradativa, se admitirmos uma explicação exógena da doença oriunda do social. Nesse caso a exogeneidade doentia é atribuída ao modo de vida, então, é possível a passagem do microbiologismo ao sociologismo sem que a sociedade mude o sistema de representações. No entanto, a passagem do modelo ontológico para o funcional só pode acontecer através da ruptura e da descontinuidade, se considerarmos uma explicação endógena da doença, ou seja, *a doença tem sua origem em mim, então o meio não tem influência*.

Mas existem outras relações entre os modelos, pois, segundo o autor “as imputações causais são sempre acompanhadas por representações morais” (Op. cit.: 89), que podem oscilar entre dois pólos. Sendo assim, ou o doente não é responsável pela doença e nesse caso a etiologia causal pode

ser endógena ou exógena, pois pode ser explicada pelas noções de fatalidade religiosa, acaso infeccioso etc., ou o doente é responsável por sua doença e nesse caso pode ser explicada pela variante psicológica da etiologia endógena. No entanto, pode aparecer outra possibilidade que é a doença ser originada no exterior do indivíduo mas podendo ser evitada, como exemplo o autor cita a desobediência ao saber médico, portanto o indivíduo pode ser considerado culpado pela doença.

2.1.3. *Modelo etiológico subtrativo/aditivo*

2.1.3.1. *Modelo aditivo.*

O modelo aditivo é encontrado nas representações dominantes do cristianismo, onde a doença é vista como castigo por um pecado cometido, ou nas representações onde a doença é vista como algo que entrou no corpo e pode ser uma infecção, uma possessão demoníaca, etc., sendo que a doença é sempre vista como “positividade inimiga” (Op. cit.: 95).

Para o autor, a compreensão da doença como algo positivo pode ser ilustrada com os exemplos de estudos feitos na África e na França. Os estudos entre os baulês na Costa do Marfim mostram que a doença é atribuída a um feiticeiro que a provoca lançando farpas de madeira nos indivíduos, assim, a essa representação da farpa no corpo corresponde a ação do curandeiro que simbolicamente a extrai, através de aspiração ou sucção, livrando a pessoa doente do mal. Para o autor, o feiticeiro europeu que anula ou lança feitiços é um agente terapêutico ou patológico nos moldes do africano.

Numa terceira situação o autor aponta para a consulta médica, onde o médico geralmente pergunta: “o que não vai bem?” (Op. cit.: 96) o que sugere uma interpretação subtrativa. A resposta do doente geralmente sugere uma interpretação aditiva: “estou com dor no fígado”, “estou com dor no coração”. Para o autor, hoje em nossa sociedade, a doença é vivida como presença e não como ausência, como algo que não existia antes e agora está lá (um tumor, uma febre, uma angústia), mas é alguma coisa que sempre traz sofrimento.

mento. As expressões mais empregadas pelos doentes como: “estou com febre”, “estou com gripe”, mostram uma adição real de algo indesejável.

A prioridade dessas representações aditivas levou o autor a se perguntar se as representações eruditas seriam diferentes das populares quando se referem às representações etiológicas aditivas. Os estudos apontam para uma similitude. Aponta ainda, para as representações dominantes na medicina contemporânea e na população, que confirmam ser a doença um corpo estranho que invade o organismo e deve ser expulso. Essa mesma imagem é comum à feitiçaria e à microbiologia de Pasteur e explica a resistência à psicanálise e à homeopatia. (Op. cit.: 97)

2.1.3.2. *Modelo subtrativo.*

No modelo subtrativo o doente sofre porque alguma coisa foi tirada dele, subtraída. Assim a cura se dá através da restituição do que foi retirado.

O autor cita como exemplo os casos em que “o espírito fugiu”, “perdeu a razão” ou “perdeu a memória”, o que implica uma compreensão negativa da doença, o que foi subtraído deve ser repostado, portanto, a ação do médico ou do feiticeiro deve ser o inverso da representação da doença.

2.1.4. *Modelo etiológico benéfico/maléfico*

2.1.4.1. *Modelo maléfico.*

A doença é compreendida como um mal, seja conseqüência do meio, do organismo ou da personalidade. A doença é nociva, uma anormalidade que deve ser combatida com remédios ou psicoterapias. O doente, neste modelo, é visto como indivíduo socialmente desvalorizado, pois a doença é considerada desvio biológico e social. Em nossa sociedade, a representação da doença em relação à valorização social é negativa, ela é vista como “azar”. Essa negativização da doença é acompanhada por uma positivização da medicina, a cultura médica procura se valorizar.

2.1.4.2. *Modelo benéfico.*

Este modelo é o inverso do anterior, assim, o sintoma não é mais visto como uma aberração mas como uma “mensagem que deve ser ouvida e des-

vendada” (Op. cit.: 116). A doença passa a ter um sentido, pois é vista com tentativa de restaurar o equilíbrio perturbado e às vezes como algo que “exalta e enriquece” (Op. cit.: 116). Segundo o autor, são várias as representações da doença benéfica, que apresentamos a seguir.

A doença-gratificação: este modelo pode ser visto nos discursos e condutas de pessoas doentes que através da doença podem escapar das opressões da vida e ao mesmo tempo ser alvo das atenções dos outros. É o caso de pessoas que se sentem gratificadas com um diagnóstico de “caso grave”. Assim o doente pode receber “benefícios” que se traduzem em reconhecimento, dependência social e afetiva.

A doença-proeza: esta compreensão da doença é inversa à anterior. O doente, ao saber da doença, desenvolve uma vontade sem precedentes num processo de compensação pela situação anormal. É o caso de portadores de deficiência física que passam a desenvolver atividades que exigem um grande esforço da vontade.

A doença-cura: neste modelo, as manifestações patológicas não devem ser eliminadas, pois são consideradas informação para o médico e o doente, a partir da qual eles podem iniciar o processo de cura. Assim, o vômito é considerado reação do estômago a um alimento que não fez bem. Esta concepção é encontrada principalmente na homeopatia, que procura acentuar os sintomas e trabalhar com a individualização dos sintomas de cada doente. Assim, as reações são tomadas como “sinais patológicos” e “esforço terapêutico”. (Op. cit.: 117)

A doença-volúpia: nesse modelo, a compreensão se dá via psicanálise, na qual se afirma que, segundo o autor, o terapeuta é ao mesmo tempo aquele que trata e é tratado, do mesmo modo que o cliente é “doente e não doente”. A psicanálise também afirma que a doença não é um mal em si. Dessa maneira, pode-se concluir que a idéia da cura não é desejada pelo doente nem pelo terapeuta, que vê na cura “uma fuga para a saúde”. A clínica freudiana mostra que o doente vê como benefício a própria neurose, apegan-

do-se mais a ela que ao projeto terapêutico (Op. cit.: 117). A psicanálise mostra, então, que todo analisando elabora o “prazer do sintoma” e ao mesmo tempo “a reação terapêutica negativa”. Neste caso, a doença é significativa para o doente e para o terapeuta, que deve incluir o significado da doença para o cliente. Segundo o autor, o significado da doença é manter um equilíbrio que o doente não quer perder. Sendo assim, temos o doente que não quer se curar e o médico que quer salvá-lo. O indivíduo deseja se livrar do sofrimento, mas também deseja manter o sintoma. O analista, então, trabalha no sentido de ajudar o cliente a encontrar, a partir das experiências passadas, “a emergência de uma nova organização psicológica” (Op. cit.: 118)

A *doença-salvação*: a representação é compreendida como uma experiência de grande significado, que deve ser valorizada, pois “exalta”, “ilumina”. Para o autor, compreender tal modelo só é possível através do estudo de representações religiosas. Neste sentido, o sintoma é interpretado como eleição. Segundo o autor, o pensamento cristão propõe uma interpretação da doença que pode ser maléfica (conseqüência do pecado original) ou benéfica (graça de Deus). No caso da interpretação benéfica, o doente é chamado para participar da obra de Cristo. Temos duas variantes: a exógena e a endógena. Na exógena o indivíduo considera a doença um poder exterior que entrou nele e o torna uma pessoa privilegiada. Na endógena o indivíduo vê a doença como algo importante saindo de seu corpo, a alma por exemplo.

A *doença-liberdade*: esse modelo tem sua base nos valores de nossa cultura que vê a saúde como ausência de doenças. Assim, ao mesmo tempo que a saúde é um direito, é também um dever (do Estado e de todos). Contra essa idéia de saúde ideal, surgem em nossa sociedade indivíduos que reivindicam o direito à doença, liberdade para estar doente. Como exemplo, o autor cita as diversas associações de doentes e os jornais especializados em informar e defender os direitos dos doentes.

2.2. Os modelos terapêuticos

O autor procura estudar as estratégias terapêuticas e estabelecer alguns modelos de base. Para ele, todos os estudos de tipologia da cura são empiristas. Em seus estudos, ele identifica os tratamentos e os classifica como preventivos e curativos; paliativos (alívio parcial) e definitivos; etiológicos (bloqueio da causa e do sintoma) e sintomatológicos; eficácia simbólica (efeito placebo) ou medicinal. (Op. cit.: 160) O autor constrói, então, quatro pares de modelos que são opostos e que podem explicar o conjunto de estratégias terapêuticas de maneira teórica e não empírica.

2.2.1. *Modelo alopático e modelo homeopático*

Segundo o autor, toda a ação médica, tanto na medicina tradicional quanto na biomédica, procura a ligação entre o doente ou órgão doente e as maneiras de tratar esse doente ou esse órgão doente. Esse tratamento pode estar relacionado às afinidades entre o complexo patológico e o complexo terapêutico ou estar relacionado às contradições entre a unidade patológica e a unidade terapêutica. (Op. cit.: 161) Nesse primeiro par de modelos, temos o modelo homeopático que busca reativar os sintomas, trabalhando no mesmo sentido da doença. O modelo alopático busca eliminar o sintoma agindo em sentido contrário (Op. cit.: 161)

2.2.1.1. *Modelo alopático.*

No modelo alopático, a representação da doença é compreendida como algo inimigo que penetrou no organismo do doente. A resposta, portanto, é o tratamento quimioterápico, que se considera capaz de eliminar o agressor. Para o autor, a medicina alopática vai contra a natureza, pois elimina os sintomas, resposta natural do organismo à agressão. Assim, se temos febre, ela nos receita um antitérmico, etc. São terapias agressoras que provocam efeitos colaterais, às vezes mais graves que as doenças. (Op. cit.: 162)

Para o autor, todas as terapias comportamentais seguem o modelo alopático, na medida em que o método usado visa a provocar, no indivíduo,

aversão a tudo inadequado (álcool, tabaco, homossexualidade) por intermédio de estímulos negativos (desgosto, punição) e positivos (gratificação).

Na literatura, aparece em diversas obras o modelo alopático de terapia da tuberculose, que prescrevia, até o início do século XX, a mudança do doente para climas quentes, secos e longe das cidades.

2.2.1.2. *Modelo homeopático.*

Neste modelo, o remédio é capaz de produzir os sintomas da doença. Por outro lado, o mesmo medicamento (de origem animal, vegetal ou mineral) que em doses elevadas poderia causar a doença, em quantidades mínimas cura. Assim, cabe ao terapeuta saber a dosagem que transformará algo que poderia ser venenoso em remédio que cura. Mas não é só a homeopatia que usa esse mecanismo, o princípio da vacinação é o mesmo.

Segundo o autor, tanto no caso da medicina erudita quanto na popular, o princípio homeopático é o mesmo: o mal é combatido com agentes da mesma família da doença, assim, para a febre (calor intenso) o remédio será sopas, chás, inalações ferventes que farão o doente suar e expulsar a febre.

Na homeopatia ritual as bases são as mesmas, mas por meio de um cerimonial. Uma pessoa que se queima vai usar álcool (que também queima), em seguida aplicar aguardente sobre a queimadura e, num cerimonial, soprar e traçar cruzes dizendo orações. Tal procedimento expulsará a doença. O princípio é o mesmo, no início a dor vai se acentuar provocada pelo álcool e pela aguardente e é bom sinal, ou seja, à semelhança dos tratamentos modernos, o sintoma é ativado para provocar a cura.

A cura psicanalítica é considerada pelo autor uma das variantes da homeopatia. A psicanálise procura resolver os conflitos psíquicos sem intervenção exterior nos sintomas, mas agindo no sentido de “reatualizá-los, o que provoca no analisando a famosa neurose de transferência” (Op. cit.: 168). Assim, o terapeuta procura levar o cliente a reviver os sintomas dolorosos originais, a lembrar o que provocou o sintoma. Portanto, a psicanálise ao

usar a reatualização do sintoma para chegar à cura se aproxima mais do modelo homeopático do que da psiquiatria. (Op. cit.: 169)

A antipsiquiatria surge nos anos 80, suas bases são diversificadas, mas todas têm em comum uma abordagem em relação à doença mental: “existe uma verdade da loucura que não se deve reprimir, pelo contrário, deve ser ouvida para que não se transforme em doença mental” (Op. cit.: 169). Para Cooper, o doente tem muito a ensinar ao psiquiatra e Laing afirma que o delírio deve ser encorajado. É nesse sentido que, segundo o autor, a reabilitação da loucura pode ser qualificada como homeoterapêutica.

Para o autor, a dificuldade de aceitar que a doença existe em nós explica a resistência, em nossa cultura, de aceitar a cura pela psicanálise ou outras terapias, como a homeopatia.

2.2.2. *Modelo aditivo e modelo subtrativo.*

Nestes dois modelos, a interpretação etiológica oscila entre a doença vivida como a agressão de um corpo estranho no espírito ou no organismo e a doença como algo saído do organismo, algo que foi perdido.

2.2.2.1. *Modelo subtrativo.*

Existe na cultura médica ocidental uma opção pela representação da cura pela subtração, extração de algo que está sobrando e faz mal. Tivemos inicialmente a valorização das substâncias expelidas pelo organismo e consideradas como significativas do bom funcionamento do organismo. Depois vieram a sangria, para purificar o sangue, e as ventosas. Atualmente temos as cirurgias. (Op. cit.: 178)

O autor cita dois grupos representativos da variante subtrativa alopática: o ritual onde o feiticeiro extrai o mal e o destrói e algumas técnicas eliminatórias na medicina contemporânea. No primeiro caso, os rituais atacam o mal que é externo ao doente e, para sair, o mal deve tomar o mesmo caminho por onde entrou. Isso se dá de dentro para fora e de cima para baixo. No segundo caso, alguns procedimentos médicos têm a mesma representação

anterior: o médico, ao extrair algo do corpo do doente, faz questão de mostra-lhe. Muitas vezes o cliente leva para casa o mal extraído.

Nas representações subtrativas homeopáticas, usam-se cataplasmas, chás ou outras infusões, com o objetivo de fazer o doente expulsar o mal (Op. cit.: 181).

2.2.2.2. *Modelo aditivo.*

Neste modelo, inverso do anterior, o que se pretende é um acréscimo, uma adição ou reforço. O autor cita a busca de ervas que crescem próximo à imagem de determinado santo e o ritual de esfregar tais ervas no pé da estátua, para que adquiram poder e possam proteger o possuidor ou reforçar o poder de quem as possui (Op. cit.: 182). A mesma representação pode ser encontrada entre os médicos, quando receitam determinados alimentos para compensar a falta de vitaminas no organismo.

Portanto, as representações aditivas da cura são mais ligadas à terapia homeopática (e adorcionista) e as representações subtrativas ligadas à terapia alopática (e exorcista). Nos dois casos, no entanto, aparece a compreensão ontológica da doença e da saúde. Também aparece, nos dois modelos, uma interpretação funcional e até relacional da doença e da saúde.

2.2.3. *Modelo exorcista e modelo adorcionista.*

No modelo exorcista, o terapeuta é alguém que luta, trava uma guerra para extrair a doença do corpo ou do espírito do doente. No adorcismo, o terapeuta se torna um assistente do doente.

No modelo adorcionista a doença é compreendida como algo desejado. Não se deve combatê-la, mas saudá-la. Assim, a doença é interpretada como terapêutica (Op. cit.: 187). No adorcismo absoluto ou possessão e xamanismo, o autor considera o sagrado como intérprete da doença e da cura. As instâncias religiosas são consideradas benéficas e responsáveis pelo ritual de aceitação e legitimação social da doença.

No adorcismo relativo, que o autor denomina de atitude terapêutica, aparecem a antimedicina e a antipsiquiatria. Nessa variante do adorcismo,

considera-se que a doença não é sempre negativa e que a saúde não é sempre positiva. O terapeuta não é o agente principal, ele ajuda o doente a passar de um estado para outro. (Op. cit.: 191)

2.2.4. *Modelo sedativo e modelo excitativo*

No modelo sedativo, o terapeuta, por meio de inibidores, visa a reequilibrar o organismo que passou a desenvolver autodefesas desnecessárias, tornando-se doente. Entre esses inibidores estão os calmantes e os hipotensivos.

No modelo excitativo, o tratamento visa a estimular o organismo ou a personalidade. Entre eles, podemos citar os tônicos, os fortificantes, os hipertensivos. O autor situa os tratamentos nutricionais e algumas psicoterapias nitidamente estimulantes, como a reichiana, o grito primal e o grupo maratona.

Terminada esta rápida visão da abordagem etnopsiquiátrica de Laplanche e Pontalis, buscaremos agora a contribuição da Teoria das Representações Sociais, a partir da psicologia social.

3. **Teoria das Representações Sociais**

Laplanche e Pontalis, do ponto de vista psicanalítico, assim definem o termo *representação*:

Termo clássico em filosofia e em psicologia para designar “aquilo que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento” e “em especial a reprodução de uma percepção anterior”. (Laplanche e Pontalis, 1992:448)

Entretanto, na definição de Minayo, o campo das representações sociais é mais propriamente colocado nas Ciências Sociais e na Psicologia Social, em particular. Assim,

Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. (Minayo, in Guareschi e Jovchelovitch, 1995: 89)

Segundo Spink, o estudo das representações sociais apresenta dois debates importantes. No primeiro, as representações surgem como uma forma de conhecimento prático direcionado para a compreensão do mundo e da comunicação. No segundo debate, surgem como elaborações de sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados (Spink, *in* Guareschi e Jovchelovitch, 1995: 118). Enquanto forma de conhecimento, as representações sociais são “estruturas cognitivo-afetivas” (Op. cit.: 118) e precisam ser entendidas não apenas por seu conteúdo cognitivo mas também a partir do contexto onde surgem e da funcionalidade nas interações sociais do cotidiano. Isto implica o esclarecimento de dois pontos centrais: a teoria do conhecimento e os determinantes de sua elaboração.

O fato de serem formas de conhecimento prático insere as representações sociais entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Isso pressupõe um rompimento com as vertentes clássicas das teorias do conhecimento e como consequência mudanças em relação ao “estatuto da objetividade e busca da verdade” (Op. cit.: 119). Portanto, significa inserir o estudo das representações sociais na “desconstrução da retórica da verdade” (Ibanez, *in* Op. cit.: 119), componente inseparável da Revolução Científica, no início da era moderna.

Numa perspectiva histórica, esta contestação pode ser vista em três momentos. Primeiro, é “hegemônica a epistemologia clássica” (Op. cit.: 119), orientada pelos estudos sobre a ideologia e preocupada com o conhecimento e apreensão da realidade. O segundo momento se dá com o surgimento da sociologia do conhecimento, iniciada por Cheller nos anos vinte. Nos anos trinta, Mannheim cria as bases que a transformam em disciplina.

Segundo Spink, no segundo momento, o conhecimento passa pelas vias da história e do culturalismo e, nesse contexto, a ideologia deve ser vista como instrumento de dominação. No entanto, permanece a separação entre “ciência-verdade e senso comum-ilusão” (Op. cit.: 119), ou seja, é introduzi-

da a questão do poder e dos interesses, mas a abordagem permanece na perspectiva do conhecimento produzido pelas disciplinas científicas.

O terceiro momento, segundo Spink, insere nova perspectiva que leva a ampliação do “conhecimento-objeto-de-estudo” (Op. cit.: 119) a atravessar os limites da ciência, abarcando o conhecimento do homem comum, ampliando o modo de olhar, que passa a reconhecer o conhecimento do senso comum como legítimo e impulsionador das transformações sociais.

A mudança de perspectiva em relação ao papel disciplinador das teorias do conhecimento foi fundamental na elaboração do conceito de representação social na Psicologia Social e teve como consequência a liberação do poder de criação das teorias do senso comum, com freqüência presas “a chaves de reprodução ou de re-apresentações” (Op. cit.: 120). Este terceiro momento não apenas reconhece a validade do conhecimento do senso comum, ele passa a situar esse conhecimento “enquanto teia de significados capaz de criar efetivamente a realidade social” (Op. cit.: 120).

Ao destacar o poder de criação das representações sociais, acatando sua “dupla face de estruturas estruturadas e estruturas estruturantes” (Op. cit.: 120), sua abordagem passa a inscrever-se entre as perspectivas construtivistas.

Na elaboração das representações sociais, o sujeito é um indivíduo adulto, com inserção social e cultural num determinado contexto histórico. O que se deve considerar são as respostas individuais enquanto manifestação das tendências do grupo ao qual pertencem e é nesse sentido que Spink afirma que as representações sociais são estruturas estruturadas ou campo socialmente estruturados. No entanto, são também a exteriorização da vivência interna da realidade e portanto “estruturas estruturantes que revelam o poder de criação e de transformação da realidade social” (Op. cit.:121).

Portanto, ao se estudar as representações sociais é necessário articular elementos afetivos, mentais e sociais “integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais” (Op. cit.:121). Significa que as representações sociais devem ser remetidas ao contexto de sua produção.

Para Spink, a reinterpretação contínua que surge no processo de elaboração das representações sociais, no espaço de interação social, é o objeto do estudo das representações sociais na perspectiva psicossocial. A elaboração das representações sociais, consideradas como formas de conhecimento prático que orientam as ações no cotidiano, dá-se através dos conteúdos que circulam na sociedade, do processo de interação social e das pressões para definir, confirmar e manter identidades coletivas. Sendo, portanto, considerados o contexto sócio-histórico que leva às construções sociais que alimentam a subjetividade e o discurso constituinte de nossas relações sociais.

Spink considera, ainda, que os conteúdos que circulam na sociedade podem ser originados tanto em produções culturais remotas, ou produto do imaginário social, como em produções geradas na interação social. O contexto pode, portanto, ser definido levando em consideração o tempo e o espaço onde se dá a ação. A perspectiva temporal é marcada, segundo a autora, por três tempos: “o tempo curto” (Op. cit.: 122), no qual a ação se desenrola e tem a funcionalidade das representações como ponto principal; “o tempo vivido” (Op. cit.:122), ou seja, o processo de socialização e os hábitos adquiridos em função do grupo do qual fazemos parte; e o “tempo longo” (Op. cit.: 122) que tem sua origem na produção cultural coletiva acumulada, ou seja, “o imaginário social” (Op. cit.:122). Para Spink o aprofundamento do estudo das possíveis determinações da elaboração das representações sociais se faz necessário devido ao aparente paradoxo na conceituação da representação social como estruturas estruturadas e estruturas estruturantes. Por isso, quanto mais enfocamos o imaginário social, mais nos aproximamos das permanências, os núcleos estáveis da representações. Por outro lado, quanto mais enfocamos o tempo presente, o momento da interação, mais encontraremos a “diversidade e a criação” (Op. cit.:122).

Se consideramos que as representações sociais são atividades de sujeitos adultos inseridos num determinado contexto social e histórico, torna-se necessário compreender como se dá a formação e o desenvolvimento das representações sociais, na medida em que nos propomos ao estudo da repre-

sentação do doente mental em crianças. Para essa compreensão recorreremos à teoria construtivista de Piaget.

4. Formação e desenvolvimento da estrutura cognitiva

Piaget considera que a estrutura cognitiva é algo relacionado à própria organização viva e não pode ser vista como exterior ao organismo vivo.

Ao sistematizar a Teoria da Epistemologia Genética ou Psicogênese, ele propõe a compreensão da formação da capacidade cognitiva do ser humano e explica a formação das funções mentais, ou seja, o seu desenvolvimento na criança (Bastos: 2).

Piaget compara o desenvolvimento psíquico ao desenvolvimento orgânico na medida em que ambos se orientam para o equilíbrio. No entanto, há uma diferença essencial, pois a forma final do equilíbrio orgânico é mais estática que a atingida pelo desenvolvimento da mente. As funções da inteligência e da afetividade tendem a um “equilíbrio móvel” (Piaget, 1978: 12), ou seja, quanto mais estáveis, mais mobilidade haverá nessas funções.

O desenvolvimento mental, segundo Piaget, é uma construção contínua que pode ser comparada a uma edificação que quanto mais se acrescenta mais sólida se torna. Também pode ser comparado a um mecanismo cuja montagem demandaria fases de ajustamento que levariam à flexibilidade e à mobilidade das peças ao se aproximar do equilíbrio.

No entanto, o autor chama a atenção para dois aspectos complementares do processo de equilibração. É necessário “opor-se as estruturas variáveis — definindo as formas ou estados de equilíbrio — a um certo funcionamento constante que assegura a passagem de um estado para o seguinte”. (*Op. cit.*: 12)

Para o autor, levando em consideração as motivações da conduta e do pensamento, existem funções constantes em todas as idades. Há sempre um interesse ou motivação que desencadeia as ações, podendo corresponder a

necessidades fisiológicas, afetivas ou intelectuais. As funções do interesse são invariáveis em todas as idades, mas existe variação no tipo de interesse de acordo com o nível mental. Paralelas às estruturas invariáveis, encontram-se estruturas variáveis e a análise dessas estruturas ou formas de equilíbrio mostra a diferença de um nível de conduta para outro, ou seja, as diferenças de comportamento do nascimento até a adolescência.

Segundo Piaget, as formas como a atividade mental são organizadas apresentam dois aspectos: o motor ou intelectual e o afetivo, que apresenta duas dimensões, a individual e a social (Op. cit.: 13). Essas estruturas, construídas sucessivamente, desenvolvem-se em seis estágios:

- o primeiro se caracteriza pelo desenvolvimento dos reflexos, das primeiras tendências instintivas (nutrição) e das emoções;
- no segundo se dão o início do desenvolvimento motor e das primeiras percepções organizadas e o surgimento dos sentimentos diferenciados;
- no terceiro, desenvolvem-se a inteligência senso-motora (anterior à linguagem), as regulações afetivas e as primeiras fixações exteriores da afetividade.

Esses três períodos são anteriores ao desenvolvimento do pensamento e da linguagem e se estendem do nascimento até um ano e meio a dois anos de idade.

- no quarto estágio se dá o desenvolvimento da inteligência intuitiva, dos sentimentos interindividuais e das relações sociais caracterizadas pela submissão ao adulto (de dois a sete anos);
- no quinto, desenvolvem-se as operações concretas, os sentimentos morais e sociais de cooperação (dos sete aos doze anos);
- no sexto e último estágio, vemos o desenvolvimento das operações abstratas, a formação da personalidade e a inserção afetiva e intelectual na sociedade (adolescência).

A cada estágio, emergem estruturas originais, que o diferenciam do anterior. No entanto, permanece uma parte essencial dessas construções sucessivas, formando a base para construção das novas características. Contudo, cada estágio é acompanhado por características momentâneas e secundárias que serão modificadas posteriormente pelo desenvolvimento, sempre orientadas para a necessidade de nova organização (Op. cit.: 14). Portanto, em cada estágio existe uma forma de equilíbrio que conduz a evolução mental em busca de um equilíbrio cada vez mais completo.

Segundo Piaget, ao compreendermos os mecanismos funcionais comuns a todos os estágios, podemos dizer que todo movimento, pensamento ou sentimento corresponde a uma necessidade (Op. cit.: 14), sendo a necessidade uma manifestação de desequilíbrio. Ou seja, se necessitamos de algo é porque houve mudanças em nosso organismo físico ou mental e portanto é necessário um ajustamento em função dessa mudança. A ação termina quando a necessidade é satisfeita e se restabelece o equilíbrio. A todo momento, as transformações do mundo interior e exterior provocam desequilíbrios que exigirão novas condutas para restabelecer o equilíbrio e buscar um equilíbrio mais estável.

Pode-se considerar, então, que nas bases de construção as estruturas mentais sucessivas produzem o desenvolvimento como forma de equilíbrio. No entanto, o conteúdo ou estrutura das diferentes necessidades depende da organização do nível a ser considerado. A cada momento os interesses de uma criança dependem “de suas noções adquiridas e disposições afetivas”. (Op. cit.: 15)

Em todas as idades, no processo de desenvolvimento, toda necessidade tende a assimilar o mundo exterior às estruturas já construídas e acomodar essas estruturas aos objetos externos. Desse modo, a vida mental tende a assimilar progressivamente o meio ambiente, incorporando-o por intermédio das estruturas psíquicas e atingindo um raio de ação sempre mais amplo.

Segundo Piaget, a percepção e os movimentos elementares se desenvolvem, inicialmente, voltados para “objetos mais próximos em seus estados momentâneos” (Op. cit.: 15), isso porque a inteligência prática e a memória possibilitam reconstituir o estado anterior e antecipar as transformações. Em seguida, o pensamento intuitivo vai reforçar a inteligência prática e a memória, possibilitando o desenvolvimento da inteligência lógica que capacita a criança a efetuar operações concretas e, finalmente, as deduções abstratas. A partir daí o sujeito será capaz de dominar os acontecimentos no espaço e no tempo.

A cada variação no mundo exterior, a forma de assimilação dos objetos vai levar a ação e o pensamento a se acomodarem a essa assimilação. Piaget denomina como “adaptação” o equilíbrio destas assimilações e acomodações. Assim, o desenvolvimento mental pode ser visto como uma adaptação sempre mais precisa à realidade (Op. cit.: 16).

Cabe ressaltar que a criança, a partir de mais ou menos dois anos de idade, passa por profundas mudanças com o aparecimento da linguagem, pois a criança se torna capaz de narrar suas experiências passadas e antecipar suas ações futuras “pela representação verbal” (Op. cit.: 23). Esse momento tem três conseqüências fundamentais para o desenvolvimento mental: o início da socialização da ação, o surgimento do pensamento, que tem como base a linguagem interior e o sistema de signos, e uma interiorização da ação que passa a “se reconstituir no plano intuitivo das imagens e das ‘experiências mentais’” (Op. cit.: 24).

Com o início da socialização, a criança passa a copiar os exemplos dos adultos que se constituem num “eu ideal”. As ordens dos adultos se tornam, então, aceitáveis e até obrigatórias para as crianças, que desenvolvem também uma submissão intelectual e afetiva inconsciente, devido ao que Piaget denomina de “coação espiritual exercida pelo adulto” (Op. cit.:26). Além disso, a comunicação com adultos e outras crianças desempenha um papel importante, pois, na medida que a criança pode formular suas ações e narrar

ações passadas ela transforma as condutas materiais em pensamento. Outro ponto importante do início da socialização (de dois a sete anos) é o fato de que a criança, nessa faixa etária, fala a si mesma. Isso pode ser constatado nos monólogos que acontecem quando brinca.

Assim, o aparecimento da linguagem e o início da socialização vão influir na transformação da inteligência, que a partir daí se desenvolve como pensamento.

No entanto, segundo Piaget, durante a idade de dois a sete anos, são encontradas transições entre duas formas extremas de pensamento, sendo que a segunda forma domina a primeira aos poucos.

A primeira forma é o pensamento egocêntrico puro, que exclui a objetividade, que aparece no jogo simbólico. Entre crianças de dois a sete anos aparece uma forma de jogo, característica da primeira infância, na qual o pensamento intervém, mas é um pensamento individual, com poucos elementos coletivos. É o jogo simbólico ou jogo de imaginação: brincadeira de boneca ou de comidinha. Para Piaget, esses jogos “constituem uma atividade real do pensamento” (Op. cit.: 28), apesar de ser um pensamento egocêntrico. Tem a função de satisfazer o eu através da transformação do real em função dos desejos, ou seja, a criança ao jogar reconstrói e modifica a realidade em que vive, revivendo prazeres ou resolvendo conflitos. A linguagem aparece aí, através da imagem ou símbolo. Nesse caso, o símbolo é um signo individual, já que é elaborado pelo indivíduo e se refere a lembranças e estados íntimos da pessoa e é nesse sentido que Piaget afirma ser o jogo simbólico “o pensamento egocêntrico em estado quase puro, só ultrapassado pela fantasia e pelo sonho” (Op. cit.: 29).

A segunda forma, no outro extremo, é onde encontramos a forma de pensamento adaptado à realidade da criança e aos outros, que Piaget denomina de “pensamento intuitivo” (Op. cit.: 29), e pode ser visto como “a experiência e a coordenação senso-motoras reconstituídas e antecipadas, graças à representação” (Op. cit.:29).

Oscilando entre esses extremos, encontramos o pensamento da criança de dois a sete anos, forma de pensamento verbal que, apesar “de séria em relação ao jogo” (Op. cit.: 29), está mais distante do real que a intuição.

Portanto, a criança de dez a doze anos, faixa etária privilegiada para o estudo aqui proposto, pode ser considerada ator social em desenvolvimento, capaz de representar a realidade em que vive, de acordo com seu estágio de desenvolvimento, sendo esse estágio imediatamente anterior à adolescência na qual o indivíduo passa a integrar o mundo dos adultos. Por outro lado, podemos citar estudos que apontam a importância da teoria construtivista de Piaget para a compreensão do desenvolvimento das representações sociais: Duveen, em seu estudo sobre crianças enquanto atores sociais (in Guareschi, e Jovchelovitch (orgs.), 1995: 261); Jovchelovitch, em seu estudo sobre intersubjetividade, espaço público e representações sociais (in Op. cit.: 63); Pillar, em seu estudo sobre o desenho e construção de conhecimento na criança (Pillar, 1996: 41), entre outros.

5. Proposta teórica do presente trabalho: posicionamento e justificativa

Neste estudo, trabalharemos com uma integração crítica das contribuições acima, que podem ser sintetizadas nas seguintes hipóteses teóricas:

Primeira — Com a etnopsiquiatria de Laplantine, acreditamos que nas diversas culturas convivem concepções de saúde e doença, incluindo os quadros mentais. Acreditamos que cada contexto sociocultural e histórico específico produz uma hierarquia de modelos hegemônicos e subalternos.

A contribuição de Laplantine deve ser vista como um mapeamento descritivo e estrutural das diferentes representações da doença, e que pode ser apropriada dentro de uma perspectiva histórico-crítica, ao associarmos cada concepção ao quadro histórico correspondente, seja de interesses sócio-econômico-culturais das classes e grupos sociais em luta (perspectiva marxista); ou a dispositivos de saber e poder utilizados na disciplinarização e

normatização dos indivíduos (perspectiva foucaultiana); ou dentro de uma perspectiva teórica das representações sociais feita pela psicologia social, bem como da perspectiva de luta contra formas estigmatizadoras e segregativas de relação com os indivíduos doentes mentais (perspectiva de Goffman), como proposto a seguir.

Segunda — Com a concepção de estigma de Goffman, pretendemos indicar as concepções cognitivas e comportamentos segregadores que emergem nas representações sociais de doença mental. No universo pesquisado, podemos relacioná-la ao discurso hegemônico do modelo médico psiquiátrico nas sociedades ocidentais, principal origem do preconceito, isolamento e exclusão do doente mental em nossa cultura.

Terceira — A elaboração das representações sociais, consideradas como formas de conhecimento prático que orientam as ações no cotidiano — numa perspectiva psicossocial —, dá-se por meio dos conteúdos que circulam na sociedade, do processo de interação social e das pressões para definir, confirmar e manter identidades coletivas. É, portanto, considerado o contexto sócio-histórico que leva às construções sociais que alimentam a subjetividade e o discurso constituinte de nossas relações sociais. A compreensão das representações sociais, nessa perspectiva, permitir-nos-á analisar o conteúdo dos discursos, no universo pesquisado, relacionando-os e comparando-os à concepção de estigma e a um espectro mais amplo de representações da saúde e da doença, proposto pela etnopsiquiatria.

Quarta — O construtivismo piagetiano nos permitirá compreender o processo de formação e desenvolvimento de estruturas mentais que possibilitarão às crianças e adolescentes, atores sociais em desenvolvimento inseridos num contexto sócio-histórico específico, a elaboração das representações sociais.

Com este estudo procuramos contribuir para a compreensão da representação da doença mental nas crianças que participam das atividades do Projeto BRINCAR, objetivando uma aproximação compreensiva e construtiva

com a realidade vivenciada por elas e, com isso, a possibilidade de desenvolver melhor um trabalho voltado para a saúde mental na infância, adolescência e na família, dentro de uma perspectiva de luta contra as formas estigmatizadoras e segregadoras do doente mental. Acreditamos também que este estudo pode servir de subsídio para projetos e profissionais de outras áreas da Saúde Mental, que trabalham com crianças e adolescentes.

1. Descrição da amostra

Esta amostra foi formada por 10 mulheres, com idades variando entre 25 e 45 anos, que apresentavam filhos com diagnóstico de transtorno mental. As participantes foram selecionadas através de uma abordagem intencional, buscando a diversidade de características pessoais e sociais. O critério de inclusão foi a presença de um filho com diagnóstico de transtorno mental, independentemente da idade e do tipo de transtorno. O critério de exclusão foi a ausência de contato com o filho ou a incapacidade de responder às perguntas da entrevista. As participantes foram recrutadas através de indicações de profissionais de saúde mental, de grupos de apoio e de redes sociais. Todas as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem.

Capítulo IV

Metodologia

O objetivo deste trabalho é o estudo de representações sociais de doença mental de crianças que participam das atividades do Projeto BRINCAR, que acontece todos os domingos no pátio do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Essas crianças convivem com representações convencionais de doença mental na escola, na comunidade onde vivem e através da mídia. Tais representações apresentam predominantemente o doente mental como destituído de razão, portanto imprevisível, perigoso e irresponsável. O BRINCAR possibilita a essas crianças entrar num hospital psiquiátrico e brincar com seus familiares internados, outros pacientes e técnicos do Projeto. Apresenta-lhes, assim, uma outra visão de doença mental.

1. Desenho da Pesquisa.

Para estudar as possíveis influências que o Projeto BRINCAR tem na representação da doença mental dessas crianças, privilegiamos a pesquisa participante, uma vez que, como integrante da equipe, já estava em contato direto com as crianças através das brincadeiras. Mas, como seriam as representações sociais de doença mental em crianças que não participam do Projeto? Optamos, então, por fazer um estudo múltiplo comparativo, com corte transversal, para estudar se existe diferença entre as representações sociais de doença mental das crianças que participam do BRINCAR e as que dele não participam. Com este fim, foram realizadas também entrevistas com crianças de uma escola municipal.

A pesquisa incluiu trinta e quatro crianças, de idades entre dez e doze anos, sem prioridade de sexo; dezessete participantes das atividades do Projeto BRINCAR e as demais da 4ª série do primeiro grau de uma escola municipal de Duque de Caxias. A opção pelo grupo da escola municipal foi motiva-

da pelo fácil acesso, pela exigüidade de tempo disponível para pesquisa, e por possuírem uma origem sócio-econômica e cultural semelhante às crianças do Projeto BRINCAR.

É importante ressaltar que as 17 crianças de Duque de Caxias vivem no mesmo bairro da escola e suas famílias são de baixa renda. As do Projeto vivem em bairros da periferia do Rio de Janeiro e até em outros municípios. Suas famílias são também de baixa renda.

Foi pedida permissão aos pais para fazer as entrevistas, e também consultadas as crianças se queriam participar. A colaboração de ambas as partes foi imediata. As crianças da escola municipal foram abordadas coletivamente, em uma única tarde. As participantes do Projeto BRINCAR foram abordadas à medida que compareciam às atividades, no período de novembro de 96 a março de 97.

2. Procedimentos para a abordagem das crianças

As crianças foram abordadas em grupos, na sala do Serviço Social do IPUB, e na escola, sendo oferecidas a cada criança uma folha de papel sulfite e canetas hidrocor. Em seguida foi solicitado que fizessem um desenho criando uma história ou uma situação com um doente mental. Sempre que solicitado, fornecemos mais papel. Após desenharem, foi-lhes pedido que contassem a história e explicassem o que haviam desenhado. As histórias foram gravadas, transcritas e anexadas aos desenhos para posterior análise.

Este procedimento — desenhos-histórias com tema — baseou-se no trabalho desenvolvido por Tsu em seu estudo de representações sociais sobre doença mental com adolescentes. Segundo Tsu, neste tipo de procedimento, o desenho funciona como estímulo para a elaboração da história, além de possibilitar “a entrada do sujeito na chamada área transicional, desde a perspectiva winnicottiana, facilitando a emergência de conteúdos inconscientes” (Tsu, 1991: 50). Portanto, mesmo quando os desenhos não são analisados segundo procedimentos de análise projetiva gráfica, eles po-

dem ser utilizados, porque é em função deles que a história é elaborada e verbalizada.

3. Recursos e fontes de pesquisa

Para realizar a pesquisa foram utilizados os seguintes recursos e fontes:

3.1. Material bibliográfico primário

Atas, documentos e cartas, arquivados no setor Infante-Juvenil do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que, juntamente com as entrevistas com os profissionais do Projeto BRINCAR, possibilitaram a construção da história do Projeto.

3.2. Material bibliográfico secundário

Livros e artigos que possibilitaram a contextualização, a construção da base teórica e da metodologia do presente trabalho, conforme bibliografia no final desta monografia.

3.3. Entrevistas

Foram realizadas entrevistas por pauta com profissionais do Projeto BRINCAR, utilizadas no resgate da história do Projeto e na descrição do processo de reforma psiquiátrica no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. O texto integral dessas entrevistas pode ser consultado no Anexo 3.

As “entrevistas” com crianças foram feitas a partir de técnica de desenho-história e serão analisadas no Capítulo IV. O conteúdo das histórias contadas e os desenhos podem ser consultados nos Anexos 1 e 2.

3.4. Observação participante

Através da observação participante nas atividades do Projeto BRINCAR foram colhidos dados que colaboraram na análise do discurso das crianças do Projeto.

Capítulo V

Análise das histórias elaboradas pelas crianças

A análise das entrevistas foi feita com base no discurso surgido do desenho-história feitos pelas crianças. Encontramos aí, a partir do próprio discurso delas, as seguintes categorias temáticas:

- categorias associadas à doença mental;
- descrição do comportamento individual do doente mental;
- comportamento do doente mental com os outros;
- determinantes do comportamento do doente mental;
- referência contextual;
- critérios para a atribuição de ser doente/não doente;
- como o hospital é representado;
- relação com a instituição psiquiátrica e avaliação da internação;
- relação da família com a internação;
- estigma;
- como o doente mental é representado no eixo geracional (adulto/criança).

Em seguida passaremos à análise de cada categoria temática comparando a proporção numérica das representações em cada grupo e comparando os discursos das crianças do Projeto e da escola municipal, procurando desvendar as representações que possam surgir.

1. Categorias associadas à doença mental

Na entrevista com as crianças, foi pedido que desenhassem uma história ou situação com um “doente mental”, que foi utilizada como categoria

indutora do discurso das crianças. No entanto, surgiram outros termos associados à doença mental.

1.1. Projeto BRINCAR

Apenas 2 crianças usaram outras expressões ao se referirem ao doente mental: “ele ficou maluco” e “um dia ela ficou maluca”. É importante ressaltar o fato de que, das 17 crianças, apenas duas usaram a expressão “maluco”. Podemos formular a hipótese de que a expressão exprime uma gradação mais forte da doença mental, tendo um efeito mais estigmatizante sobre o doente mental e, portanto, também sobre as crianças de sua família, e daí, talvez, essa baixa frequência.

1.2. Escola Municipal

Aqui aparecem as expressões: “problema mental”, “demente”, “doente da cabeça”, “problema na cabeça”, “maluca”, “maluco”, “pirado da cabeça” e “doido”. Doze crianças utilizam esses termos quando se referem ao doente mental e o termo mais usado foi “maluco”, que apareceu nas histórias de seis crianças. Surge uma associação de doença mental com problema ou doença na cabeça, numa localização física da doença. De qualquer forma, a proporção das categorias mais estigmatizantes é muito mais alta neste grupo de crianças, provavelmente pela dominância das representações correntes na sociedade e pela distância existencial dessas crianças com usuários de serviços de saúde mental.

2. Descrição do comportamento individual do doente mental

Algumas crianças fazem referência à maneira como o doente mental se comporta e às suas características individuais.

2.1. Projeto BRINCAR

Nas histórias das crianças surgiram as expressões: “dança”, “baba”, “desligou”, “espernear”, “chorar”, “triste”, “quebrar coisas”, “não faz nada”,

“não lembrar”, “não tem noção das coisas que faz”. Dessas, as expressões mais freqüentes são: “chorar”, “espernear” e “gritar”.

Podemos considerar que essas expressões surgem a partir da experiência de contato com pessoas em crise. As expressões “dançar” (na história da *Criança 1*, o doente dança sem música), “espernear”, “gritar”, “babar” e “quebrar coisas” parecem sugerir um ‘excesso’ em relação ao comportamento de pessoas consideradas normais. As expressões “não faz nada”, “não lembrar”, “não ter noção”, sugerem ‘falta’ ou ‘incapacidade’. Da mesma forma as expressões “chorar” e “tristeza” sugerem ‘excesso’ de emoção. Podemos, a partir destas expressões, visualizar na representação das crianças uma polarização (+) ‘excesso’ — ‘falta’ (-), sendo que o padrão considerado normal se localizaria no meio.

(+) excesso — normal — falta (-)
desvio ←————→ desvio

2.2. Escola Municipal

Nas histórias surgem as expressões que sugerem ‘excesso’ em relação ao comportamento normal: “fala coisas no meio da rua”, “adora flores, adora regar o jardim” (nessa história o doente “adora” tanto que resolve morar no hospital). Os termos “não sabe o que faz”, “não podia brincar”, “não podia andar nem fazer nada” e “não conseguia” sugerem deficiência física ou mental. A expressão “triste” sugere excesso emocional.

Assim, comparando os termos que caracterizam o comportamento individual no contexto das histórias podemos ver que ambos os grupos fazem referência a um comportamento que traduz ‘excesso’, ‘falta’ ou ‘deficiência’ e ‘excesso’ emocional. No entanto, no caso das crianças do BRINCAR podemos supor que essa imagem surge da experiência com seus familiares doentes, pois é possível ver na família ou no IPUB os comportamentos que aparecem nas histórias. As crianças da escola municipal se referem nas histórias a incapacidades físicas ou mentais que levam a supor uma descrição de pessoa portadora de deficiência mental. A partir de um seminário na Escola de Serviço Social da UFRJ, pude constatar entre os participantes que essa confu-

são entre “doente mental” e “deficiente mental” parece ser muito comum também entre os estudantes de Serviço Social.

3. Comportamento do doente mental com os outros

3.1. Projeto BRINCAR

Nas histórias aparecem as expressões: “correr atrás dos outros”, “bater nas pessoas”, “dançar”, “brincar”. Aqui surgem representações polares à medida que encontramos uma representação de doente mental agressivo e uma representação de doente mental afetuoso e amigo que dança e brinca. Cabe ressaltar que entre as 17 crianças, a representação agressiva aparece em duas histórias e a representação do doente mental afetuosa e amiga aparece também em duas histórias.

3.2. Escola Municipal

Aparecem aqui as expressões “xingando os outros”, “jogar pedras”, “bater nos outros”, “brincar” e “se apaixonar”. Portanto também aqui surge a representação do doente mental agressivo e do doente mental afetuoso e amigo. Quatro histórias apresentam o doente mental agressivo e duas o doente mental afetuoso e amigo.

Aparentemente, o grupo da escola municipal apresentou uma frequência maior de representações do doente mental agressivo. Não temos condições de atestar a representatividade estatística dessa diferença, mas se ela for real, teríamos como implicação que o Projeto BRINCAR estaria permitindo uma reelaboração da imagem agressiva do doente mental em crise, já que essas crianças têm contatos com eles na vida cotidiana.

4. Determinantes do comportamento do doente mental

4.1. Projeto BRINCAR

Na expressão “os outros fazem raiva nela, chama ela de doente mental” (Anexo 1, *Criança 1*), aparece o modelo relacional de Laplantine, onde o com-

portamento é causado pela relação estigmatizante do meio em uma superposição com o modelo exógeno, que explica a causa vinda do exterior do indivíduo. Por outro lado, na expressão “uma pessoa da família dela tinha morrido” (Anexo 1, Criança 4), aparece um fato existencial dramático como causa do comportamento, surgindo mais uma vez o modelo exógeno, um fato externo como causa. Em “era um dia um garoto muito triste, ele ficou maluco” (Anexo 1, Criança 6), parece indicar o excesso de emoção como causa do comportamento, e o modelo que surge é o endógeno, a causa é interna ao indivíduo. Por sua vez, em “ele tava passando muito mal”, “tava com muita dor no estômago” (Anexo 1, Criança 14), aparece o modelo ontológico, em que o que está doente é o estômago. Cabe ressaltar que apenas quatro crianças fizeram referências a causas do comportamento do doente mental.

4.2. Escola Municipal

Nas expressões: “um garoto que não tinha mãe, aí ele ficou com problema na cabeça” (Anexo 2, Criança 6) e “ele perdeu o pai de maneira tão feia” (Anexo 2, Criança 4), surge um fato existencial dramático como causa do comportamento, e de novo o modelo exógeno aparece quando um fator externo ao indivíduo é o causador do comportamento. Em “minha prima é maluca, ela desmaiou e o cérebro dela parou” (Anexo 2, Criança 13), aflora o modelo ontológico, é o cérebro que ficou doente. Cabe ressaltar que apenas três crianças fizeram referência às causas do comportamento do doente mental.

Se generalizássemos essas amostras, poderíamos supor que nas crianças dos dois grupos haveria convivência de vários modelos etiológicos nas representações de doença mental.

5. Referência contextual

Apontamos aqui as expressões que se referem ao contexto ambiental onde a história acontece.

5.1. Projeto BRINCAR

Temos as seguintes expressões: “vive dentro do hospital”, “ela melhorou e foi embora p’ra casa”, “ele ficou bom e pode ir p’ra casa”, “levou ela p’ra casa”, “quando ficou boa, ficou na pracinha”, “ficar no hospital até melhorar”, “falando com o médico p’ra pedir p’ra ter alta”, “ficar bom e ficar com a família”, “pediram p’ro médico p’ra dá alta p’ra eles” e “queria se curar dentro da clínica”. Temos aqui uma contraposição, onde o hospital, o médico e a clínica representam o estar doente, e a família, a casa e a praça representam o estar bom, curado. A partir da experiência nas enfermarias do IPUB, é possível identificar talvez aqui o contato com o discurso dos pacientes internados que pedem alta o tempo todo, o médico como aquele que tem o poder de dar a alta, e o desejo dos pacientes, da família e das crianças de ver o doente curado e em casa. É interessante o fato de dez crianças terem feito tais referências contrapondo doente/hospital com curado/casa, praça. Das 17 crianças, três não fazem referência ao hospital nem à casa e quatro desenvolvem histórias dentro do hospital, mas sem fazer qualquer contraposição.

5.2. Escola municipal

Aqui aparecem as expressões: “no berço (em casa)”, “no meio da rua”, “a casa dele”, “na casa dele”, “aqui é um hospital”, “ele foi para o hospital” e “a casa dele”. Nesse grupo não aparece claramente a contraposição hospital/doente e casa/bom, como também não aparece o hospital como lugar de médico que tem o poder de curar, o que pode ser considerado como resultado natural da ausência de contato com a instituição psiquiátrica. É importante ressaltar que sete crianças fizeram referências ao contexto das histórias e das sete, apenas duas fizeram referência a hospital.

6. Critérios para a atribuição de ser doente/não doente

Entendemos por essa categoria os critérios e a caracterização que permitem às crianças atribuir aos indivíduos ser ou não ser doente.

6.1. Projeto BRINCAR

Nas histórias aparecem os termos: “ele não parece ser doente, ele é doente, mas p’ra mim ele não é” (Anexo 1, *Criança 2*), “ela ficou muito doente” “depois melhorou” (Anexo 1, *Criança 4*) e “tem pessoas que parece que não são doentes” (Anexo 1, *Criança 5*). Apenas três crianças fazem referência à representação de doença e de saúde: duas crianças não conseguem ver a diferença entre os doentes e os não doentes dentro do hospital apontando para uma idéia de que existe para essas crianças uma imagem de doente mental que não conseguiram identificar (foi a primeira visita ao Projeto BRINCAR); a terceira criança apresenta uma imagem de saúde como condição inicial, depois vem a doença e posteriormente a melhora.

Parece que temos aqui claramente uma das implicações mais importantes do Projeto BRINCAR na representação social da doença mental: os atributos que delimitam ser doente/não doente são confundidos. Em outros termos, o Projeto BRINCAR permite que a criança veja o doente mental com atributos que são associados aos indivíduos considerados normais. Podemos entender a confusão das crianças na medida em que a sociedade desenvolve meios de dividir as pessoas em categorias e estabelecer os atributos considerados normais para cada grupo (Goffman, 1988: 12). O grupo de pessoas doentes mentais tem suas características estabelecidas pelo meio social, são atributos negativos como “agressividade” (excesso) e “incapacidade” (falta). Ao chegar ao Instituto de Psiquiatria as crianças encontram as pessoas internadas, suas visitas, os técnicos do Projeto e as outras crianças, todos brincando e conversando, tornando-se, então, difícil identificar aqueles atributos diferenciadores da doença/não doença naquele grupo.

6.2. Escola Municipal

Apenas duas crianças fazem alguma referência apresentando a transição entre doença/não doença: “quando era criança era normal e quando adulto ficou demente” (Anexo 2, *Criança 2*) e “ele nasceu bom, ficou doente da cabeça” (Anexo 2, *Criança 4*). Julgamos que estes dois casos não são representativos de qualquer tendência clara neste grupo de crianças.

7. Como o hospital é representado pelas crianças no desenho

Consideramos como o hospital é desenhado pelas crianças, a composição do espaço e como o doente está colocado nesse espaço.

7.1. Projeto BRINCAR

Apenas três crianças não desenharam o doente no hospital, uma desenha somente o doente, outra desenha o pátio do hospital e uma terceira desenha o doente numa sala sem aparecer o resto do hospital. No entanto, 11 crianças fazem desenhos onde aparece uma casa simbolizando o hospital e o resto do espaço é preenchido com árvores, flores, céu, sol nuvens, corações, pássaros e borboletas, utilizando-se de muitas cores. Mesmo nos desenhos onde o doente está dentro da enfermaria o espaço maior é ocupado com as árvores e flores, o que supõe a representação positiva do pátio do IPUB, que tem uma política ativa de qualidade ambiental, ou seja, uma reelaboração de um espaço onde vivenciam o sofrimento do doente em crise e ao mesmo tempo as atividades lúdicas do Projeto BRINCAR, onde podem estar em companhia do familiar internado e brincar com ele.

7.2. Escola Municipal

Apenas uma criança desenha um hospital, mas não desenha qualquer construção, somente o jardim.

8. Relação com a instituição psiquiátrica e avaliação da internação

Entendemos aqui a relação das crianças com o processo de internação e com o hospital.

8.1. Projeto BRINCAR

Surgiram as seguintes expressões: “ela não queria ficar lá (no hospital)” (Anexo 1, Criança 4), “ele queria sair e ir p’ra casa (sair do hospital)”

(Anexo 1, Criança 6), “papai do céu ajudou ela e ela ficou boa e ajudou ela a sair de lá (do hospital)” (Anexo 1, Criança 7), “em casa ele está com menos cuidado”, “no hospital ele já começa a ter noção do que faz” (Anexo 1, Criança 9), “aqui no médico (hospital) ele fica mais feliz, até melhorar” (Anexo 1, Criança 10), “ele não agüenta ficar no médico (hospital)” (Anexo 1, Criança 11), “ele quer sair logo daqui, não tá mais agüentando ficar sozinho, quer ficar com a família dele (hospital)” (Anexo 1, Criança 12), “eles não estavam mais agüentando ficar no hospital” (Anexo 1, Criança 13), “aí um dia ele queria sair (do hospital)” (Anexo 1, Criança 14). Nas histórias, nove crianças fazem referência ao processo de internação, sendo que sete mostram uma imagem de sofrimento para o doente e duas apresentam essa mesma imagem, mas procuram aliviar com a necessidade de passagem pela internação para a pessoa poder ficar boa. Paralelamente, a contraposição já identificada no item 5, nos parece que o hospital, na visão das crianças, revela uma ambigüidade: o hospital é necessário para curar a doença e ao mesmo tempo é um lugar de sofrimento e do pedido desesperado para sair, refletindo a própria experiência e o discurso dos familiares adultos.

8.2. Escola Municipal

Apenas duas crianças fazem referência à hospitalização do doente mental, sendo que uma expõe como sendo uma coisa boa o hospital e a outra como uma necessidade para ficar bom. Elas não conhecem a instituição médica nem o desejo de sair dela.

9. Relação da família com a internação

Procuramos, aqui, evidenciar as expressões que indicam como a relação da família com a internação e o hospital aparecem no discurso das crianças.

9.1. Projeto BRINCAR

Apenas cinco crianças fazem referência à internação com as seguintes expressões: “ela ficou um ano lá (hospital), o pessoal (família) não querendo

que ela ficasse, querendo que ela voltasse p'ra casa" (Anexo 1, Criança 4), "a mãe dela ficou feliz e levou ela para casa" (Anexo 1, Criança 7), "aí ela ficou internada no hospital e a mamãe dela ficou muito triste" (Anexo 1, Criança 8), nesses três casos aparece a família triste com a internação e feliz quando o doente tem alta e vai para casa.

9.2. Escola Municipal

Não houve qualquer referência à relação da família com a internação.

10. Estigma

Procuramos aqui as expressões que apresentam a ligação com os atributos negativos e estigmatizantes que o doente mental carrega.

10.1. Projeto BRINCAR

Apenas quatro crianças fazem referência ao tema: "só porque eles não fazem coisa normal igual à gente, todo mundo, gente adulta acha eles doente, mas por mim eu não acho eles doente" (Anexo 1, Criança 2), "eu fiquei com um pouco de medo, depois eu vi que elas eram muito legais" (Anexo 1, Criança 3), "eu fiquei com medo dos doentes, mas depois elas começaram a brincar com a gente, (...) só porque elas são doentes não vão agredir a gente" (Anexo 1, Criança 5), "ela ficou boa, (...) e todo mundo começou a gostar dela" (Anexo 1, Criança 7). Aparecem aqui os atributos negativos que estigmatizam e excluem o doente mental: a anormalidade, a agressividade. No entanto, uma criança considera que a diferença de comportamento não significa doença, em outras duas emerge o efeito de reelaboração de imagem e do estigma, como indicado no item 6 e uma criança considera que o doente só é aceito quando fica bom. É importante ressaltar que essas quatro crianças não têm parentes doentes mentais, vieram ao Projeto acompanhando amigos.

O número baixo de referências estigmatizantes no grupo do Projeto *BRINCAR* permite formular a seguinte hipótese: se o doente mental é socialmente estigmatizado, isso significa que as crianças da família também podem sê-lo; portanto é compreensível que elas utilizem pouco em suas histórias esses atributos negativos.

10.2. Escola Municipal

Aparecem referências nas histórias de seis crianças: “era normal e depois ficou demente” (Anexo 2, Criança 2), “ninguém queria brincar com eles porque eles era doente mental” (Anexo 2, Criança 3), “ela foi para a escola e não deixaram ela entrar porque ela era doente” (Anexo 2, Criança 5), “um menino normal,(...) aí ele chamou o menino doente de esquisito” (Anexo 2, Criança 8), “queria brincar, (...)não podia porque ele era doente mental” (Anexo 2, Criança 14), “doente mental não raciocina” (Anexo 2, Criança 13). Essas expressões sugerem que a diferença é aumentada, vista como “anormalidade” e “incapacidade” e essa anormalidade é justificadora de um processo claro de segregação social, refletindo as representações correntes na sociedade. As duas últimas expressões listadas acima indicam a associação entre doença mental e deficiência mental, já identificadas no item 2, com os mesmos efeitos segregadores.

11. Como o doente mental é apresentado, no eixo geracional (adulto/criança)

11.1. Projeto BRINCAR

Apenas três crianças se referem a crianças doentes em suas histórias, as outras 14 constroem histórias em que o doente mental é um adulto. Podemos supor que essa representação está ligada à experiência das crianças com o familiar internado e a internação no IPUB ser apenas para adultos.

11.2. Escola Municipal

Apenas quatro crianças se referem ao doente como adulto, as outras 13 crianças constroem suas histórias com crianças doentes. Podemos supor que também aqui a representação está baseada na experiência das crianças, talvez com crianças consideradas problema na escola, a quase totalidade não tem contato com pessoas doentes mentais.

Capítulo VI

Conclusões

Ao verificarmos os resultados da análise das histórias das crianças podemos concluir que:

- a) as representações sociais da doença mental aparecem como produto da interação entre as representações hegemônicas na sociedade e a experiência concreta das crianças com a doença mental. Ou seja, no grupo de crianças do Projeto BRINCAR as representações estão ligadas à experiência com o familiar doente e com a possibilidade de entrar numa instituição psiquiátrica; no grupo da escola municipal as representações sociais da doença mental estão ligadas ao pouco ou nenhum contato direto com doentes mentais, parece ter associação com a experiência de contato com crianças com algum tipo de incapacidade na escola, e principalmente à representações correntes na sociedade;
- b) as categorias estigmatizantes surgiram com mais frequência nas crianças da escola municipal, provavelmente devido ao pouco contato com doentes mentais e à reprodução de representações da doença mental correntes na sociedade; as categorias que exprimem uma gradação mais forte da doença mental, podem ter um efeito mais estigmatizante sobre o doente mental e portanto sobre suas crianças. Talvez daí venha a pouca frequência de categorias estigmatizantes nas histórias das crianças do Projeto BRINCAR;
- c) a descrição do comportamento do doente mental pode ser sistematizada a partir de uma polarização “excesso”—“falta” sugerindo um padrão de normalidade que se situaria entre os dois comportamentos. Essa polarização surge nos dois grupos estudados, sendo que, no grupo da Escola, as histórias sugerem uma associação com pessoas portadoras de deficiências mentais e físicas e as do grupo do

- Projeto BRINCAR nos levam a supor uma imagem construída a partir da experiência das crianças com o doente mental em crise, como apontado em **a)**;
- d) a agressividade, atributo negativo socialmente imputado ao doente mental, aparece com maior freqüência no grupo da escola municipal. Não temos condições de atestar a representatividade estatística dessa diferença, mas se ela for real, teríamos como implicação que o Projeto BRINCAR, com suas atividades lúdicas voltadas para a interação paciente/criança, estaria permitindo uma reelaboração da imagem agressiva do doente mental em crise;
- e) as referências às determinantes do comportamento do doente mental surgiram em poucas histórias nos dois grupos, no entanto se pudéssemos generalizar essas amostras poderíamos supor que haveria nos dois grupos uma convivência de vários modelos etiológicos nas representações de doença mental que, como aponta Laplantine, “consiste numa combinação de relações de sentido, com freqüência à revelia dos atores sociais, que comanda soluções originais para responder ao problema da doença” (Laplantine, 1991: 39);
- f) o contexto ambiental onde as histórias acontecem aparece em grande número de histórias do grupo de crianças do Projeto BRINCAR e apresenta uma contraposição onde o hospital, o médico e a clínica representam o estar doente e a família, a casa e a praça representam o estar curado. Podemos supor que o discurso das crianças estaria reproduzindo o discurso da maioria dos pacientes internados, é possível vê-los no Instituto pedindo alta o tempo todo. O médico surge, então, como aquele que tem o poder de dar alta e atender o desejo dos pacientes, da família e das crianças de ver o doente curado e em casa. O grupo de crianças da escola municipal não apresenta uma clara contraposição hospital/doente e casa/bom nas poucas referências que surgiram;

- g) o grupo de crianças do Projeto BRINCAR apresenta em algumas histórias dificuldade em identificar o doente mental dentro do Instituto, apontando para uma das implicações mais importantes do Projeto nas representações sociais da doença mental: os atributos que delimitam o ser doente/não doente são confundidos. A sociedade desenvolve meios de dividir as pessoas em categorias e estabelecer os atributos considerados normais para cada grupo. O grupo de pessoas doentes mentais tem suas características estabelecidas pelo meio social, são atributos negativos como “agressividade” e “incapacidade” (Goffman, 1988: 12). O Projeto BRINCAR ao mediar, através do lúdico, a interação doente/criança valoriza os atributos positivos do doente mental, ignorados no processo de estigmatização, associados aos indivíduos considerados normais. O efeito do processo é quebrar a identificação unívoca com os atributos negativos socialmente associados ao estigma;
- h) as crianças do Projeto BRINCAR, a maioria das vezes, desenham o doente no hospital, no entanto o hospital é caracterizado por uma pequena casa e o espaço maior do papel é dedicado ao desenho de jardins onde prevalecem as flores, árvores, pássaros, borboletas, corações. Essa caracterização do hospital aponta para a representação positiva do pátio do IPUB, que tem uma política ativa de qualidade ambiental, numa reelaboração de um espaço onde vivenciam o sofrimento do doente em crise e ao mesmo tempo as atividades lúdicas do Projeto BRINCAR onde podem estar em companhia do familiar internado e brincar com ele;
- i) a avaliação da internação psiquiátrica do grupo de crianças do Projeto BRINCAR revela uma ambigüidade: o hospital é necessário para curar a doença e ao mesmo tempo é um lugar de sofrimento e do pedido desesperado para sair, refletindo a própria experiência e o discurso dos familiares adultos;

- j) as poucas referências à relação da família com a internação apontam para a tristeza produzida pela internação e a felicidade quando o doente tem alta e vai para casa;
- l) o número baixo de referências estigmatizantes no grupo de crianças do Projeto BRINCAR pode ter a seguinte hipótese: se o doente mental é socialmente estigmatizado isso significa que as crianças da família também podem sê-lo; portanto é compreensível que elas utilizem pouco em suas histórias esses atributos negativos;
- m) as crianças do grupo do Projeto BRINCAR, ao criarem suas histórias, desenham adultos doentes. Podemos supor que essa representação está ligada à experiência das crianças com o familiar internado e com a internação no IPUB que é voltada apenas para adultos.

O material colhido durante este estudo se mostrou muito rico, no entanto não foi possível uma análise mais profunda, o que poderá ser objeto de futuros trabalhos. Os desenhos das crianças constituíram-se num material relevante que poderia ter sido objeto de análise projetiva. Não foi possível uma análise baseada na história de vida das crianças, dada a exigüidade de tempo para entregar o trabalho e o número elevado de crianças dos dois grupos pesquisados. Também teria sido importante pesquisar as representações sociais da doença mental nas crianças que têm familiar doente mental e não conhecem o Projeto BRINCAR. Seria necessária a elaboração de uma análise crítica da história do Projeto dentro da instituição, o que também não foi possível. Assim, como não foram abordadas as implicações do Projeto na reelaboração emocional, nas crianças, da experiência traumática da crise do familiar internado e as implicações nas relações familiares.

Com este estudo, pretendemos nos aproximar um pouco mais da realidade de crianças que convivem com a internação psiquiátrica de um familiar em crise e que, através de um projeto pioneiro na área de saúde mental, possibilita a reelaboração de representações sociais da doença mental correntes na sociedade, ao mesmo tempo que possibilita o resgate do papel de

pais, mães, avós e tios negados pela internação tradicional, respeitando as diferenças e produzindo um novo conceito de saúde no cuidado com as pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

O trabalho desenvolvido pelo Projeto mostrou-se importante para ampliar e inovar as práticas assistenciais nas políticas de saúde mental. No trabalho com crianças e adolescentes busca-se mediar as relações intrafamiliares — tomando-se em consideração também serem eles parte da família — e possibilitar o resgate dos papéis de pais, mães, avós e tios, cuja interrupção, provocada pela internação, seria prejudicial tanto para as crianças quanto para o internado. O Projeto possibilita às crianças e adolescentes reelaborarem os conteúdos emocionais frente à internação do familiar em crise, na medida em que podem estar com eles e vivenciar o processo de internação, amenizando a separação e desfazendo possíveis fantasias sobre o destino do familiar.

O Projeto, ao possibilitar desde cedo a reelaboração das representações sociais de doença mental pelas crianças parentes e amigas do adulto em crise, contribui para o processo de desinstitucionalização.

Acreditamos que este estudo pode servir de apoio para todos os profissionais que trabalham com crianças e com famílias, principalmente na área de saúde mental.

Bibliografia

- AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente — outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____ (Org.). *Loucos pela vida — a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP/Fiocruz, 1995
- _____ (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____ e BEZERRA JR., Benilton (Orgs.). *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1991 [2ª edição].
- BASTOS, Lilian Miranda. *O processo de representação no desenvolvimento cognitivo*. Feira de Santana: UEFS, 19__ [xerografado].
- GERALDES, M. T. M. (Org.). *Instituto de Psiquiatria — Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1938-1995*. Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação Social/IPUB, 1995.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma — notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988 [4ª edição].
- GUARESCHI, Pedrinho e JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995 [2ª edição]
- LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- PIAGET, Jean. *Seis estudos de psicologia*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978 [9ª impressão].
- PILLAR, Analice Dutra. *Desenho e construção de conhecimento na criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- TSU, Tânia Maria José Aiello. “Vício e loucura”: Estudo de representações sociais de escolares sobre doença mental através do uso do procedimento de desenhos-estórias com tema **in** *Boletim de Psicologia* n.º 41, pp. 47-55, 1991.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desinstitucionalização e interdisciplinariedade em Saúde Mental **in** *Cadernos do Ipub* n.º 7, 1997.
- _____. Do hospício à comunidade — mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

Anexo I

Entrevistas com crianças que participam do Projeto BRINCAR

Criança 1

Sexo masculino, 10 anos. Mora com os pais em Duque de Caxias, o pai é funcionário de universidade federal. Veio visitar o pai, participou várias vezes no Projeto Brincar

Criança 1: Eu desenhei um doente mental, uma árvore de natal e uma máquina de tirar retratos.

Pergunta: Me conta a história do desenho, a história dessa pessoa que você desenhou.

Criança 1: Ela dança e fica correndo atrás da gente.

Pergunta: É um homem ou uma mulher?

Criança 1: É uma mulher.

Pergunta: Que mais... o que ela está fazendo no desenho?

Criança 1: Está dançando.

Pergunta: O que ela tem na boca?

Criança 1: Ela está babando.

Pergunta: Ela só dança e corre atrás de vocês ou faz mais alguma coisa?

Criança 1: Fuma cigarro.

Pergunta: Do que você acha que ela gosta?

Criança 1: Guaraná e hambúrguer.

Pergunta: Como é que essa pessoa vive?

Criança 1: Dentro do hospital.

Pergunta: Ela não tem casa?

Criança 1: *Tem.*

Pergunta: Como você acha que essa pessoa vive em casa.

Criança 1: *Não sei.*

Pergunta: Você não sabe como um doente mental vive dentro de casa? Você acha que aquela pessoa ali (no desenho) faz alguma coisa?

Criança 1: *Bate nas pessoas.*

Pergunta: Porque você acha que ela bate.

Criança 1: *Porque os outros faz raiva nela.*

Pergunta: Como é que os outros fazem raiva nela?

Criança 1: *Perturbando.*

Pergunta: Perturbam ela fazendo o quê, por exemplo?

Criança 1: *Chama ela de doente mental, fica mexendo com ela.*

Pergunta: Que pessoas são essas que ficam perturbando ela?

Criança 1: *Pessoas da casa dela e da rua também.*

Pergunta: Ela não faz nada dentro de casa? Por exemplo, o seu pai trabalha em assessoria, a sua mãe faz as coisas dentro de casa. E essa pessoa, o que é que ela faz?

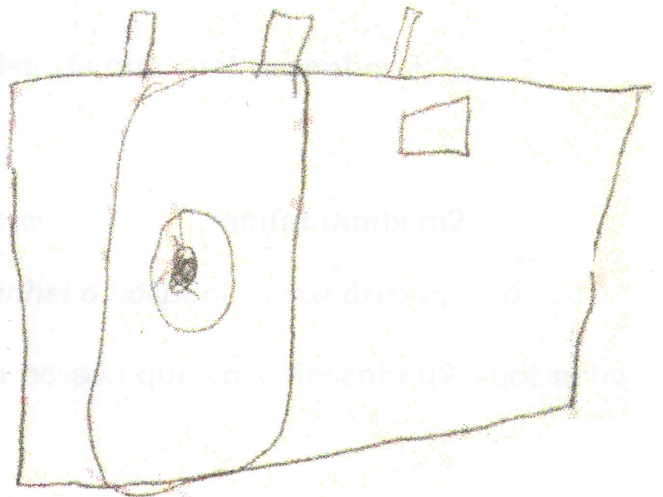
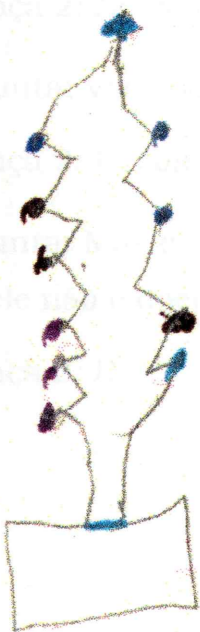
Criança 1: *Não faz nada.*

Pergunta: Por que ela não faz nada?

Criança 1: *Não sei.*



Natal



Criança 2

Sexo feminino, 12 anos

Mora com os pais em S. Cristóvão, pai trabalha como trocador de ônibus. Primeira visita ao Projeto Brincar (entrevista feita depois das atividades). Não tem parente doente mental (veio com amiga que tem).

Criança 2: Aqui tem uma pessoa.. Como é mesmo o nome daquele moço que estava lá fora e que eu dei o biscoito? Aqui, eu estou contando a história de um homem, um rapaz que estava lá fora, o H., ele não parece ser doente, ele é doente, mas p'ra mim ele não é. Mas aqui na história que eu fiz, eu estou contando a história dele. Olha aqui, ele falou "eu sou doente", aí eu falei "não, você não é doente", porque...Não, estou falando sério, por mim eu não acho eles doente não...acho que é porque... só porque eles fazem isso, eles ficam assim, eles não fazem coisa normal igual a gente, mas... todo o mundo, gente adulta acha eles doente, mas por mim eu não acho eles doente, é só isso que eu tenho p'ra dizer.

Pergunta: O que mais tem aí nessa história que você desenhou?

Criança 2: Eu desenhei o H.

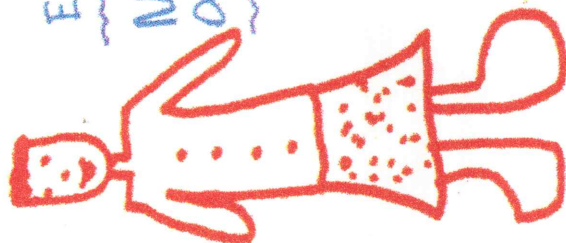
Pergunta: Você botou outro rapaz que está aí no hospital também?

Criança 2: É, botei o outro rapaz, desenhei o hospital e uma árvore, e só.

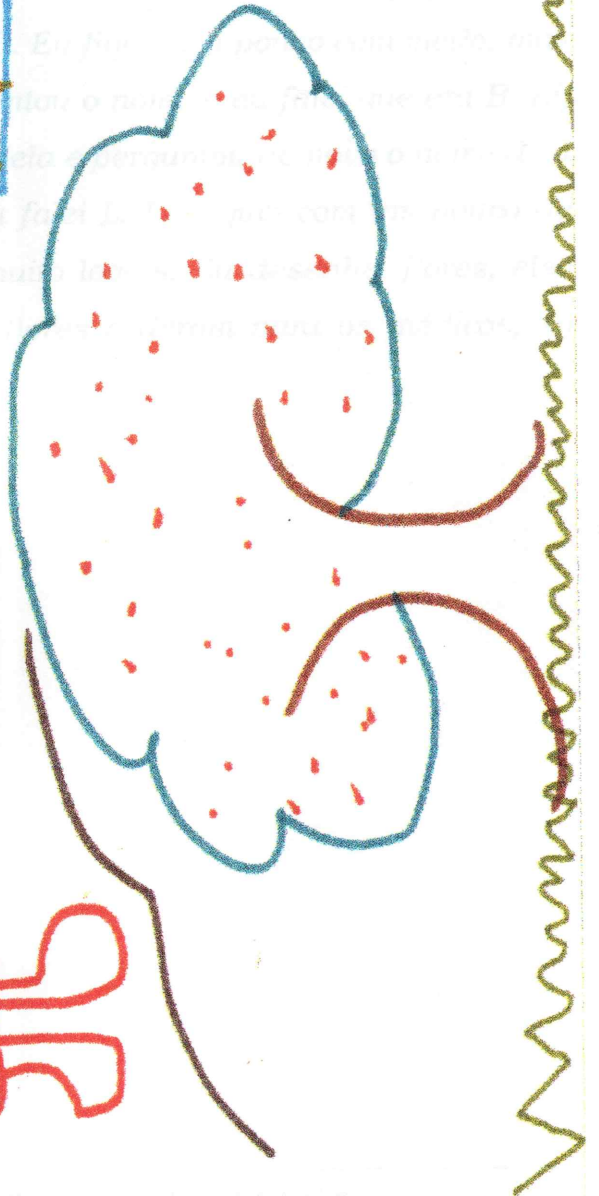
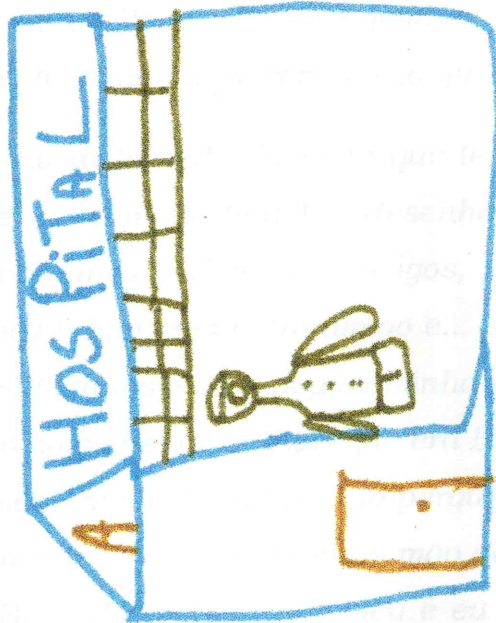
Pergunta: Mas qual é a história dessa pessoa que você desenhou? Você acha que ele não é doente, é isso?

Criança 2: É.

HOSPITAL PINEL



EU SOU DOENTE
NÃO VOCÊ NÃO É
DOENTE

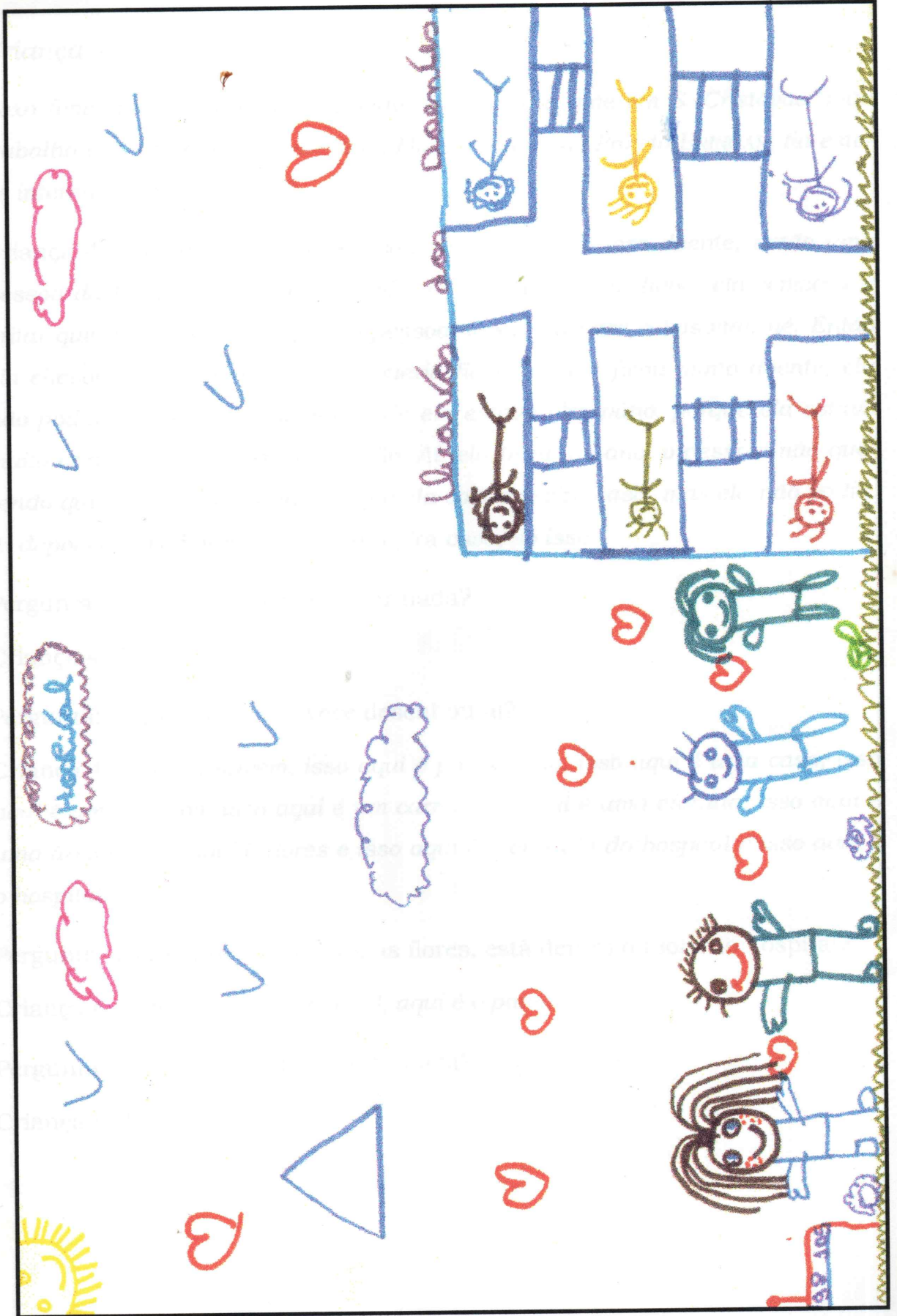


Criança 3

Sexo feminino, 11 anos. Mora com os pais em S. Cristóvão, o pai trabalha com manutenção de geladeiras.

Primeira visita ao Projeto BRINCAR (entrevista depois das atividades). Não tem parente doente mental (veio com amiga que tem).

Criança 3: Eu tô falando da festa que tem aqui no hospital. Eu desenhei os doentes, desenhei o quarto deles, desenhei eles entre amigos, dançando, brincando e eles nunca podem ser inimigos, tem que ser sempre amigos, sempre juntos, nunca brigar com outro amigo e... ser sempre amigos...e eu desenhei o quarto, eles deitados e... eu peguei minha prima no colo...e a moça pegou ela... perguntou o nome dela e eu falei que era B. Eu fiquei um pouco com medo, mas depois eu senti que ela era boa, ela perguntou o nome e eu falei que era B. Aí, depois, veio outra moça, segurou na mão dela e perguntou de novo o nome dela e eu falei B, aí ela perguntou o meu e eu falei L. Eu fiquei com um pouco de medo, mas depois eu vi que elas eram muito legais. Eu desenhei flores, eles dançando, aí depois pararam, colheram flores e deram para os médicos, só isso.



Criança 4.

Sexo feminino, 11 anos. Pai falecido, mora com a mãe em S. Cristóvão, mãe trabalha como auxiliar de escritório. Muitas visitas ao Projeto BRINCAR, tia esteve internada no IPUB em 93.

Criança 4: Era uma vez uma pessoa que... que...que era doente, então uma pessoa da família dela tinha morrido, aí ela... ela se desligou, ela começou a gritar que não queria aquilo, aí o pessoal levou ela para o hospital, né. Então ela chegou no hospital... ela não queria ficar lá... ela ficou muito doente, ela não podia sair nem do hospital onde ela estava p'ro pátio, porque ela estava muito nervosa, ela não queria aquilo. Aí, ela ficou um ano, o pessoal não querendo que ela ficasse, querendo que ela voltasse p'ra casa, mas ela não podia. Aí depois ela melhorou e foi embora p'ra casa, só isso.

Pergunta: Você não quer mais falar nada?

Criança 4: Não.

Pergunta: O que é isso que você desenhou aí?

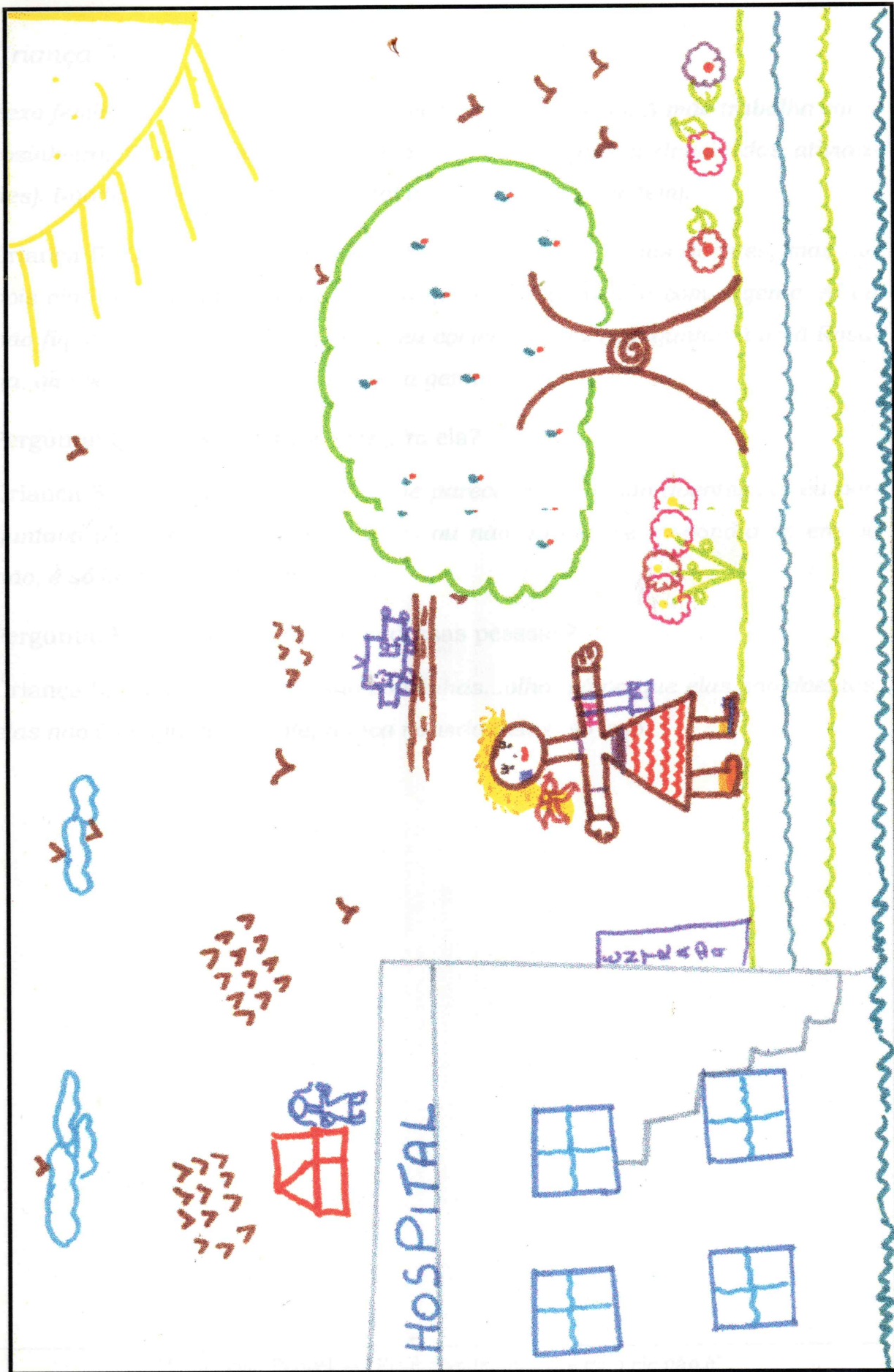
Criança 4: É o sol, nuvem, isso aqui é passarinho, isso aqui é uma casa, isso aqui é uma pessoa, isso aqui é um carro, isso aqui é uma estrada, isso aqui é uma árvore, isso aqui é flores e isso aqui é a entrada do hospital e isso aqui é o hospital.

Pergunta: Tudo isso aí, a árvore, as flores, está dentro ou fora do hospital?

Criança 4: *Está dentro do hospital, aqui é o pátio.*

Pergunta: E essa daí é a moça internada?

Criança 4: *Isso.*



Criança 5

Sexo feminino, 11 anos. Mora com a mãe em S. Cristóvão. A mãe trabalha como cozinheira. Primeira visita ao Projeto BRINCAR (entrevista depois das atividades). Não tem parente doente mental (veio com amiga que tem).

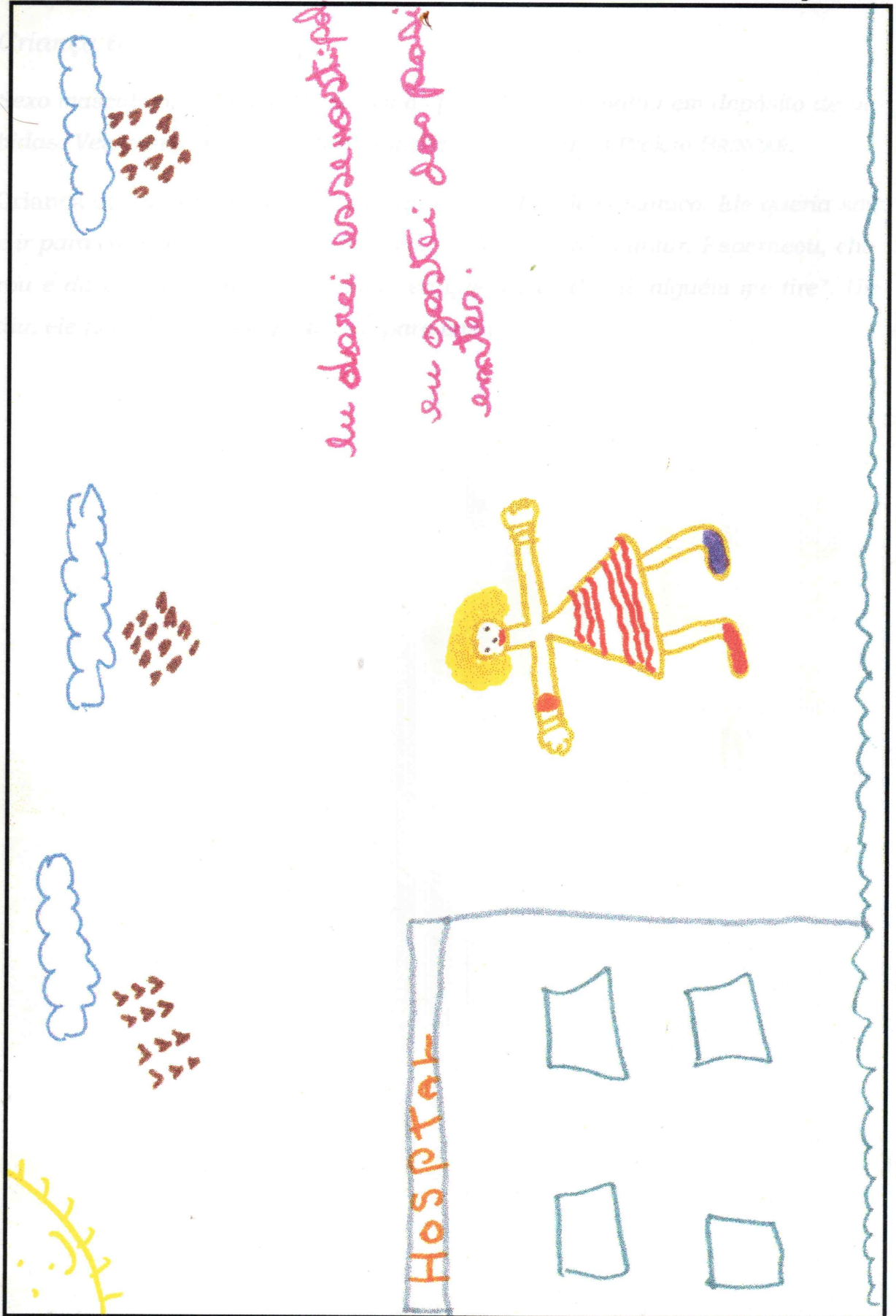
Criança 5: Quando eu entrei aqui, eu fiquei com medo dos doentes, mas depois elas começaram a brincar com a gente, ser bonzinho com a gente. Aí eu não fiquei mais com medo deles. Aí eu comecei a fazer perguntas à irmã Rosana, que veio aqui comigo, que trouxe a gente.

Pergunta: Que perguntas você fez p'ra ela?

Criança 5: É porque tem pessoas que parece que não são doentes...aí eu perguntava p'ra ela se são doentes, sim ou não. Aí ela me respondia se era ou não, é só isso que eu tenho a dizer.

Pergunta: E você, o que você acha dessas pessoas?

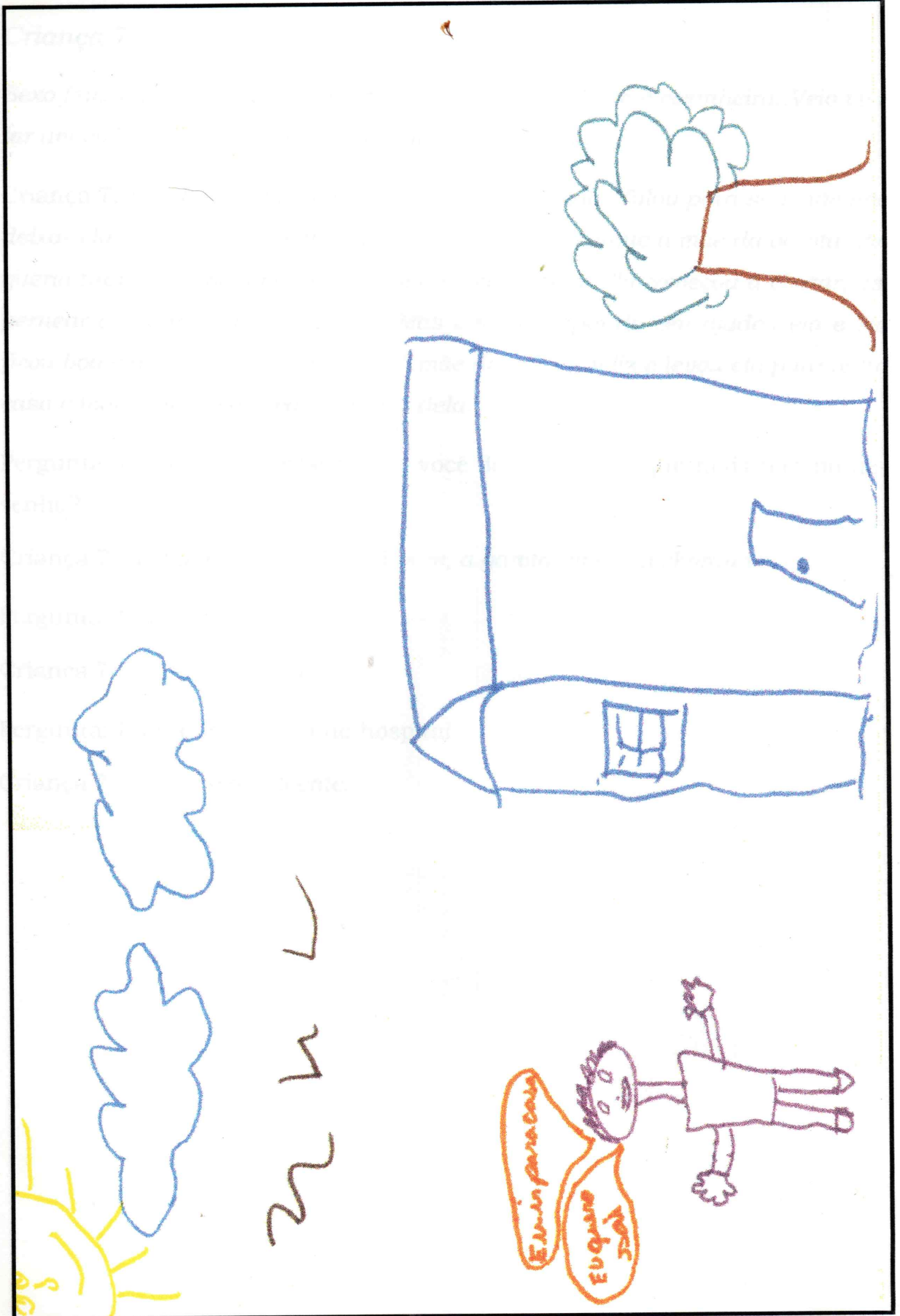
Criança 5: Eu acho que elas são boazinhas...olha, só porque elas são doentes, elas não vão agredir a gente, nunca na vida delas, só isso.



Criança 6

Sexo masculino, 12 anos. Mora com os pais. O pai trabalha em depósito de bebidas. Veio visitar uma tia internada. Primeira visita ao Projeto BRINCAR.

Criança 6: Era um dia um garoto muito triste. Ele ficou maluco. Ele queria sair e ir para casa mas não podia. Ele ficou maluco de tanto gritar. Esperneou, chorou e dizia: “eu quero ir para casa, eu quero sair daqui, alguém me tire”. Um dia, ele ficou bom, aí ele pôde sair para casa.



Criança 7

Sexo feminino, 12 anos. Mora com a mãe no Lins, a mãe é cozinheira. Veio visitar um vizinho. Várias participações no Projeto BRINCAR.

Criança 7: Um dia uma menina estava triste, chorando falou para sua mãe não deixar ela. Mas ninguém entendia o que ela falava porque a mãe da garota não queria tirar ela, ninguém da casa dela gostava dela. Ela começou a chorar, espernear e ninguém queria ajudar. Mas um dia papai do céu ajudou ela e ela ficou boa e ajudou ela a sair de lá. A mãe dela ficou feliz e levou ela para outra casa e todo mundo começou a gostar dela.

Pergunta: Quem é essa pessoa que você desenhou e o que mais tem no desenho?

Criança 7: Aí é um sol rosa, uma árvore, a garota na cama chorando.

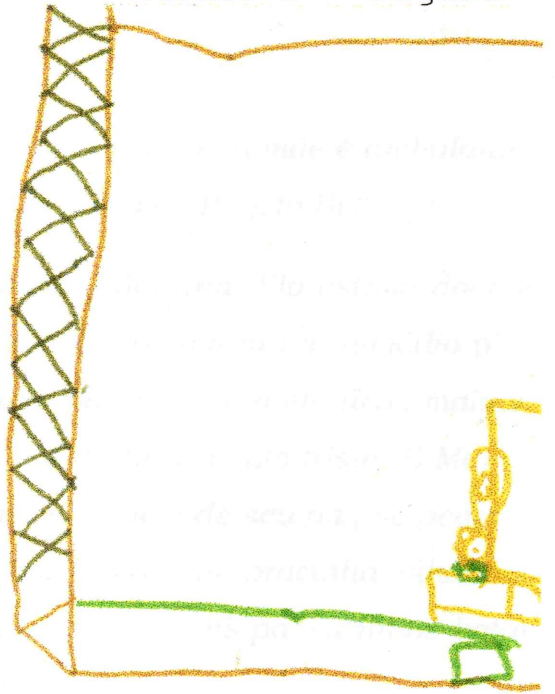
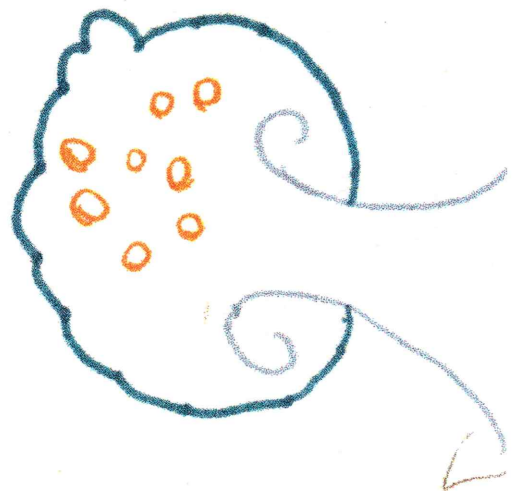
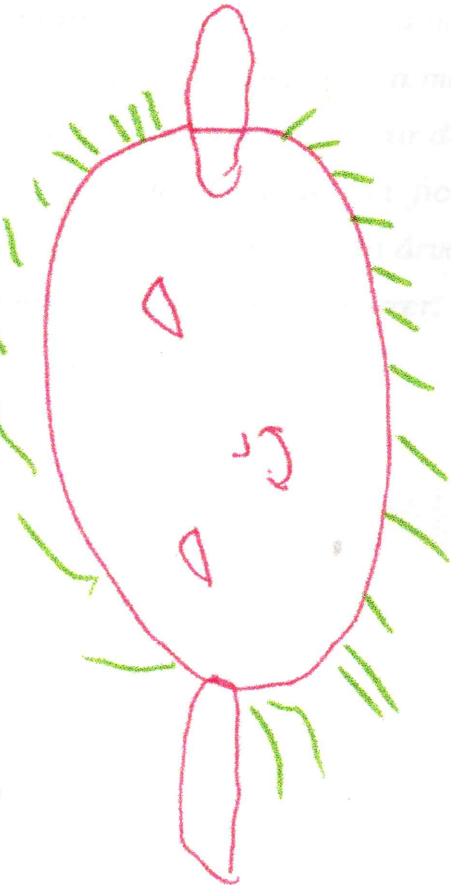
Pergunta: Que casa é essa aí?

Criança 7: É o hospital dela.

Pergunta: E porque ela está no hospital?

Criança 7: Porque ela é doente.

Edi edoete mptau elifala dozimbo



Criança 8

Sexo feminino, 10 anos. Mora com a mãe em Costa Barros, a mãe é ambulante. Veio visitar a mãe(primeira internação). Primeira visita ao Projeto BRINCAR.

Criança 8: Era uma vez uma menininha chamada Mariana. Ela estava doente e a mamãe dela levou ela ao hospital e aí os médicos deram um remédio p'ra ela e ela foi piorando, piorando e não adiantava nada. Um dia ela ficou maluca e aí ela ficou internada no hospital e a mamãe dela ficou muito triste. E Mariana só queria chorar, não queria lembrar de sua mãe nem de seu pai, só pedia a Jesus que curasse ela. Quando ela ficou boa, ficou na pracinha olhando, olhando, aí pegou umas frutinhas da árvore, ficou vendo os passarinhos botar ovos e aproveitou muito, antes de morrer.



Criança 9

Sexo masculino, 11 anos. Mora com os pais no Engenho Novo. Veio visitar o pai. Primeira visita ao Projeto BRINCAR.

Criança 9: Eu desenhei um doente mental que em casa ele está com menos cuidado. Ele não tem noção das coisas que faz, ele aqui tava brincando na frente do carro, aqui tava subindo na árvore e caiu. E no hospital não, ele já começa a ter noção do que faz.

Pergunta: O hospital ajuda ele?

Criança 9: Ajuda.

Pergunta: Então você desenhou ele, aqui embaixo, no hospital com comportamento diferente?

Criança 9: É.

Criança

Área de

atendimento

Criança

Área de

atendimento

Criança

Área de

atendimento

Criança

Área de

atendimento

Criança

Área de

atendimento

Criança

Área de

atendimento

Criança

Área de

atendimento

Criança

Área de

atendimento

Criança

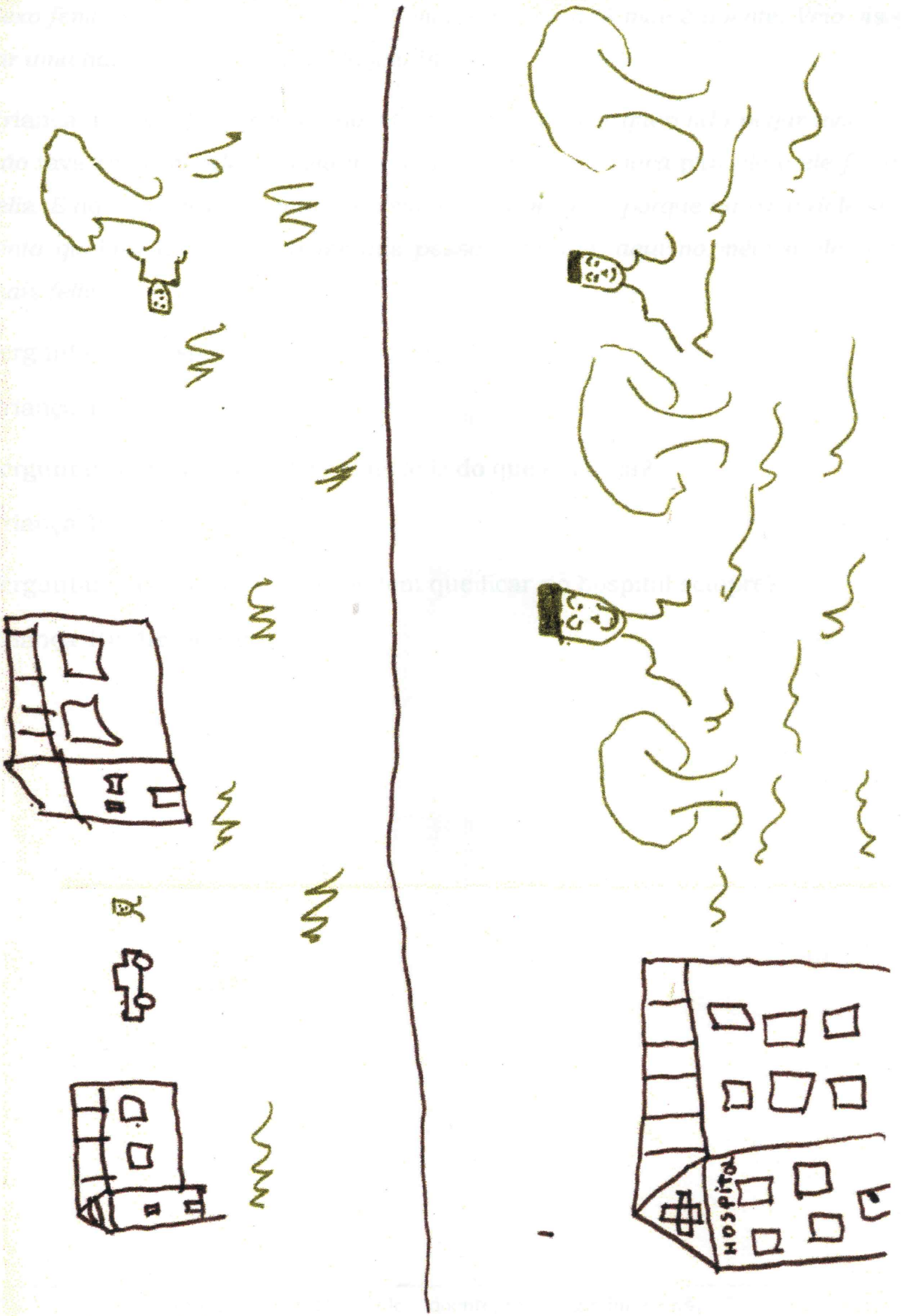
Área de

atendimento

Criança

Área de

atendimento



Criança 10

Sexo feminino, 12 anos. Mora com a mãe no Turano. A mãe é doente. Veio visitar uma tia, primeira visita ao Projeto BRINCAR.

Criança 10: Eu desenhei um doente mental que tava querendo pegar maçã e não tava conseguindo. Aí veio uma garota e pegou a maçã p'ra ele e ele ficou feliz. E aqui, no médico, onde ele está, ele fica melhor, porque na casa dele ele tenta quebrar as coisas, bater nas pessoas. Então, aqui no médico ele fica mais feliz.

Pergunta: No hospital?

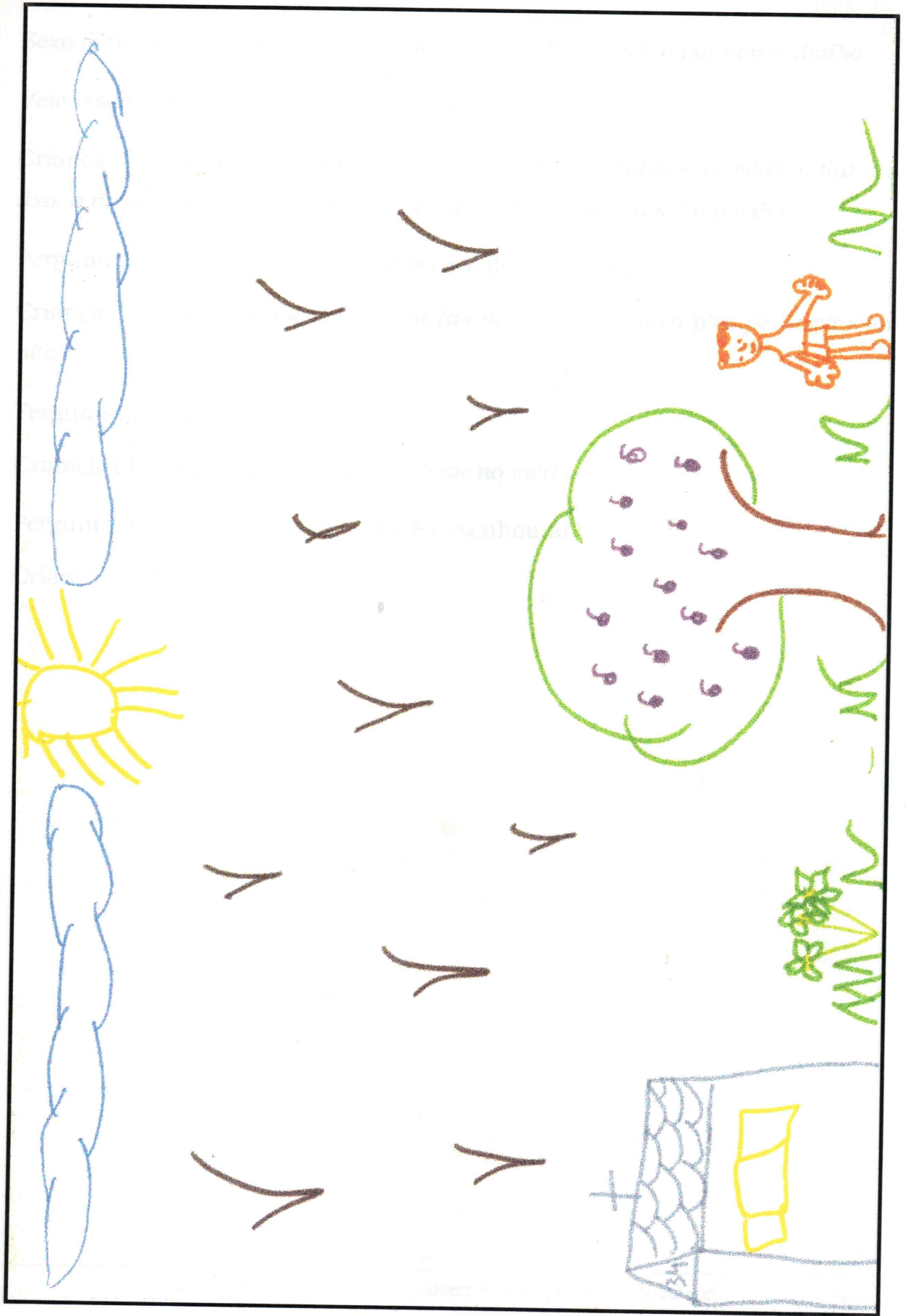
Criança 10: É.

Pergunta: No hospital ele fica mais feliz do que em casa?

Criança 10: É.

Pergunta: Mas você acha que ele tem que ficar no hospital sempre?

Criança 10: Até ele melhorar.



Criança 11

Sexo feminino, 12 anos. Mora com os pais em Vila Isabel, o pai não trabalha

Veio visitar o pai. Várias visitas ao Projeto BRINCAR.

Criança 11: Eu desenhei a floresta, aí tinha dois doentes e o médico, tinha o lixo, a árvore, a borboleta, as estrelas. o arco-íris, as flores e o pombo.

Pergunta: Mas qual é a história que você desenhou aí?

Criança 11: O doente mental estava falando com o médico p'ra pedir p'ra ter alta.

Pergunta: Por quê?

Criança 11: Porque ele não agüenta ficar no médico.

Pergunta: Que lugar é esse que você desenhou aí?

Criança 11: Uma clínica.

Criança

Sera /

Velo

Criança

mau

p'ta

donam

Perma

Criança

das

de



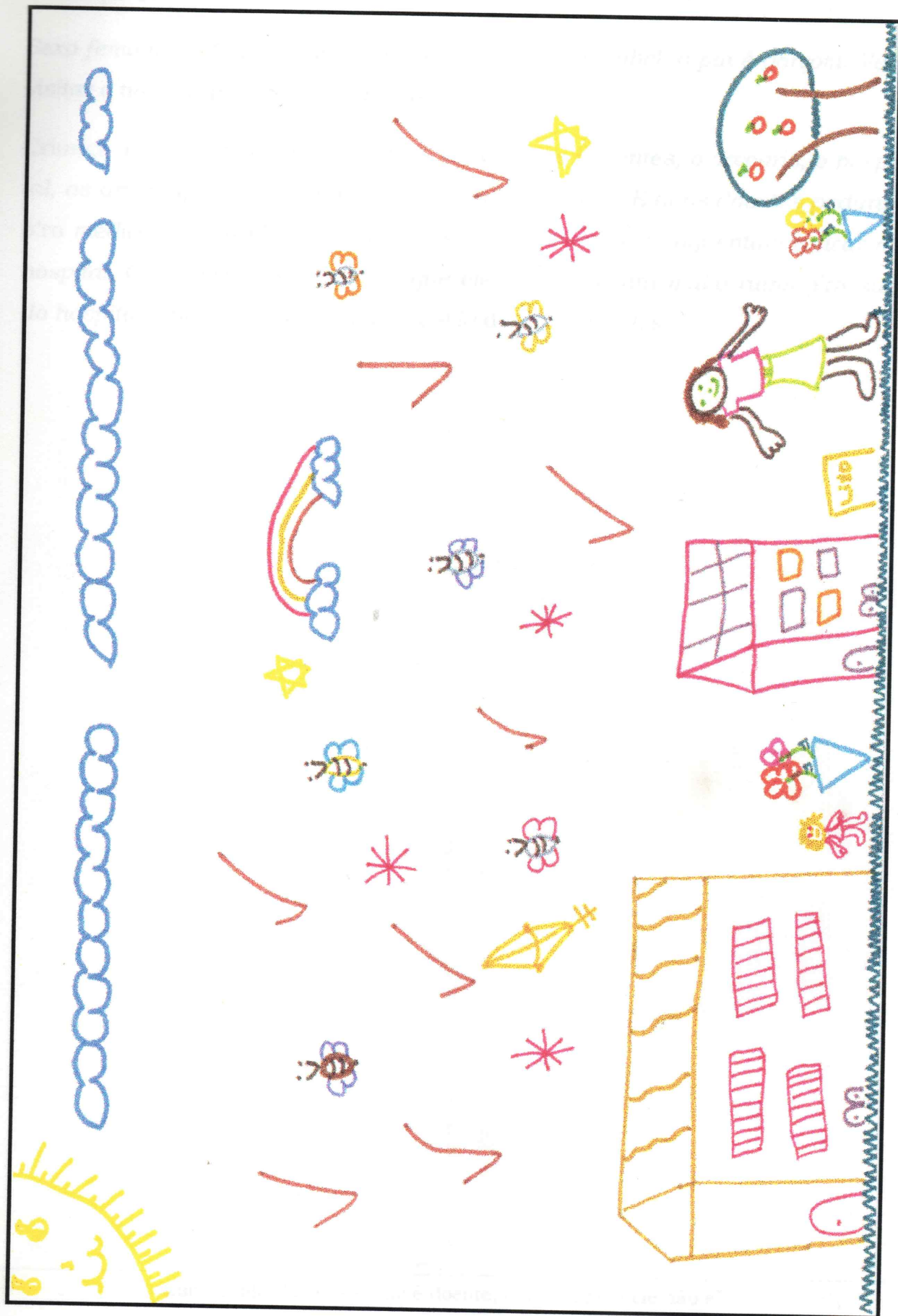
Criança 12

Sexo feminino, 10 anos. Mora com os pais em Vila Isabel, o pai não trabalha. Veio visitar o pai, várias visitas ao Projeto BRINCAR.

Criança 12: Aqui é onde fica os doentes. Aqui são os doentes, o lixo, o sol, a nuvem, o arco-íris, as borboletas, as estrelas. Aqui ele tá pedindo p'ra ajudar p'ra ele não ficar mais doente, que eu quero sair disso. Aqui, é o lugar deles dormirem, deles ficar, ver televisão.

Pergunta: O que o doente está fazendo?

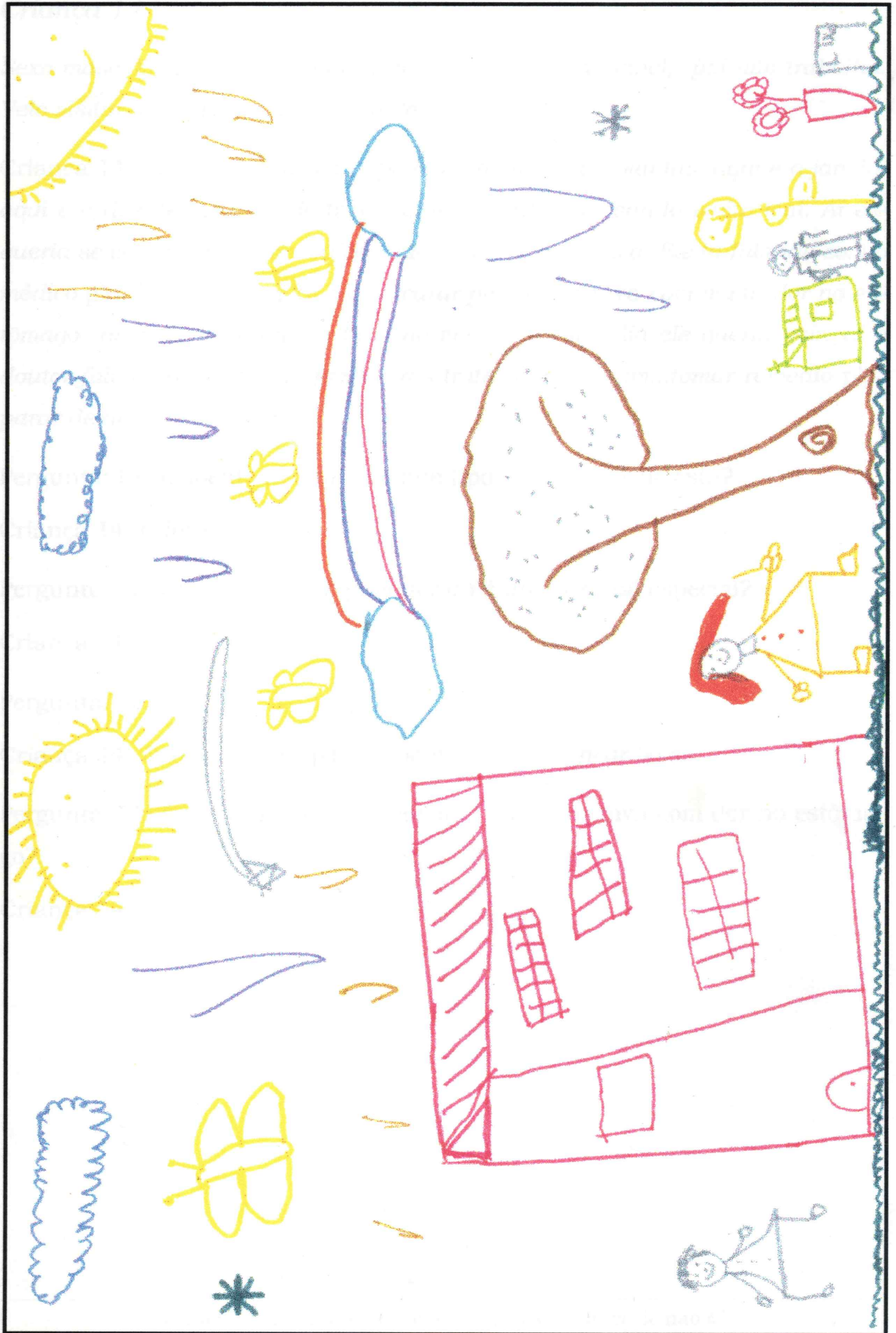
Criança 12: Ele tá falando p'ro médico p'ra ajudar ele, que ele quer sair logo daqui, que não tá agüentando mais ficar sozinho, quer ficar com a família dele e que no outro dia ele vai sair, ficar bom e ficar com a família dele.



Criança 13

Sexo feminino, 10 anos. Mora com os pais em Vila Isabel, o pai é garçom. Veio visitar o tio, várias visitas ao Projeto.

Criança 13: Aqui tá o sol, as nuvens, as estrelas cadentes, o arco-íris, o hospital, as árvores, o lixo. Aqui os dois doentes, o médico. E aí os doentes pediram p'ro médico dá alta p'ra eles, que eles não estavam mais agüentando ficar no hospital. O médico falou p'ra eles que eles ainda tavam muito ruins p'ra sair do hospital, que só quinta-feira que ele ia dá alta p'ra eles.



Criança 14

Sexo masculino, 11 anos. Mora com os pais em Vila Isabel, pai não trabalha. Veio visitar o pai; várias visitas ao Projeto.

Criança 14: Aqui é o quadro das plantas, aqui são as plantas, aqui é a janela, aqui é o doente mental. Ele tá pedindo...ele tava passando muito mal. Aí ele queria se curar dentro do médico...não... dentro da clínica. Ele tá falando com o médico p'ra ver se dava p'ra ele se curar porque ele tava com muita dor no estômago...assim...aí ele queria ficar no médico. Aí um dia ele queria sair, aí o doutor falou: você tem que fazer mais tratamento...assim...tomar remédio p'ra parar de doer o estômago.

Pergunta: Ele é doente mental, em que tipo de hospital ele está?

Criança 14: Clínica da Gávea.

Pergunta: Mas é um hospital qualquer ou é um hospital especial?

Criança 14: É especial.

Pergunta: Porque?

Criança 14: Não sei...bom...p'ra o doente melhorar, ficar bom...

Pergunta: Ele foi internado nesse hospital porque estava com dor no estômago?

Criança 14: Foi.

Anexo I - Figura 14



Criança 15

Sexo masculino, 10 anos. Mora com os pais em Santa Cruz. O pai trabalha em oficina de conserto de bicicletas. Várias visitas ao Projeto BRINCAR. Veio visitar a tia.

Criança 15: Eu desenhei a N., ela estava na floresta onde tinha uma porção de florzinha e um pé de laranja.

Pergunta: E o que ela está fazendo na floresta?

Criança 15: Tá dando tchau.

Pergunta: P'ra quem ela tá dando tchau?

Criança 15: P'ra gente que tá saindo da floresta.

Pergunta: E onde é essa floresta?

Criança 15: Não sei.

Pergunta: E o que ela está fazendo na floresta?

Criança 15: Tá pegando laranja.

Pergunta: E o que ela vai fazer com essas laranjas?

Criança 15: Vai fazer suco.



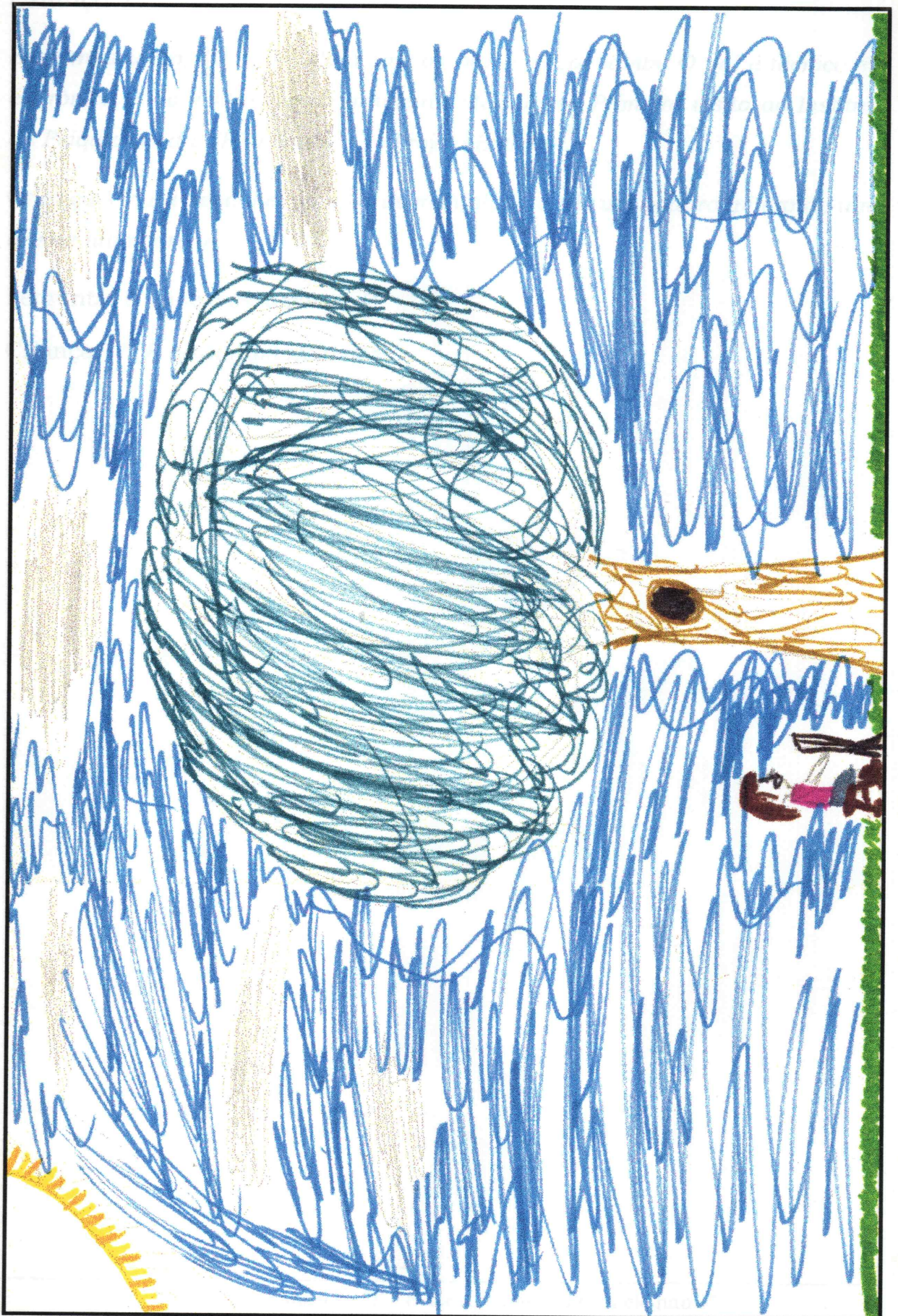
Criança 16

Sexo masculino, 12 anos. Mora com os pais em Cachambi. O pai é técnico em eletrônica. Veio visitar a mãe (primeira internação). Primeira visita ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ (Ipub) e ao Projeto BRINCAR.

Criança 16: Eu desenhei um doente mental pintando um quadro num parque.

Pergunta: E onde é esse parque?

Criança 16: No lugar que ele preferir, um parque qualquer.



Criança 17

Sexo masculino, 10 anos. Mora com os pais em Cachambi. O pai é técnico em eletrônica. Veio visitar a mãe (primeira internação). Primeira visita ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ (Ipub) e ao Projeto BRINCAR.

Criança 17: Eu desenhei um doente mental pintando um quadro, pintando uma árvore num parque.

Pergunta: E onde é esse parque?

Criança 17: É no Jardim Botânico.



Anexo II

Entrevistas com crianças que não conhecem o Projeto Brincar, alunos da 4ª série do 1º grau de uma escola municipal, situada em Duque de Caxias.

Criança 1

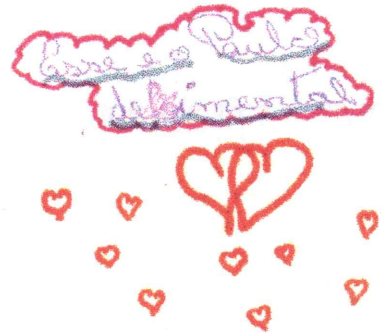
Sexo feminino, 12 anos. Reside com o avô, chofer de táxi. Conheceu uma pessoa doente mental no bairro onde morava.

Criança 1: Eu desenhei uma criança e ela tem problema mental. Ela está no berço.

Pergunta: O que mais você desenhou, estou vendo um monte de flores...

Criança 1: As flores são do lençol do bercinho, tem um bichinho de enfeite e um coraçãozinho que quando ele chora começa a cantar p'ra ele.

Anexo II - Figura 01



Criança 2

Sexo feminino, 11 anos. Reside com os pais. O pai é funcionário civil no aeroporto. Tem uma tia doente mas não tem muito contato com ela.

Criança 2: Eu desenhei um rapaz, uma pessoa que, quando criança, era normal e, quando adulto, era meio... ficou demente.

Pergunta: O que ele está fazendo aí... essa pessoa.

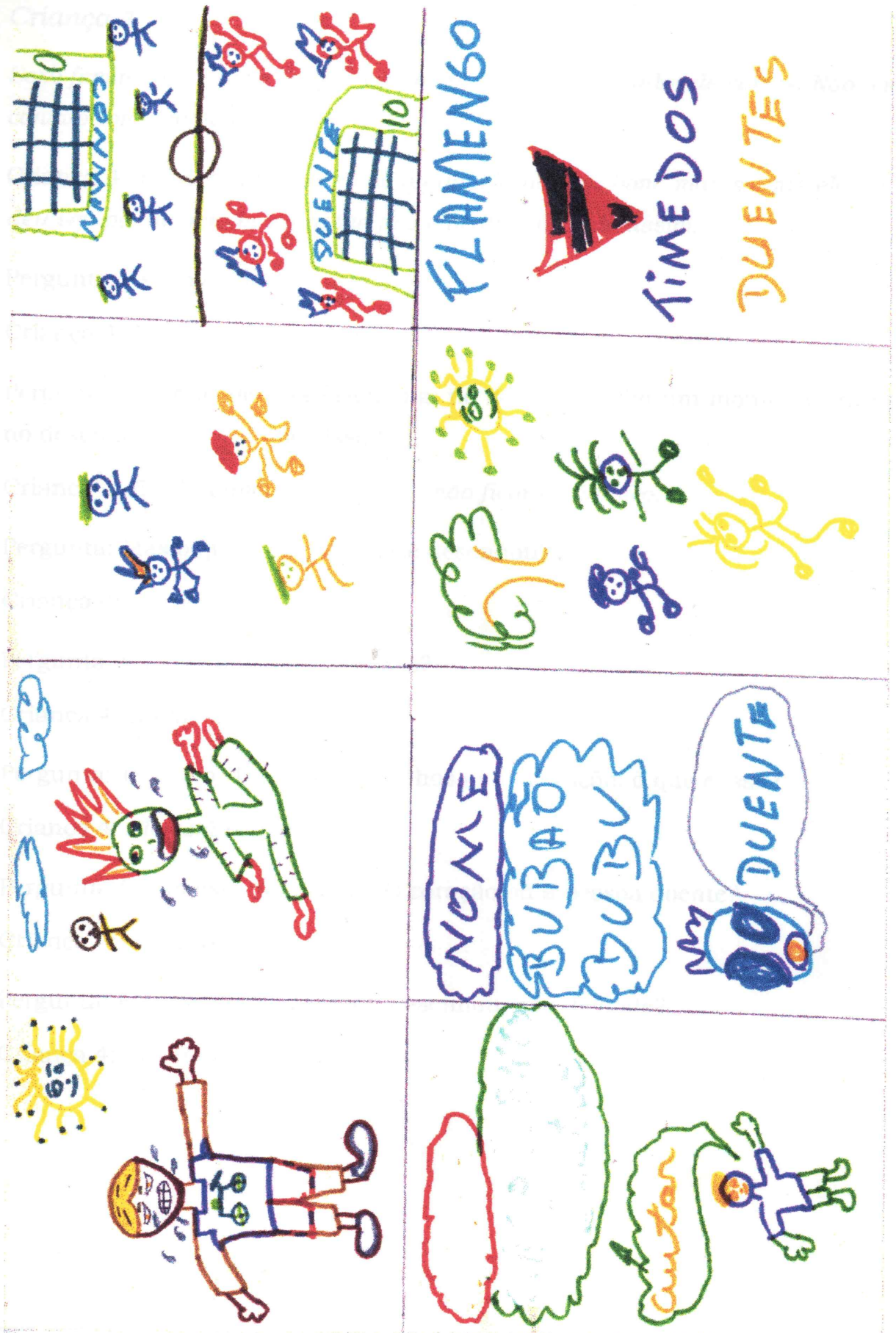
Criança 2: Está xingando outra pessoa de biruta, porque ele fica sempre falando essas coisas no meio da rua.



Criança 3

Sexo masculino, 12 anos. Reside com os pais. O pai trabalha em almoxarifado. Nunca teve contato com doente mental.

Criança 3: Eu fiz aqui dois doente mental, eles queria brincar mas ninguém queria brincar com eles porque eles era doente mental. Aí, depois chegou um garoto comum, sem doença e falou assim: “vocês querem brincar?” E chamou eles p’ra jogar bola. Aí, era os doente mental contra os comum. Aí, os doente mental ganharam a partida do jogo, foi 10 a 0. Aí, depois eles ficaram sem preconceito, os comum, e ficaram brincando. Aí, o time dos doente mental era o Flamengo.



Criança 4

Sexo feminino, 12 anos Reside com os pais. O pai é lavador de carros. Não tem contato com doente mental.

Criança 4: Eu desenhei um menino que, ele nasceu bom, mas só que ele perdeu seu pai de uma maneira tão feia e acabou ficando assim.

Pergunta: Assim como?

Criança 4: Ficou doente da cabeça.

Pergunta: E o que ele está fazendo aí no desenho? Tem um monte de coisas no desenho, o que significa isso?

Criança 4: Eu desenhei à toa, só p'ra não ficar em branco.

Pergunta: Mas o que é isso que você desenhou?

Criança 4: Um coração.

Pergunta: E o que tem aí no coração?

Criança 4: Nada.

Pergunta: Tem sim. Tem uns pontinhos aí no coração, o que é isso?

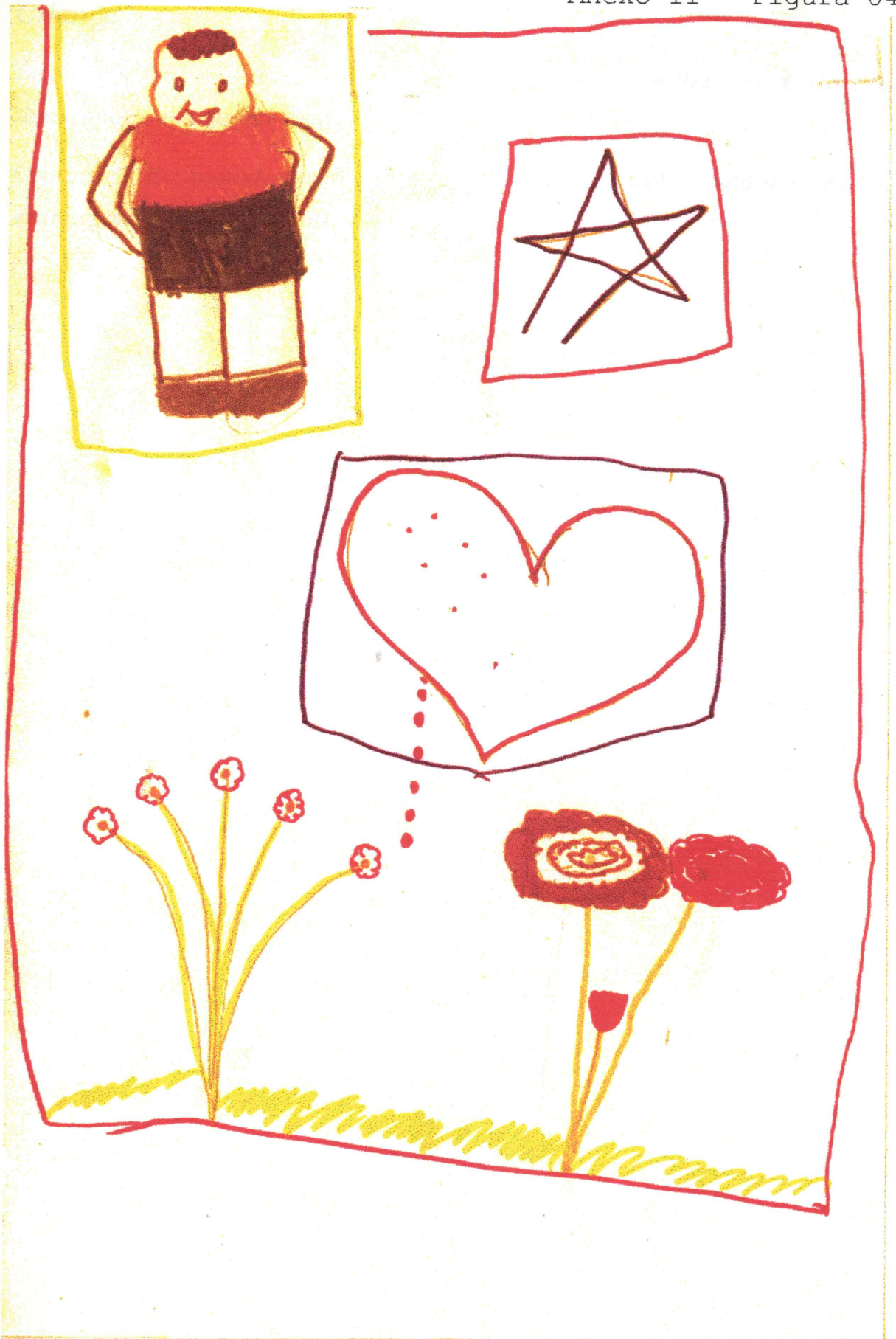
Criança 4: Ele está pensando.

Pergunta: Quem está pensando? O coração ou a pessoa doente?

Criança 4: A pessoa doente.

Pergunta: E essas flores que você desenhou, são de onde?

Criança 4: São da casa dele.

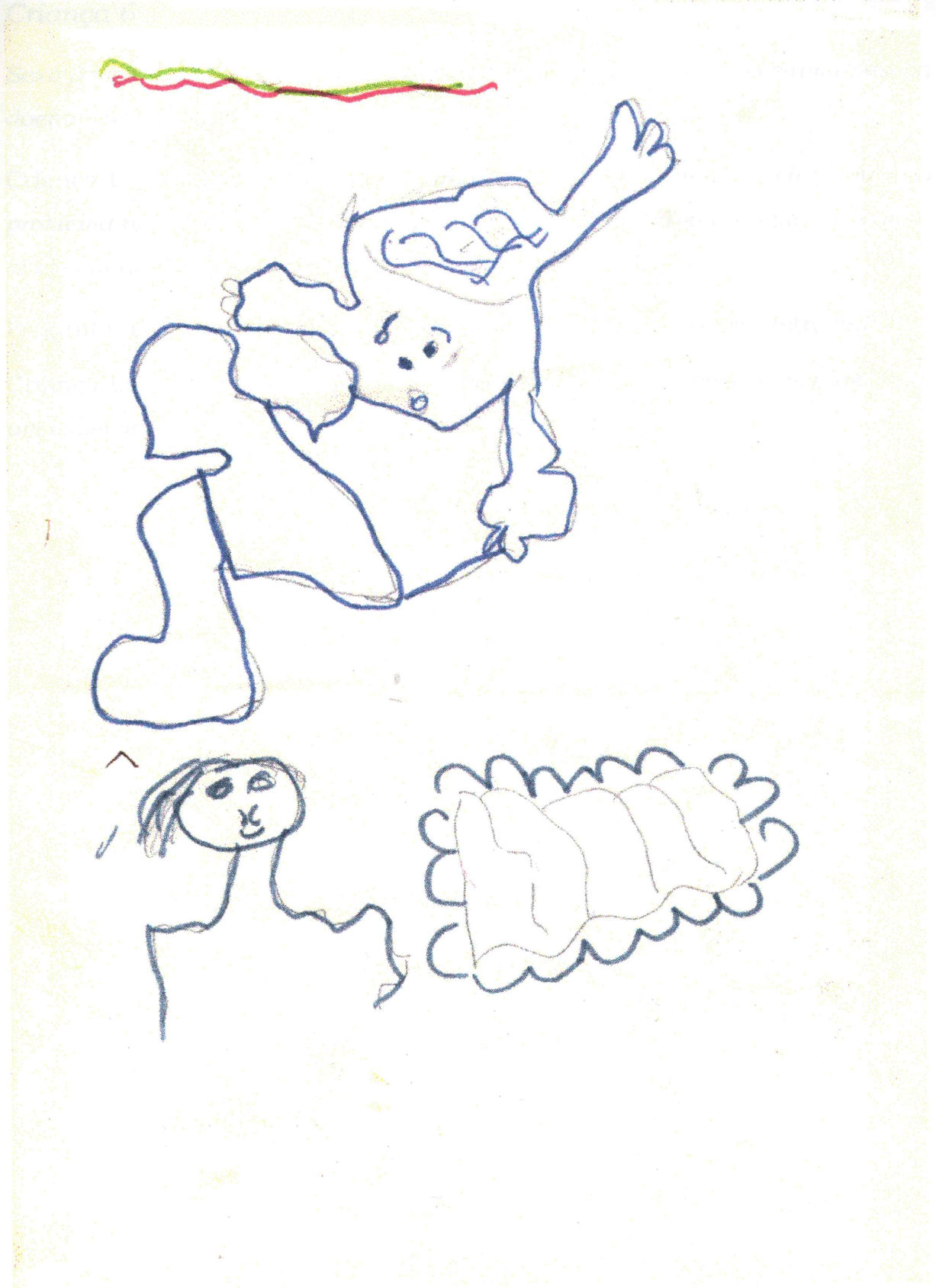


Criança 5

Sexo masculino, 12 anos. Reside com os pais. O pai trabalha com vendas. Não tem contato com doente mental.

Criança 5: Eu desenhei uma garota, ela foi para a escola e não deixaram ela entrar porque ela era doente.

Anexo II - Figura 05



Criança 6

Sexo feminino, 12 anos. Reside com os pais. O pai é gari. Conhece uma pessoa doente mental, ex-vizinha.

Criança 6: Eu desenhei aqui um garoto que não tinha mãe, aí ele ficou com problema na cabeça, aí ele queria pegar uma fruta na árvore e não conseguia, aí ele queria olhar p'ra cima e não conseguia ver as estrelas.

Pergunta: E porque ele não conseguia pegar a fruta nem ver as estrelas?

Criança 6: Porque ele era doente, não conseguia virar a cabeça porque tinha um cabeção.



Criança 7

Sexo masculino, 10 anos. Os pais moram no Acre, vive com a avó, em Imburiê, para tratar os olhos. Não tem contato com doente mental.

Criança 7: Aqui a maluca tava triste, né, ela tinha um namorado que não era maluco, aí ela tava triste, aí o namorado dela chegou e ela ficou feliz.



Criança 8

Sexo masculino, 11 anos. Reside com os pais. O pai é motorista. Não tem contato com doente mental.

Criança 8: Essa história aqui é de um menino normal que conheceu um menino doente, aí ele chamou o menino doente de esquisito, aí o menino doente não gostou e falou que esquisito era a mãe dele. Aí veio mais dois malucos, eles se conheceram e acabou.



Criança 9

Sexo masculino, 11 anos. Reside com os pais. O pai é pedreiro. Não tem contato com doente mental.

Criança 9: Eu fiz a história de uma menina maluca que tinha a mania de tacar pedra nos outros. Todo lugar [em]que ela passava, ela ficava tacando pedra nos outros, até que um dia ela teve uma lição, caiu dentro de um buraco e falou p'ra mãe dela que nunca mais ia jogar pedra nos outros.

Pergunta: E onde ela está aí no desenho?

Criança 9: Tá na cama doente.

Pergunta: E aí, no final, o que aconteceu?

Criança 9: No final ela se desculpou com todo mundo, pelo que ela tinha feito, as pedras que ela tinha jogado nos outros.

Criança 10

Sexo feminino, 10 anos. Reside com os pais. O pai é pedreiro. Conhece uma pessoa doente mental na igreja que frequenta.

Criança 10: Aqui eu desenhei um menino doente que tá olhando um quadro da família dele.

Pergunta: Ele é doente de quê?

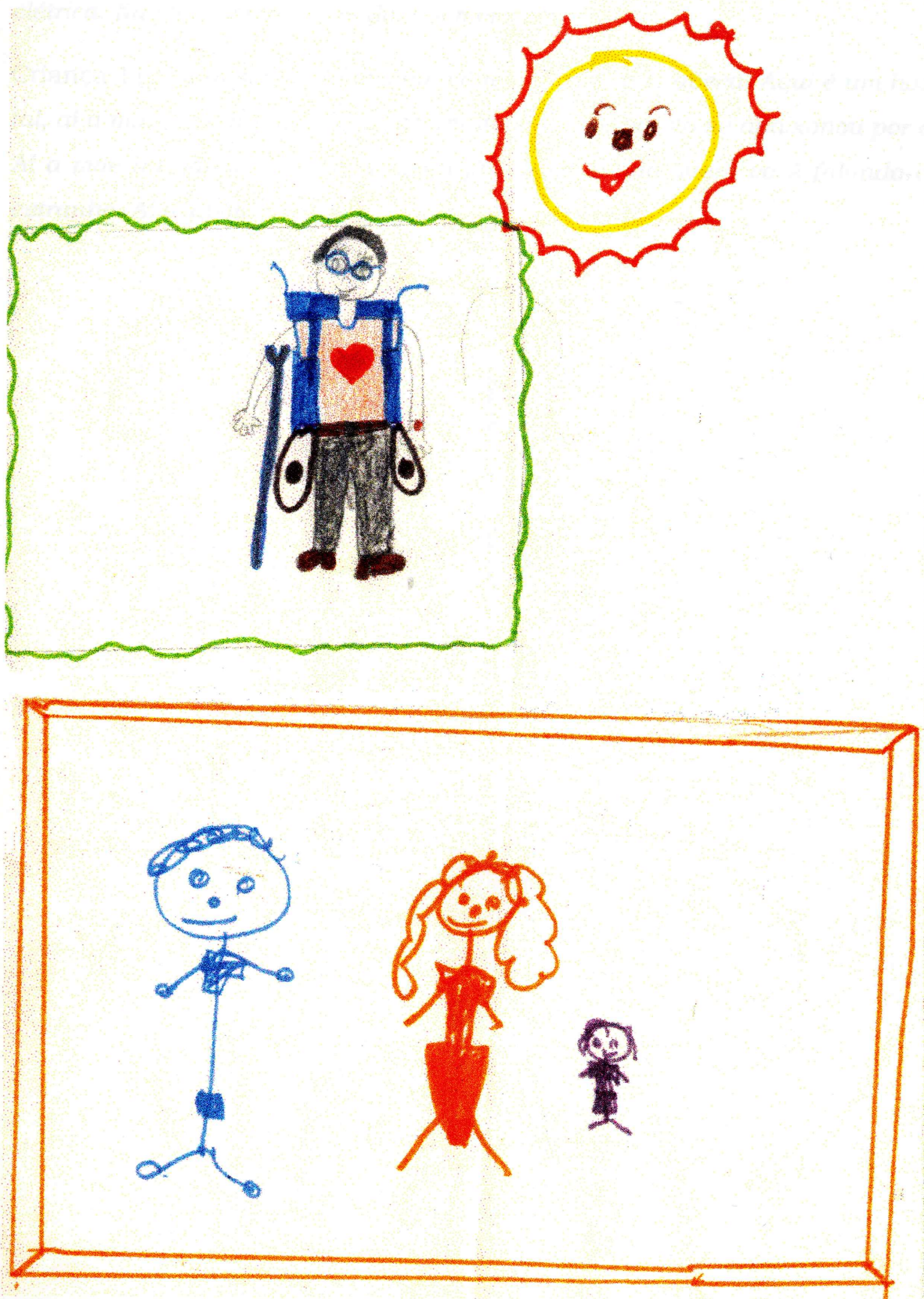
Criança 10: Da cabeça, e ele não anda direito.

Pergunta: Onde esse menino está?

Criança 10: Na casa dele.

Pergunta: O quê esse menino faz?

Criança 10: Ele estuda.



Criança 11

Sexo feminino, 11 anos. Reside com os pais. O pai é pintor de torre de energia elétrica. Não tem contato com doente mental.

Criança 11: Eu desenhei um menino que é pirado da cabeça. Aqui é um hospital, aí a mãe da garota veio visitar um doente, aí o garoto se apaixonou por ela. Aí a mãe da garota falou assim: Eu já falei que não quero você falando com estranho. Aí acabou.

Anexo II - Figura 11



Criança 12

Sexo feminino, 12 anos. Reside com a mãe, dona de casa. Não tem contato com doente mental.

Criança 12: Eu desenhei um garoto que ele é doente, ele adora as flores e adora molhar o jardim. Mas teve uma vez que ele caiu e aí ele não pode mais molhar as plantas, ele sentiu a falta. Ele foi para o hospital e lá tem um lindo jardim. Ele foi internado lá e não quis nunca mais voltar para o jardim dele.

Pergunta: Ele ficou internado?

Criança 12: *Ficou.*

Pergunta: E não voltou mais *p'ra casa*?

Criança 12: *Não.*

Criança 13. ...

Sabe mais ...

... de ...

... de ...

... de ...

... de ...

... de ...

Pergunta: ...

... de ...

Criança 13. ...

... de ...

... de ...

... de ...

Pergunta: ...

... de ...

... de ...

Pergunta: ...

... de ...

Criança 13. ...

... de ...

... de ...

... de ...



Criança 13

Sexo masculino, 10 anos. Reside com a mãe, arrumadeira em hotel. Conhece um doente mental.

Criança 13: Isto aqui é o placar, aqui é o nome desses jogadores aqui, e aqui é o nome desses daqui que é doente.

Pergunta: Você desenhou uma partida de futebol entre pessoas doentes?

Criança 13: Esses daqui são malucos e esses daqui são doentes.

Pergunta: Então você vai explicar p'ra mim qual é a diferença entre a pessoa doente mental e a pessoa maluca.

Criança 13: O doente mental não raciocina e o maluco já raciocina o quê que ele faz. Eu tenho uma prima maluca, aí ela raciocina o quê que ela faz, ela já até xinga e eu também conheço um que é doente mental e já não sabe o que faz.

Pergunta: E você acha que todo maluco é igual e todo doente mental é igual?

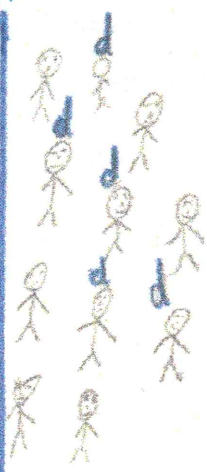
Criança 13: Não, eles não são igual não. Cada um age de uma maneira diferente.

Pergunta: E como é que você faz p'ra identificar quem é maluco e quem é doente mental?

Criança 13: Olha, a minha prima é maluca, um dia no aniversário da minha irmã, ela desmaiou e o cérebro dela parou. E já o doente mental, o meu colega, nunca aconteceu isso daqui, ele nunca sentiu nada emocional. Então eu acho que a diferença do doente mental p'ro maluco é que o doente mental não sabe nem o que ele faz e já o maluco já raciocina.

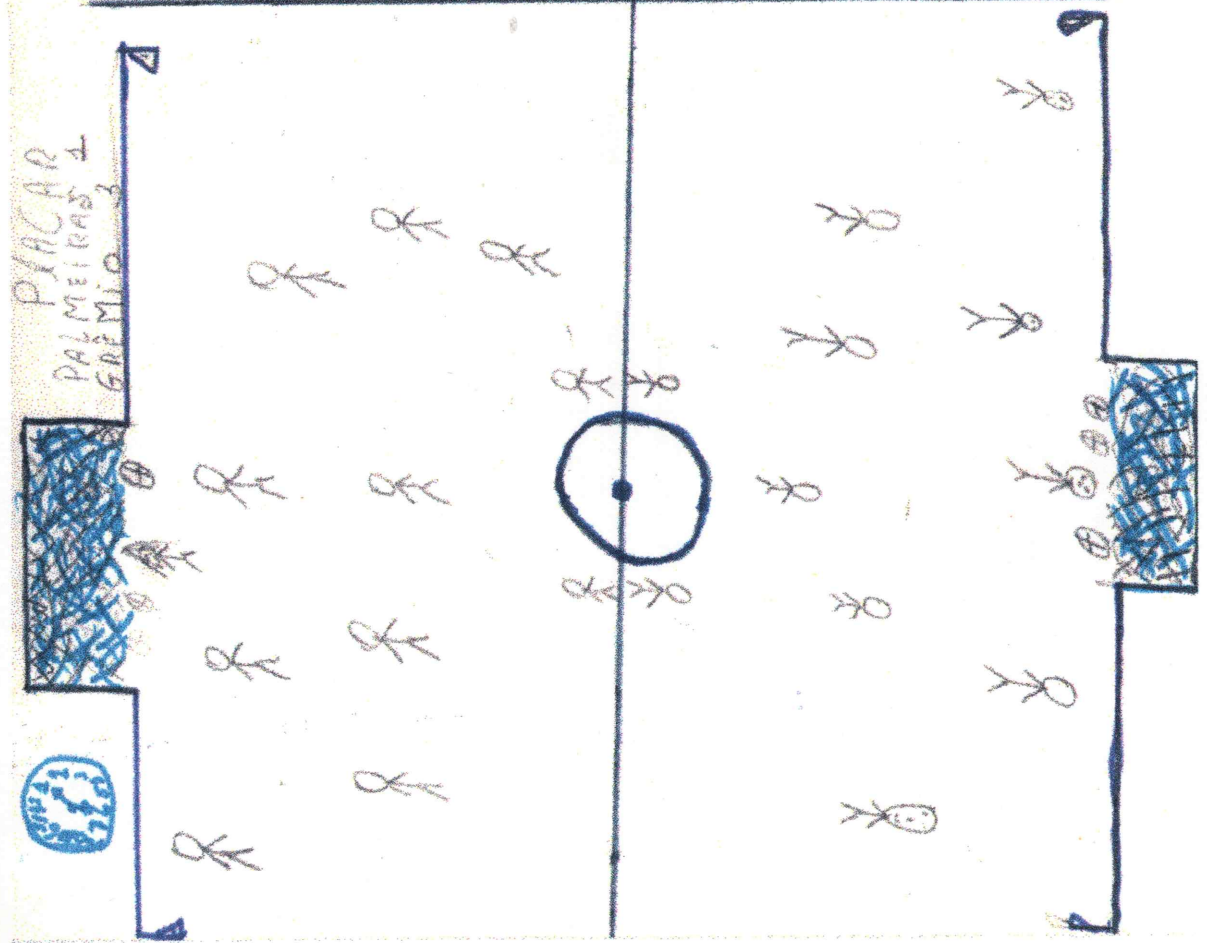
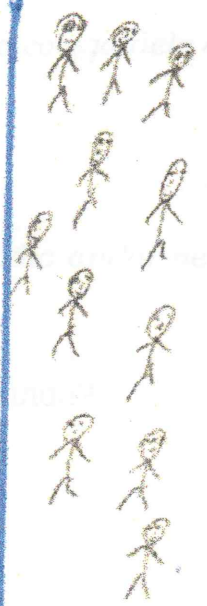
VERTIÁRIO DO COMUM PALMEIRAS

2. Café
3. Dandara
4. CLEBER
5. FLAVIO CONCECAO
6. JUNIOR
7. VIOLA
8. AMARAL
9. LUISA O
10. DI JAUMINHA
11. ARISTESABA
1. VELOSO



VERTIÁRIO DO DOENTE GRÊMIO

2. JOEL
3. DINHO
4. MARCELO
5. CLEYTON
6. PÉGO
7. Paulo Nunes
8. Paulo
9. CHICO
10. Quinho
11. CALOS
1. DANRLE



Criança 14

Sexo masculino, 12 anos. Reside com os pais. O pai é pedreiro. Não tem contato com doente mental.

Criança 14: Esse daqui é um garoto que queria brincar com o colega dele e não podia porque ele era doente mental.

Pergunta: Não podia por quê?

Criança 14: Não podia porque ele era doente mental, não podia andar nem fazer nada.

Pergunta: E você acha que o doente mental não pode fazer nada?

Criança 14: É.

Pergunta: Como você acha que é um doente mental?

Criança 14: É aquela pessoa que não pode andar e não pode pensar.

Anexo II - Figura 14



Criança 15

Sexo masculino, 10 anos. Reside com os pais. O pai trabalha numa barraca. Tem um irmão doente mental, com 42 anos. Tem pouco contato com ele.

Criança 15: Esse garoto aqui tava brincando de bola, esse outro aqui é o doído. Aí ele tava brincando de bola e falou: “Th! Olha o maluco!”. Aí o outro falou: “Maluco é tu”.

Pergunta: Porque ele é maluco?

Criança 15: Porque ele faz doideira.

Pergunta: Que tipo de doideira que ele faz?

Criança 15: Ele fica batendo nos outros, jogando pedra nos outros.



Criança 16

Sexo feminino, 12 anos. Reside com a mãe, vendedora. Conhece um vizinho doente mental.

Criança 16: Aqui eu desenhei o menino maluco, aqui tá a mãe, aqui tá o pai. A mãe tá aqui cortando as frutas e o pai foi trabalhar e a irmã foi no jardim. Aí ele pediu p'ra alguém levar ele no carrinho assim, empurrando ele p'ra lavar a mão, aí ninguém quis ir porque todo mundo tava ocupado e aqui ficou só ele, ele ficou sozinho e foi lavar a mão.

Pergunta: Porque ele está nesse carrinho?

Criança 16: Porque ele é aleijado.

Pergunta: Mas ele é doente mental?

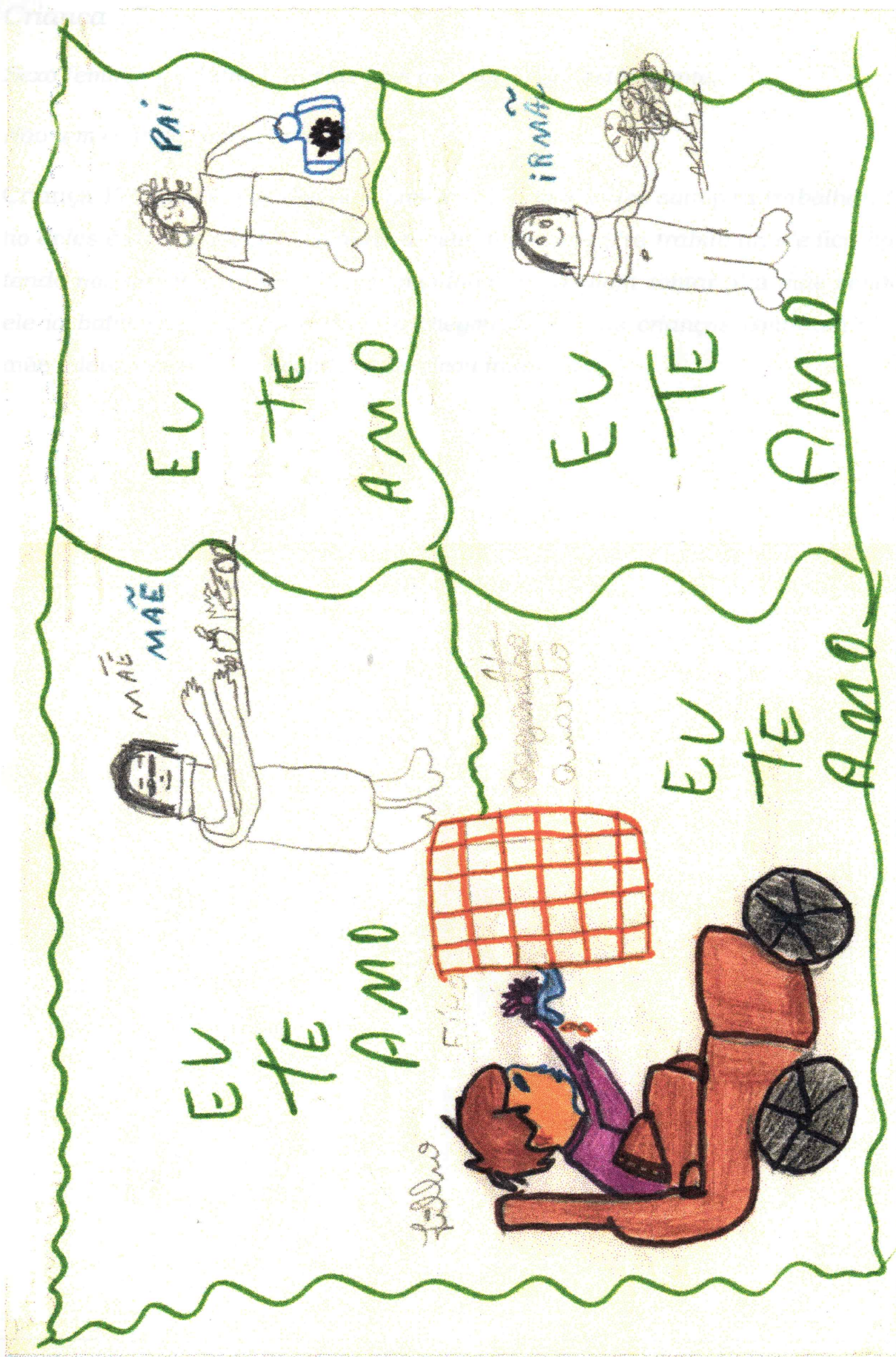
Criança 16: É.

Pergunta: Você sabe o que é uma pessoa doente mental?

Criança 16: Sei, é uma pessoa que não raciocina direito. Aí ele foi sozinho lavar a mão porque pediu p'ro pai, pediu p'ra mãe e ninguém podia.

Pergunta: E o que está escrito aí, quem ama quem.

Criança 16: Ele não se importou que ninguém pudesse ajudar ele não, ele mesmo foi.

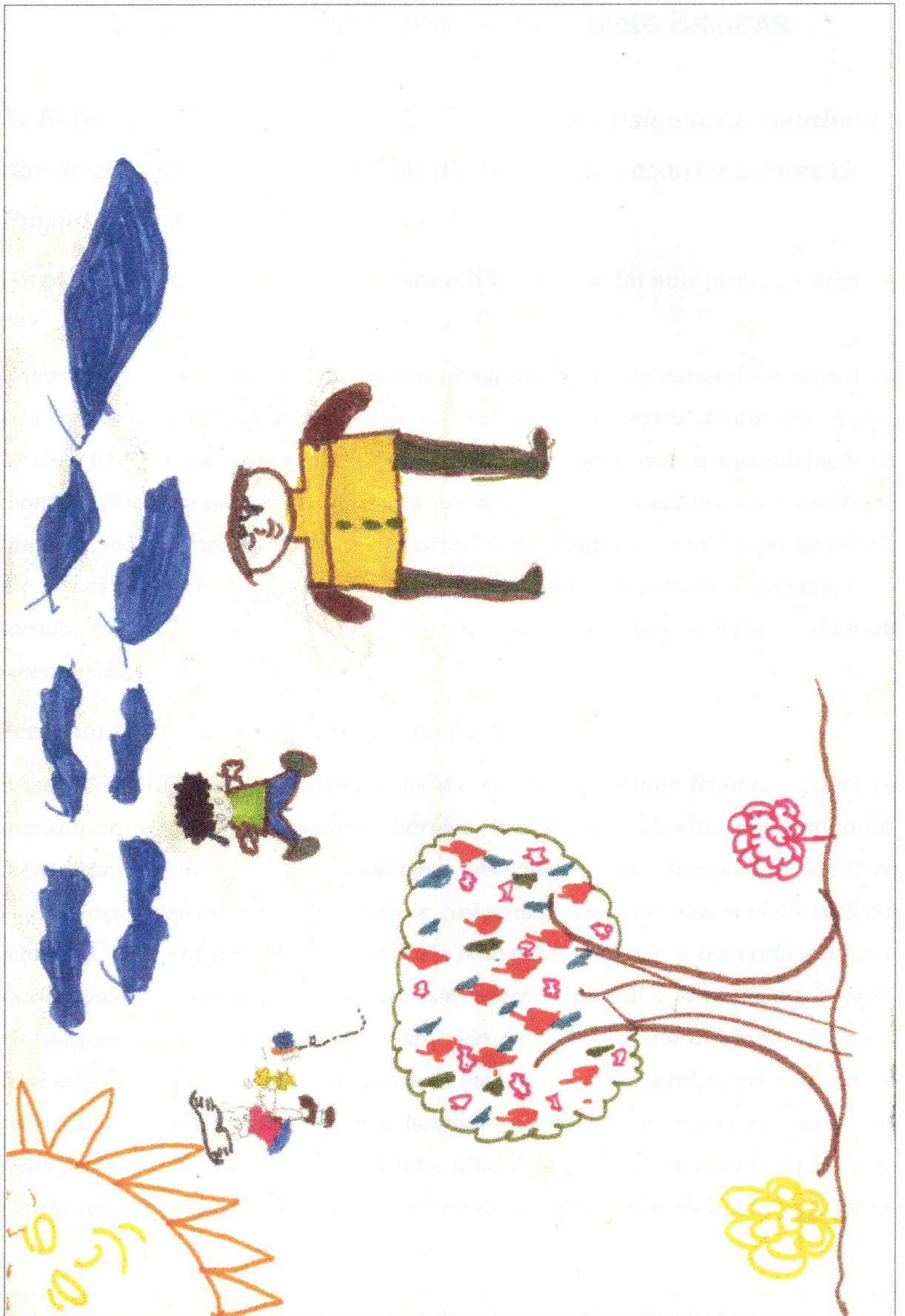


Criança 17

Sexo feminino, 11 anos. Reside com os pais. O pai está doente.

Não tem contato com doente mental.

Criança 17: Esse é o tio dos dois garotos, aí a mãe deles saiu p'ra trabalhar. O tio deles é doente mental. Quando a mãe deles saiu p'ra trabalhar, ele fica batendo nos meninos e dizia que os meninos não podiam contar p'ra mãe senão ele ia bater neles no outro dia. Aí, chegou um dia as crianças contaram p'ra mãe e levaram ele p'ro hospital e ele ficou internado.



Anexo III

Entrevistas com técnicos do Projeto BRINCAR

1. *Entrevista com o Professor Edson Saggese, psiquiatra, coordenador do Serviço Infanto-juvenil do IPUB e um dos coordenadores do Projeto BRINCAR.*

Pergunta: Em que ano você veio para o IPUB e qual foi sua primeira atividade?

Edson: *Eu vim em 75, como aluno da pós-graduação, do curso de especialização em Psiquiatria, depois mestrado em Psiquiatria e depois doutorado. A partir de 1977 eu me tornei médico do Instituto também, com a incumbência de montar junto com outras pessoas um serviço de assistência ao adolescente, já que nós só tínhamos um serviço de assistência à criança. Então, a partir de 77, me tornei membro do staff, mas ainda estava fazendo mestrado e, depois, doutorado, com a tarefa dupla de estudar na pós-graduação e já membro do staff como médico.*

Pergunta: Como era o atendimento na época?

Edson: *Tem diferença. Dentro do Instituto, a parte do atendimento infantil só atendia crianças até 12 anos. O Serviço Ambulatorial atendia predominantemente com fundamentos psicanalíticos, baseado em psicoterapia psicanalítica e orientação psicanalítica aos pais, e tínhamos casos de intervenção medicamentosa. Mas era um serviço orientado psicanaliticamente e baseado em atividades psicoterápicas ambulatoriais. Em relação ao adulto já era mais complexo, porque envolvia internação, e não creio que fosse muito diferente do que é hoje em dia o tipo de assistência, talvez mais fechado o serviço, menos preocupado com essa articulação com o hospital-dia, clubes e outros serviços. Era mais fechado porque, aqui no Instituto, ainda não havia chegado essa influência da reforma psiquiátrica. Na parte ambulatorial de adultos havia forte influ-*

ência psicanalítica. Na época era mais forte, talvez, do que hoje, para o atendimento de pacientes não internados. Ao mesmo tempo que havia o serviço psiquiátrico tradicional, com o uso de medicação, havia uma forte influência psicanalítica, com psicoterapia psicanaliticamente orientada e pessoas interessadas em Psicanálise maior do que hoje.

Pergunta: Você participava do grupo que discutia uma nova maneira de atendimento para o doente mental?

Edson: Apesar de me interessar por isso, eu tinha... Aqui dentro do trabalho infanto-juvenil nossos problemas eram outros, não tínhamos pacientes internados, não trabalhávamos com instituição fechada, trabalhávamos no nível ambulatorial. Então, eu participava de discussões nos movimentos políticos mas o meu dia-a-dia era pautado na assistência no Infanto-juvenil. A minha tarefa principal era criar um centro de assistência para o adolescente, já que nós só tínhamos assistência p'ra criança. A partir de 77/78 nós fundamos o Serviço de Adolescente, que começou a trabalhar com grupos, com famílias, com uma certa abertura no trabalho que se fazia aqui, que era mais voltado para a psicoterapia individual. O nosso trabalho com adolescentes significou uma certa abertura em termos de que trabalhávamos mais com grupos, com famílias e que é também uma coisa que estava um tanto em voga na época, sobretudo com a influência da psicanálise argentina. Muitos argentinos vieram p'ra cá nessa época, por questões políticas e econômicas na Argentina — perseguição política e dificuldades econômicas — e eles tinham uma visão geral mais arejada, mais aberta, mais ligada a preocupações sociais, a atingir uma população maior e isso se refletiu um pouco na fundação do serviço p'ra adolescentes

Pergunta: Como surgiu a idéia do Projeto BRINCAR?

Edson: Nós pensamos que deveríamos fazer alguma coisa em relação às crianças que eram filhos de pacientes psiquiátricos e nós tínhamos que ter alguma ação de promoção de saúde preventiva em relação a essas crianças. E a primeira coisa que me chamou a atenção, um dia — eu e Carmem — foi principalmente a proibição de que as crianças visitassem os pais, os parentes inter-

Anexo II – Figura 09



nados. De repente nós tivemos um choque com uma coisa extremamente negativa, extremamente preconceituosa, sem nenhuma justificativa, ao meu ver, nem ética, nem humana, nem técnica, nem nada, apenas uma maneira de o Instituto se livrar de um problema, pretensamente p'ra proteger as crianças, se livrar de um problema e reafirmar o preconceito contra o doente mental. O discurso institucional na época era um discurso libertário mas a prática institucional não tinha nada a ver com isso. Era bastante carcerária e, mesmo comparada com práticas carcerárias, nós achávamos que a coisa aqui estava ruim. Quer dizer, nos cárceres em geral, periodicamente é admitida a visita de crianças a seus pais presos, ao doente mental, não.

Nós vimos cenas lamentáveis de mães querendo se aproximar dos filhos, separados pelas grades do portão. A solução conciliatória, até de um certo bom senso, dada pelos porteiros, que não podiam desobedecer às ordens de não permitir a entrada de crianças, mas permitiam que as crianças, as vezes, se aproximassem até uma faixa amarela que tinha num quebra-mola, logo depois do portão do Instituto, então era uma espécie de limbo onde as ordens não eram totalmente cumpridas e as mães poderiam dar um ligeiro abraço em seus filhos, se aproximar sempre sob o olhar atento do porteiro. Nós achamos a situação extremamente degradante e pensamos que se nós pudéssemos fazer alguma coisa tínhamos que começar permitindo a reaproximação dessas crianças de seus pais, de seus avós, de seus tios, durante o período de internação.

Pergunta: Quais foram e são os problemas enfrentados pelos criadores do Projeto BRINCAR para sua implementação e manutenção?

Edson: *Como eu disse antes, havia um choque entre o discurso libertário da direção do Instituto na época e uma política conservadora, muito pouco preocupada realmente com a assistência dia-a-dia ao paciente, então qualquer mudança era mal vista. Em geral as instituições fechadas, não só a nossa aqui mas todas elas, são caracterizadas por seu fechamento, por sua resistência a mudanças, pelas suas regras fixas. Isso, já foi falado diversas vezes, é um dos pilares do movimento pela reforma psiquiátrica, essa denúncia das instituições*

fechadas, instituições totais. Então, qualquer mudança é, em princípio, ruim, porque abala a segurança que as pessoas têm da rotina de fazer sempre as mesmas coisas.

Mas nós conseguimos começar a fazer o projeto usando sobretudo as novas gerações, os alunos de especialização que começaram a gostar do Projeto. Nós tínhamos uma dificuldade adicional: o Projeto tinha que ser realizado no domingo. Nós tentamos realizar o Projeto durante a semana, mas vimos que quando as crianças podem vir aqui, quando é potencialmente rico para as crianças comparecerem aqui, é o final de semana. Os parentes podiam sair com as crianças, as crianças não tinham aula.

Mas a Instituição, principalmente naquela época, tinha uma política de ficar mais fechada aos sábados e domingos. Todos os técnicos desapareciam, se trancava os pacientes, ficavam a enfermagem e o médico de plantão e só. Então, fazer atividades no final de semana era uma coisa ainda mais difícil, mas aos poucos nós fomos conseguindo e o pessoal do Projeto foi se entusiasmando porque os resultados foram melhores do que esperávamos, a receptividade das crianças foi muito boa, a interação que se dava entre crianças e pacientes foi muito boa.

O Projeto foi crescendo, até que um dia, depois de um bom tempo de funcionamento sem nenhum problema — ao contrário, só tivemos bons resultados — houve um surto de recrudescimento repressivo por parte da direção do Instituto e alguém aventou que era perigosíssima e irresponsável essa convivência entre crianças e pacientes. Levantou-se a idéia de proibir o Projeto BRINCAR, o que foi efetivamente feito pela direção do Instituto, por recomendação da Comissão de Ética, com respaldo do diretor clínico, e o diretor acabou suspendendo o Projeto BRINCAR. Diga-se de passagem que a Comissão de Ética, comissão de ética interna p'ra ver pesquisas e outras coisas no Instituto, jamais se reunia, era uma comissão simplesmente burocrática que aprovava tudo que passava pelas suas mãos. A primeira reunião que houve da Comissão de Ética foi justamente para julgar o Projeto BRINCAR. E aí estabeleceu-se uma série de restrições burocráti-

cas que inviabilizariam a realização do Projeto. Tinha que ter, você tem o documento aí, todas as regras p'ra funcionar o Projeto BRINCAR. Nós nos movimentamos, nos socorremos de instâncias, fóruns de psiquiatria, chamamos as pessoas responsáveis pela implementação do novo Estatuto da Criança e do Adolescente, que na época estava começando a ser implantado. Trouxemos aqui no Instituto p'ra discutir isso e todos foram unânimes em mostrar que o Projeto estava dentro do espírito do novo Estatuto da Criança e do Adolescente e que não havia qualquer restrição legal e que era alguma coisa louvável e não a ser proibido.

Mesmo assim, a direção do Instituto me encaminhou um documento onde eu teria que pessoalmente me comprometer a assumir qualquer risco, qualquer problema que ocorresse nas atividades do projeto BRINCAR. Tive que assinar um documento isentando a direção de qualquer responsabilidade e assumindo eu mesmo essas responsabilidades. Bom, como nunca tinha acontecido nada, eu fiz, e foi interessante a fala do Diretor Clínico da época que me disse:

“Esse projeto de vocês é uma coisa espantosa, ou vocês vão ganhar o Prêmio Nobel ou vão ser presos”.

Não aconteceu nenhuma das duas coisas, não ganhamos o Prêmio Nobel, mas um prêmio de consolação. Em 94, nós ganhamos o Prêmio Criança 94 dado pela Fundação ABRINQ, que é uma das mais importantes ONGs que lutam pelos direitos da criança no Brasil, talvez uma das maiores ONGs e que nos atribuiu um prêmio na área de saúde pela relevância que eles encontraram no Projeto BRINCAR. Isso facilitou bem as coisas, foi um respaldo fora área da instituição e também depois as resistências diminuíram muito.

Quanto a hoje, eu diria que temos problemas bons e problemas maus. Pode parecer estranho, mas nós temos problemas bons. Problemas bons é que nós começamos a trabalhar numa Instituição que estava muito repressiva, muito fechada e que o discurso não correspondia a uma prática, e hoje em dia a Instituição melhorou muito, ou seja, ela está com práticas muito mais abertas, com um funcionamento de assistência ao paciente melhor e isso esvaziou, de certa

maneira, o Projeto BRINCAR no sentido de que muitas das nossas atividades inovadoras foram incorporadas pela Instituição. Por exemplo, o Projeto BRINCAR obrigou a Instituição a fazer um horário de visita maior e comum a homens e mulheres, porque, antes do Projeto BRINCAR, mulher saía no pátio por uma hora e depois as mulheres eram recolhidas e saíam os homens por mais uma hora, era assim, tudo compartimentado e estritamente vigiado.

O Projeto BRINCAR começou a romper com isso e isso hoje em dia é uma norma institucional, as visitas são muito mais livres, não existe nenhuma restrição. Então, muito do potencial de mudança do Projeto BRINCAR foi incorporado pela instituição e ampliado. Então, eu diria que é um certo problema bom, porque isso melhorou a instituição, mas o Projeto BRINCAR deixou de ter tanto apelo para aquelas pessoas que estavam interessadas em mudanças institucionais, porque existe uma série de frentes hoje no instituto onde as pessoas podem atuar, então isso diminuiu o potencial de pessoas interessadas no Projeto BRINCAR. Hoje tem clube p'ra pacientes, diversas atividades com famílias, etc.

O problema ruim é a carência de financiamento para o Projeto. Eu acho que isso acompanha todo um recuo do Estado em termos de projeto de cunho social, da preocupação com saúde, educação... Tudo isso a gente tem visto, vem sendo muito pouco contemplado pelas políticas públicas, a história do neoliberalismo do governo atual. Então, isso nos traz muito problema, não podemos contratar pessoal e ao mesmo tempo perdemos bolsas que eram recursos muito importantes para termos alunos incorporados ao Projeto. Então, todas as formas de financiamento foram perdidas e estaríamos obrigados a procurar nossa fonte de financiamento na iniciativa privada. O que, logicamente, é um trabalho difícil para um projeto dessa monta, porque, em geral, a iniciativa privada se interessa por coisas que façam repercussão na mídia, que tenham algum apelo, que estejam em moda, em voga, alguma coisa com relação a AIDS... enfim, é alguma coisa que...embora seja relevante, a AIDS por exemplo... mas não é só o problema que nós temos, temos muitos outros.

Então, um projeto que cuide de crianças cuja principal característica é terem doença mental na família — e as repercussões dessa doença mental sobre essas crianças — e ao mesmo tempo que cuide de recuperar o potencial dos pais e mães com problemas mentais — de voltarem a exercer suas funções de pai e mãe — que se preocupe em diminuir o preconceito contra o doente mental, não é um projeto de grande atração. O Projeto teria que ser sustentado, a meu ver, justamente com ações públicas, ações voltadas para contemplar aquela parte da população que tem menos recursos econômicos.

Pergunta: O Projeto tinha como objetivo atenuar os traumas produzidos pela separação dos pacientes internados e suas crianças. É possível, hoje, ver outros benefícios para essas crianças e seus familiares?

Edson: *Eu acho que o Projeto introduziu mudanças na Instituição, que trabalhava de uma maneira muito repressiva e fechada, e as mudanças acabaram sendo incorporadas pela Instituição. As regras estritas de separação de mulheres e homens... hoje em dia nós chegamos numa situação em que as enfermarias são mistas, mas na época em que o Projeto começou nem sequer receber visitas no mesmo pátio homens e mulheres podiam, tal o pavor que isso ocasionava na mente repressiva da direção da época. Então, mudanças institucionais já foram alguma coisa, um subproduto, digamos assim, do Projeto BRINCAR. Mas a questão do preconceito em relação ao doente mental... a idéia é que as novas gerações podendo freqüentar uma instituição mais aberta, podendo ter um espaço onde pessoas com problemas mentais possam conviver em situação lúdica com crianças... Eu acho que é uma aposta na possibilidade de nós diminuirmos para o futuro o preconceito com a doença mental, preconceito esse que se traduz no isolamento do paciente, falta de oportunidade de vida social para o paciente, eu acho que além da questão da promoção de saúde mental para a criança e adolescente em situação de risco, também tem essas outras repercussões, institucionais e sociais que só poderão ser vistas a longo prazo.*

Pergunta: Do que você tem observado, quais os efeitos imediatos das atividades do projeto nas relações intrafamiliares do internado e particularmente nas relações que envolvem as crianças?

Edson: *Nós colocamos em contato crianças e pacientes em diversos estágios, em diversos momentos da sua doença. De pacientes que estão em situação muito grave até pacientes que já estão numa situação de recuperação. Então, a reação desses pacientes se dá de maneira diferente e essa reação vai da indiferença até uma grande interação com a criança. Em média, a reação dos pacientes ao receber a visita de uma criança é sempre positiva, ou seja, é alguma coisa que eu acho que contribui para que apareça um lado mais sadio mesmo naqueles pacientes que estão numa situação mais comprometida. Por que a gente deveria tirar de um paciente que tem alguma condição ainda de cumprir o seu papel de pai ou de mãe, por que nós deveríamos cortar essa mínima condição que ele ainda conserva?*

Nós fazíamos as primeiras visitas e era isso, mesmo: a possibilidade de dar um abraço num filho ou a possibilidade de comprar um refrigerante p'ro filho é algo positivo, pode ser o início de um resgate de uma posição de pai ou de mãe que ele pode voltar a ocupar quando deixar a internação. Nós temos observado uma influência, digamos, colateral. Ou seja, não é só aquele paciente que recebe a visita de uma criança, do seu filho, do seu sobrinho, que se beneficia com o Projeto BRINCAR. Nós assistimos muitas vezes o clima lúdico proporcionado pela criança influenciar positivamente pacientes que não recebiam visita. Acho que gostavam de criança e sentiam como boa uma interação com as crianças. Em relação às crianças, nós temos até mais relatos de benefícios imediatos do que de benefícios a longo prazo.

Isso é, talvez, uma coisa que falte no Projeto: nós poderíamos acompanhar a longo prazo as crianças, para medirmos, avaliarmos, os benefícios que essas crianças podem ter com o Projeto. Algumas crianças nós acompanhamos a longo prazo porque estabelecemos um vínculo, elas retornaram muitas vezes, nós começamos a ver crianças que tinham, digamos, oito anos e agora têm quator-

ze. Mas a curto prazo, às vezes, as mudanças são dramáticas. Uma criança que viu o pai ser internado pela polícia ou pelo corpo de bombeiros, com violência, e a partir disso não conseguia ir à escola, não conseguia dormir, e que a partir de visitar o pai, ter contato aqui com esse pai, já teve condição melhor de ver o clima onde ele estava, naquele domingo marcado pela intervenção lúdica, reagir já na semana seguinte recuperando-se de todos esses sintomas, da insônia, da necessidade de ir à escola, do nervosismo. Isso já aconteceu muitas vezes... Então, a curto prazo, às vezes as mudanças são dramáticas na criança. Acho que faltaria ao Projeto poder fazer uma avaliação a longo prazo da repercussão nas crianças, mas aí uma série de problemas interfere nisso, e nós ainda não conseguimos fazer isso.

Pergunta: Como você avalia as diferentes fases na evolução das atitudes das crianças com relação ao internado e à loucura, na medida do seu engajamento nas atividades do projeto?

Edson: Bom, aí as diferenças são grandes em relação a cada criança, em relação à idade da criança, em relação aos familiares que trazem as crianças. Nós temos diversos tipos de situação. A criança, como ela é trazida por um adulto, esse adulto traz junto com a criança um certo preconceito, mesmo sendo parente de um paciente, muitas vezes traz um preconceito e a criança, às vezes num primeiro contato com aquelas pessoas diferentes, fica um pouco retraída. Mas isso, em geral, é rapidamente absorvido, porque nós conseguimos criar uma situação lúdica onde as pessoas estão interagindo, brincando, jogando bola, desenhando... Então, as crianças rapidamente são atraídas por isso e se criam situações, assim, rapidamente, em que as crianças se sintam à vontade onde o seu comportamento não difere do comportamento que ela teria em qualquer lugar, no pátio do colégio, na pracinha. Em alguns casos, se verifica mais retração por parte da criança, não só com relação ao ambiente em que as crianças ficam, mas porque a criança é uma criança mais inibida, mesmo, com estranhos de maneira geral e, às vezes, a gente precisa de um trabalho de aproximação mais cuidadoso.

E também isso é variado de acordo com a idade. Por exemplo, as crianças pequenas tendem a ficar mais próximas dos seus pais, dos seus familiares, das pessoas conhecidas, então a gente tem que também estar atento para a idade da criança, o tipo de aproximação que a gente pode fazer com a criança de acordo com a sua idade. Mas eu diria que é mais fácil a gente lidar com a criança e aproximá-la dos pacientes e deixá-la a vontade do que com os adultos, as crianças reagem melhor, mais rapidamente, são mais rápidas em assumir, digamos assim, que essa diferença da doença mental não é uma diferença tão marcante assim que inviabilize o contato, que aquelas pessoas têm muitas coisas em comum com outras pessoas que não estão rotuladas como doente mental, podem interagir porque o fato de uma pessoa estar internada por ter uma psicose não impede que ela jogue bola com uma criança, etc.

Pergunta: Na sua opinião, como o projeto interfere na forma como as crianças constróem a sua representação social da loucura?

(Edson: Essa é uma das nossas apostas. Evidentemente, isso é um projeto pequeno, poucas crianças, se nós tomarmos o conjunto da população, têm a oportunidade de ter esse tipo de contato mediado por atividade lúdica com a doença mental. Então, nós apostamos que isso tenha alguma força positiva para mudar a representação sobre a loucura. O que, se nós pudéssemos fazer em mais larga escala, poderíamos talvez ter as repercussões ainda melhores em termos das próximas gerações. Mas, naturalmente, para a criança, estar em contato com alguém que ela possa brincar, esse alguém está mais próximo a ela, é mais visto como uma pessoa, como um outro qualquer, menos possibilidade ela tem de ver essa pessoa como alguém perigoso, alguém que deva ser evitado, alguém que deva ser afastado, então, essa é uma das nossas apostas.)

Pergunta: Você alguma vez pensou em abrir o Projeto para a comunidade? Convidar as pessoas que moram nos arredores para trazer as crianças p'ra brincar.

Edson: Digamos que não exatamente isso, nós não fizemos... Mas digamos que o Projeto tem uma abertura para convidados, digamos que espontânea, no sen-

tido de que muitos membros, muitas pessoas que trabalham no Instituto já participaram do Projeto trazendo seus filhos, já utilizaram o momento do Projeto como um momento de lazer para seus filhos. Também os visitantes, muitas vezes...eles são sempre membros de uma comunidade e muitas vezes esses visitantes vêm visitar não só um parente, mas às vezes um amigo... e é muito comum virem crianças convidadas por pessoas que são membros da comunidade do paciente e trazem suas crianças aqui. Então, existe essa abertura, não tão formalizada, não tão integrada no Projeto, mas uma coisa espontânea. Digamos que nós vivemos, o Instituto de Psiquiatria está situado numa zona privilegiada da cidade e que existe uma oferta de lazer bastante razoável nesta região da cidade, então eu acho que p'ra nós conseguirmos que a comunidade frequentasse aqui nós teríamos que fazer um trabalho com a comunidade específico ou então criarmos atrações mais sofisticadas do que as que nós conseguimos criar, porque é uma zona da cidade que tem a praia, que tem frequentemente shows grátis, que tem até os passeios aos shopping-centers, que são vários, que tem cinema e teatro, mas que são menos ao alcance da maioria da população. Mas, enfim, mesmo assim ainda é uma zona privilegiada. Teríamos que trabalhar, eu acho, com certas comunidades mais acessíveis ao tipo de coisa que podemos oferecer. O nosso lazer não é um lazer sofisticado, é um espaço, é um lazer simples e nem é a nossa intenção promover show nem grandes atividades, mas essa idéia é uma coisa que pode ser desenvolvida melhor.

Pergunta: O projeto se expandiu com a criação do BRINCAR 2 no Instituto Fernandes Figueira. Como você vê as perspectivas de futuro para o projeto, em termos de expansão para outros serviços e em termos de ampliação do tipo de atividades?

Edson: *Aí teremos várias vertentes para responder isso. Em primeiro lugar eu fico muito satisfeito de que o primeiro desdobramento que teve o Projeto, que foi o BRINCAR 2 — que hoje se chama BRINCAR E SAÚDE MENTAL, que é um projeto desenvolvido em enfermarias pediátricas no Instituto Fernandes Figueira e que é um projeto que cresceu muito, tem muitos desenvolvimentos em termos de*

pesquisa, está se organizando agora uma jornada para tratar da questão de BRINCAR E SAÚDE MENTAL a partir da iniciativa desse desdobramento do BRINCAR 1 —, já tomou vida própria, hoje em dia já é um projeto completamente independente, enfim, com vida própria. E isso p'ra mim é muito bom, nós apenas demos um empurrão e as pessoas desenvolveram esse projeto e assim eu acho que poderiam ser outros projetos, acho que a nossa função seria muito dar uma assessoria, transmitir idéias ou alguma coisa assim e que as pessoas em cada circunstância pudessem desenvolver projetos diferentes baseado na idéia da saúde mental ligada a atividade lúdica, em cada campo específico. Enfim, sejam creches, sejam outros hospitais psiquiátricos, sejam enfermarias pediátricas, sejam centros de qualquer intenção de reabilitação psicossocial, que poderiam utilizar mais o lúdico.

Nós, diferentemente, esbarramos um pouco nisso que eu já falei anteriormente que é a pouca sensibilidade do Estado atualmente p'ra desenvolver projetos na área social. Nós vivemos uma situação no Projeto BRINCAR de dificuldades, de sustentação do projeto em termos econômicos, então eu acho que isso diminuiu um pouco o nosso ímpeto, a nossa possibilidade de transmitirmos mais a nossa experiência, de ampliarmos o Projeto. Eu acho que para que uma determinada iniciativa, digamos inovadora, que possa trazer alguma contribuição p'ra alguma mudança em alguma área de saúde na população, essa iniciativa inovadora precisa ter um certo respaldo do Estado para que ela possa se difundir. Tinha que ter um certo ambiente de preocupação com o estado geral de saúde da população, de educação da população, enfim, isso nós não vemos, nós vemos é justamente o contrário, o recolhimento do Estado, um descaso, uma despreocupação, enfim, um mergulho no economicismo deslavado onde as coisas são só motivadas pelo lucro, pelo investimento, pelo que isso pode render. Eu acho que nós fizemos a nossa parte e vamos continuar fazendo que é manter o Projeto, mantermos a nossa idéia, testarmos novas idéias. Agora, um avanço maior eu acho que depende de uma sensibilização, de uma política municipal, estadual ou federal mais sensível às condições de vida da população, isso seria aproveitado positivamente. Acho que nós temos essa limitação. Com todo volun-

tarismo nós poderíamos agora espalhar o Projeto BRINCAR para a rede de assistência em saúde, educação, quando nessa rede falta muitas coisas básicas. Não é tanto uma questão de dinheiro, é mais uma questão de compromisso com as condições de vida da população que eu acho que o governo não tem.

Aqui no Instituto, uma coisa que já estamos começando a pôr em prática seria o uso de atividades lúdicas em outros campos da assistência para crianças e adolescentes. Nós estamos montando um clube para adolescentes, fundado na idéia de que atividades lúdicas são propiciadoras do processo de recuperação de adolescentes comprometidos em termos da sua saúde mental, seria um desdobramento indireto do Projeto BRINCAR e a idéia de que também a gente possa de alguma forma ter um sistema de avaliação, de acompanhamento melhor das crianças que passam pelo Projeto BRINCAR, seria um dos caminhos do desenvolvimento do projeto BRINCAR.

Pergunta: O Projeto BRINCAR, até hoje eu não sei, ele é um serviço, ele está ligado ao Infante...qual é a ligação dele com o Instituto?

Edson: *Essa é uma boa pergunta, porque eu nunca me preocupei com isso e portanto não posso responder. Mas eu acho que é uma pergunta que merecia uma reflexão melhor. No momento, como existe uma coincidência que o coordenador do Projeto é o coordenador do Serviço Infante-Juvenil, muitas das iniciativas do Projeto às vezes passam pelos caminhos institucionais do Serviço Infante-Juvenil, mas é uma contingência que pode não existir dentro de algum tempo. Talvez fosse interessante a gente pensar em outra forma de inserção mais forte do Projeto, não sei, não pensei muito sobre isso não.*

2. *Carmem Tourinho, Coordenadora do Serviço Social do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, participou da criação do Projeto BRINCAR e é um dos coordenadores do projeto.*

Pergunta: Carmem, gostaria que você me contasse primeiro em que época você veio para o instituto.

Carmem: *Foi em maio de 1988, a segunda vez. Eu já tinha trabalhado aqui antes, fiz o curso de especialização em 74, em seguida fui contratada e trabalhei em 75 e 76. Aí fiz um concurso para o INAMPS e fui. Retornei em 88.*

Pergunta: Em 88...foi nessa época ou mais tarde que vocês começaram a pensar o Projeto BRINCAR?

Carmem: *Foi um pouco depois que eu cheguei...De repente, a idéia surgiu no mesmo ano, no final. Os primeiros encontros devem ter sido em 89 ou no final de 88, não me lembro bem. Mas foi logo depois que eu entrei que surgiu a idéia do Infante fazer algum trabalho em conjunto com a enfermagem. Não estava muito claro e aí, com os encontros, foi ficando mais claro.*

Pergunta: Na listagem das pessoas que participaram da elaboração do Projeto, que foi encaminhada à Universidade, tinha alguém da enfermagem?

Carmem: *Não, acho que não. Pelo contrário, a enfermagem... a gente estava querendo até manter contato, fizemos entrevistas... porque a enfermagem era um dos setores, principalmente encabeçados pela chefe, que não compartilhava dessa idéia, achava que psicótico com crianças não...era uma coisa para ser pensada, meio arriscada. Então, eles não estavam nesse primeiro momento.*

Pergunta: Tinha algum setor envolvido como setor, ou eram pessoas individualmente?

Carmem: *É, não sei se a gente pode separar. Tinha o pessoal do setor Infante; tinha o Edson e alguns dos alunos que estavam fazendo especialização; e tí-*

nhamos a Rochelle e eu, que éramos do Serviço Social. Não dá muito p'ra separar Carmem e Rochelle do Serviço Social.

Pergunta: Me chamou também a atenção a questão dos médicos em geral... eu não ter visto a participação, a não ser a do *Infanto*, psiquiatra do *Infanto*. Houve também resistência por parte dos médicos?

Carmem: *Acho que isso é natural, os residentes têm dificuldades de se engajar em qualquer tipo de programa, como até hoje. E os outros médicos não estão voltados para essa questão da infância, preocupação com a criança e o adolescente, a não ser as pessoas do setor e o Edson, né.*

Pergunta: Outra coisa que eu queria saber é o que estava acontecendo no Instituto nessa época em termos de discussões sobre novas propostas de atendimento.

Carmem: *Acho que essa discussão sempre rolou, né. Acho que a direção da época era uma direção que se elegeu com essas propostas, foi nessa época que foi implantado o atual CAD, que naquela época se chamava Hospital-Dia, que foi o primeiro do Rio de Janeiro. Foram criadas também as oficinas, que já faziam parte de uma legislação. Elas foram implantadas aqui também. Até existia uma discussão nesse sentido e foi criado o que eles chamavam de Recriar, que tinha algumas. Era dividido em Caminhar, que era a saída dos pacientes das enfermarias para as oficinas; tinha uma outra parte que estudava a questão da pesquisa com plantas p'ra medicação. Tinha várias vertentes que eu não me lembro o nome. Eu sei que o grande era o Recriar, depois tinha o Caminhar, tinha esse da medicação, tinha esse que continuou, que era de pintura, que era a parte de artes que funcionava ali atrás.*

Agora, a coisa da prática — a não ser nessa questão de oficinas, hospital-dia e de pacientes de meio horário, que foram realmente implantados — em questão da enfermaria é que existia muito mais o discurso do que uma prática. Na enfermaria, praticamente... a não ser por iniciativa de alguns grupos de funcionários que se organizaram algumas vezes e criaram...

Por exemplo, teve uma época em que os funcionários, junto com o médico residente Ricardo Vaz, fizeram um movimento chamado PIAP, Programa de Assistência ao Paciente Psiquiátrico, que se reunia toda semana e que discutia os problemas da enfermaria, que fez assembléias com os pacientes e tentava levar para a direção com a representação de um paciente... Então tinha coisas que eram viabilizadas pelas pessoas que trabalhavam na enfermaria. Esse PIAP, quem coordenava éramos eu e o Ricardo. Ele funcionou, acho que, durante uns dois anos. A gente conseguiu um movimento legal nas enfermarias, a gente tentava se reunir e discutir com a direção.

Algumas coisas realmente foram viabilizadas. Na época em que a gente começou, o paciente não tinha caneca, tomava água em caixinha de margarina; eles andavam o dia inteiro com um saquinho porque eles não tinham mesinha de cabeceira, as condições da enfermaria eram muito ruins. Algumas melhorias foram feitas: compraram canecas, foram viabilizadas as mesinhas e os pacientes tiveram onde guardar suas coisas, alguns colchões foram trocados. Enfim, houve alguma melhoria. Os pacientes passaram a se organizar e quando as coisas estavam muito caóticas — falta d'água, água quente — eles conseguiam fazer abaixo-assinado, cercar o diretor...Então, houve alguma coisa, mas com muita dificuldade e não mudando o espírito da assistência, da qualidade. Eram feitos movimentos, o paciente participava, a gente conseguia discutir e melhorar algumas coisas, mas não o suficiente, não o que as pessoas desejavam naquele momento.

Mas, sem dúvida, muita coisa foi conseguida com essa união e com esse grupo de funcionários que se reuniam. Foram feitos alguns trabalhos, algumas tentativas de trabalho sobre esse PIAP, que resultaram em monografias de dois médicos e uma assistente social, que abordavam essa questão aqui dentro. Esse grupo se reunia semanalmente para discutir os casos deles e daqueles pacientes que o grupo atendia. Foram feitos muitos trabalhos muito interessantes. Mas isso tudo eram focos, não era um movimento global, geral, da enfermaria. Eram pessoas que estavam a fim de modificar, que se reuniam para tentar fazer uma experiência diferente.

Pergunta: Você se lembra de como foi a participação dos funcionários do Instituto, como um todo, no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental?

Carmem: *Como um todo...tinha alguma participação na Ap2 Sul, enfim, acho que a direção participava também de alguns níveis onde o quadro era discutido.*

Pergunta: Digamos assim, havia um percentual de participação grande ou pequeno?

Carmem: *Pequeno, acho que pequeno, não sentia alguma coisa maciça não.*

Pergunta: Isso significa que a corrente, dentro da instituição, que participava das idéias do movimento, em termos de um atendimento alternativo ao asilamento era muito pequena.

Carmem: *Era, era muito pequena. Eram essas pessoas que se reuniam, faziam propostas, que discutiam...quer dizer, sempre houve gente que tentava discutir isso, mas não conseguia adesão. A maior adesão dos funcionários nessa época era em relação a se preparar para poder discutir a questão de greve, questão de salário, condições de trabalho... Eram movimentos que tinham maior participação, mas fora isso era pequeno.*

Pergunta: Em relação ao Projeto BRINCAR, como é que foi, então, p'ra vocês... A proposta, eu soube, foi bastante polêmica. Agora, dentro da instituição, foi polêmica em nível de Reitoria ou...

Carmem: *A idéia surgiu quando a gente queria fazer um trabalho, não sabia como... Foi quando a gente começou a observar essa questão das crianças pequenas querendo entrar no Instituto e não poder e por uma questão, mais humanitária, mais de foro íntimo do porteiro — ele se mobilizava por conta da criança que ficava atrás da grade — então, por conta própria, ele deixava entrar e delimitava o primeiro quebra-mola, que era pintado de amarelo, como o espaço, um quadrado, que as crianças podiam ficar ali. E os pacientes vinham ao encontro, mas isso não era uma coisa oficializada. Era alguma coisa que alguns*

porteiros, para não ficar a questão do portão no meio do paciente... criaram o espaço e começou a incomodar algumas pessoas. Vinham à sala do Serviço Social, muita mãe chorando, no telefone, dizendo que queria ver o filho, ou puérperas super mobilizadas por estarem separadas dos seus bebês... E a gente tinha uma dificuldade muito grande de trabalhar com isso, como lidar com uma mãe que estava internada e tinha acabado de ter seu bebê, ou não... que tinha aquele mais velho que estava afastado por um ou dois meses sem poder ver como é que está, porque não basta dar notícias, tem que ver se está bem tratado, se está saudável, e a criança também querendo, forçando uma barra p'ra poder entrar.

Foi nesse momento que a gente delimitou que o trabalho seria esse, fizemos um projeto. Num primeiro momento era o Edson, dos médicos, Rochelle e eu. Não me lembro se teria mais alguma pessoa. Nos reunimos, fizemos esse projeto e apresentamos à direção. Demorou muito para ser aprovado e, quando foi aprovado, foi uma aprovação assim meio... A diretoria...o diretor acabou bancando, mas uma parte da direção não concordava e colocava que a gente ou ganharia um prêmio ou estaríamos todos presos, porque era um projeto completamente diferente e único no mundo. E nós começamos, então, a funcionar às terças à tarde no horário de visitas e aos domingos. E, aí, a gente começou a ver as dificuldades de funcionar durante a semana. Era muito baixa a frequência, por problemas de aula, e mesmo quem não estudava à tarde até chegar do colégio, se arrumar, alguém da família ir buscar, muitas vezes o pai ir até em casa buscar o filho, era uma coisa inviável. Então, aí a gente modificou só para os domingos, funcionar só aos domingos. Fizemos alguns, não era todo Domingo, e fizemos algumas reuniões, alguns encontros...

E o Projeto, nesse tempo, foi parar na Comissão de Ética. Houve uma mobilização do pessoal do Instituto com essas pessoas que faziam parte da Comissão de Ética, p'ra gente poder explicar o Projeto e não deixar que outras pessoas apresentassem. Depois de muita discussão, o Projeto foi aprovado com algumas exigências que a gente teria de cumprir. Eu não me lembro quais seriam essas exigências, mas eu acho que o Edson tem esse papel que foi aprovado

com a série de exigências.. e aí começamos a funcionar. Aí teve greve, ficamos parados um tempão. Nesse momento entrou o Marcelo, conseguimos a presença da Maria Augusta também no Projeto. P'ra nós foi um reforço importante... Aí surgiu a idéia de transformar esse projeto num projeto de extensão, o que também foi um caminho difícil, fazer esse projeto. Aí começou um grupo de especialização do Infante, um curso que tinha voltado, porque entre o primeiro grupo que estava saindo e esse, levou parece que um ano ou dois sem curso.

Com a volta do curso — fazia parte do curso o Projeto BRINCAR — as alunas se engajaram e com essas alunas a gente formalizou o projeto de extensão. Foi feita a primeira seleção, apareceram noventa pessoas entre as estagiárias e a gente... Tínhamos seis bolsas, selecionamos seis — cinco eram da Psicologia e uma da Comunicação — e aí começamos a funcionar sistematicamente todo Domingo. A gente deslanchou porque, antes, o Projeto não era uma coisa sistematizada, de ser todos os domingos A gente não tinha staff p'ra isso. E durante esse período a gente tinha muita dificuldade com a direção. Se a gente queria filmar — fizemos um contato com um rapaz da Ganaq, estava tudo certo — a diretora que ficou uma época, ela bloqueava, ela não deixava que fosse liberado.. Tivemos problemas na hora de encaminhar o projeto, ela também segurou, achava que o projeto tinha cunho...que ela não concordava com o que o projeto dizia claramente, que era uma estratégia de modificação de normas na Instituição, este temor... enfim, foi novamente uma luta...

A gente convocou um centro de estudos, chamamos pessoas da sociedade, representantes de organizações ligadas à questão da Infância e do Direito... e fizemos um centro de estudos em que foi levado o Projeto BRINCAR e as pessoas, então, se pronunciaram a favor, e a partir daí ficou muito complicado para a direção não ser a favor do Projeto, foi o momento em que ele foi mais implantado. Mas isso não impedia que houvesse boicote, reclamações... A gente trabalhava super tenso porque sabia que se acontecesse alguma coisa... a gente tinha uma corda no pescoço. Então até ele ser absorvido pela Instituição durou quase que a gestão passada toda. Ele teve realmente todas as condições de trabalho com a atual gestão, depois que nós mesmos apresentamos também

esse projeto no Centro de Estudos. E aí a gente teve todas as facilidades, recursos, não tivemos mais nenhum tipo de problema.

Eu queria falar que o Projeto BRINCAR, ele não é responsável por todas as modificações na Instituição mas ele é um dos primeiros grupos que montou uma estratégia de trabalho, apresentou uma proposta p'ra questionar normas da Instituição. Em vez de a gente partir para o enfrentamento, a gente montou um esquema que dava uma infra-estrutura que a gente pudesse receber essas crianças, ao invés de lutar pela simples quebra da norma. E quando a gente não sabia como é que isso ia acontecer, nós montamos uma estratégia, um projeto para receber essas crianças aqui. E no bojo dessa estratégia aconteceu uma série de modificações, a questão da visita, que era uma hora para homem e uma hora para mulher de manhã, era de 9 às 10 feminina e de 10 às 11 masculina e à tarde a mesma coisa, de 2 às 3 a feminina e de 3 às 4 a masculina.

Como a gente não poderia trabalhar nesse esquema no domingo, sai uma enfermaria entra outra e a criança fica, a gente conseguiu da Instituição, através de documentos, ofícios solicitando, a gente conseguiu que o horário fosse misto, que era uma reivindicação paralela dos pacientes, de se poder ter o pátio misto. Então, foi a primeira experiência de pátio misto, a primeira experiência que eu falo é desse período, porque, muitos anos atrás, o pátio era misto, depois entrou o fechamento. Então, a primeira experiência do pátio misto, experiência essa que foi depois se propagando, na medida em que foi visto que nada acontecia, essa experiência foi ampliada para todos os dias. Os pacientes passaram a ter... era uma hora de pátio, passaram a ter duas, isso acabou também se expandindo p'ra questão desse horário. Então, passou a existir, com o tempo, a partir daí, pátio misto, pátio de duas horas, mais locais onde eles se encontravam. Enfim, homens e mulheres passaram a ter mais tempo juntos. Eu acho que a gente precisa pensar que houve uma série de modificações, até de outras pessoas, de outros profissionais que passaram a ver o Projeto BRINCAR como um espaço onde as pessoas podem fazer alguma coisa criativa.

E acho que todas as iniciativas criativas também, a partir do exemplo de domingo, do lanche que a gente faz... eu acho que o próprio pessoal da enfermagem, até a partir de uma ou duas vezes de pegar até o lanche da gente... mas se a gente for parar p'ra pensar, na hora chateou, mas pode ser feito de outra forma, como eles passaram a fazer... pedir com antecedência. Mas passaram a ver que podem requisitar da Instituição um lanche, podem fazer um baile, pode ser criada uma série de coisas. Isso não é dado, isso é uma coisa que os profissionais que estão a fim de trabalhar e de criar alguma coisa podem se organizar e criar.

O Projeto BRINCAR, ele foi muito espelho, um modelo também para algumas iniciativas que vieram depois. Então, acho que ele teve também um caráter de mudanças de normas. Até a própria visita da criança, que era só naquele momento, hoje é uma coisa que... as crianças freqüentam normalmente a Instituição, a qualquer hora, qualquer dia. Não tem horário, entram, estão com a gente convivendo no pátio... então é outra norma também que foi caindo. Então, acho que teve uma coisa também que não foi só, olhando institucionalmente, ele não teve só essa característica de proporcionar o encontro de... no domingo de duas às quatro... Ele trouxe uma série de mexidas na Instituição.

Pergunta: De que maneira você vê essa mexida institucional? Essa mexida nas normas institucionais fez com que funcionários se relacionassem de maneira diferente com os pacientes dentro da Instituição e também as crianças passaram a se relacionar com pacientes e técnicos de maneira diferente, a partir do momento que se aboliu determinadas normas que proibiam um relacionamento mais aberto. A minha pergunta é: como é que você vê essa nova relação hoje, essa relação das crianças, dentro do Projeto, com os pacientes e os técnicos, comparada ao início do Projeto BRINCAR?

Carmem: Com o tempo, eu acho que a gente tem vínculo já com determinadas crianças. No início, como todo início, a rotatividade dos pacientes, a gente não conhecia muito bem. Mas com o tempo, esses pacientes tornaram a voltar e, por conseguinte, as crianças... Então eu acho que hoje a gente já tem pacientes e

crianças que têm como referência o Projeto BRINCAR. Já tem pacientes que respondem a convites, vêm às festas ou que, determinado Domingo, vêm ao Projeto. Eles se relacionam, já conhecem os técnicos que trabalham. Então, eu acho que isso é um fator muito importante, porque um dos objetivos da gente, que é o trabalho com a criança, faz com que a gente possa observar como está o relacionamento dessas crianças com a família, qual a dificuldade que estão tendo em relação aos problemas dos pais e faz com que muitas vezes a gente possa intervir, como a gente já montou até uma festa de São João por causa dos sobrinhos de um paciente. Que a gente possa fazer algumas estratégias para que essas crianças possam vir mais, possam estar mais perto da gente e que a gente possa estar ajudando mais a relação das crianças com a família. Então a gente já tem hoje, um pai. Quando a criança não está vindo, a gente já tem condições de ligar p'ra saber o que está acontecendo, a gente acompanha e sabe quando a criança piorou, se está precisando de ajuda, se está melhor, a evolução dela. A gente já tem alguns quadros importantes. Atualmente, a gente, com esse tempo todo de trabalho, tem crianças e famílias que a gente... tem gente que a gente pegou criança, que é adolescente, e curti vir e já tem até vergonha de vir porque acha que é coisa de criança.

Então, é diferente, a questão do Projeto. Acho que teve famílias em que a gente teve uma intervenção bastante produtiva, como no caso do A., que era uma pessoa completamente desacreditada pela família e, a partir da força que a gente deu p'ra ele — que ele tinha fortes condições de assumir as responsabilidades, o que ele tem provado — ele passou a ser acreditado diante de uma família. Pelo menos nesse sentido, como pai, que ele era totalmente desacreditado e ninguém deixava ele sair com as crianças. Hoje ele vem p'ras festas, ele traz sozinho, ele cuida e, se aqui é assim é de uma certa forma minimamente, também em casa isso deve ter melhorado. Foram muitos os contatos com a esposa, com a família, desse paciente e hoje a gente vê que alguma mudança nesse sentido houve e assim tem acontecido com outras famílias também.

Acho que é fundamental, fora as coisas que a gente não tem muito alcance, que a gente ainda não conseguiu saber o resultado. Por algumas conversas de fa-

mília, que traz e conta, quando a criança sai daqui, menos tensa, consegue dormir, o resultado na escola... isso teria que ser fonte de alguma pesquisa da gente, a gente ainda não fez isso, mas eu acho que a gente já escuta alguns comentários de famílias em relação a isso.

Pergunta: Você acha que de alguma maneira essas crianças sofrem modificações a partir do momento que elas freqüentam o Projeto BRINCAR? Sofrem modificações no sentido de que elas têm uma relação com a doença mental dentro de casa, a partir do momento que elas podem entrar dentro da Instituição e podem ter uma relação com a doença mental como um todo, quer dizer, muitas pessoas reunidas no mesmo lugar, como é que você acha...

Carmem: *Acho que avaliar o grau de modificação não dá p'ra avaliar mas na medida em que vem p'ra cá, está convivendo lado a lado, e tendo no meio disso alguma coisa prazerosa, quer dizer, o brincar, o lúdico, o prazer, e ela consegue ter uma outra relação de menos tensão, de menos medo, de poder conhecer a realidade no meio do paciente... Evidentemente que isso está mudando a concepção interna, ela está experimentando uma nova forma de viver e lidar com aquilo que ela distante ouvia dizer. Ela pode ter uma outra forma, ela pode experimentar, ela pode viver de uma outra forma. Eu acho que a partir daí isso vai ser fundamental para o resto da vida dela, essa nova forma, esses momentos que ela passou aqui. Na medida em que ela conhece a realidade, que ela pode ver sua mãe, seu pai, sua avó de uma outra forma, onde ela está, por mais que as vezes a própria realidade seja dura, que naquele momento a mãe não esteja bem, ou que ela veja alguma outra pessoa que não esteja bem, mas eu acho que ela pode viver a realidade como ela é, como toda realidade, tem coisas que não são legais, que não estão legais naquele dia mas na outra semana pode estar legal, porque as coisas se modificam, que não são cristalizadas, como ela pode ver que também tem coisas legais, que se pode brincar, que pode ser alegre, que o paciente pode cantar, pode curtir, pode estar com ele, então é como toda realidade, tem coisas boas e tem coisas que não são boas e essas coisas que são boas podem ser boas hoje e amanhã podem não ser. Eu acho que isso é super importante, essa modificação, porque nada é cristaliza-*

mília, que traz e conta, quando a criança sai daqui, menos tensa, consegue dormir, o resultado na escola... isso teria que ser fonte de alguma pesquisa da gente, a gente ainda não fez isso, mas eu acho que a gente já escuta alguns comentários de famílias em relação a isso.

Pergunta: Você acha que de alguma maneira essas crianças sofrem modificações a partir do momento que elas freqüentam o Projeto BRINCAR? Sofrem modificações no sentido de que elas têm uma relação com a doença mental dentro de casa, a partir do momento que elas podem entrar dentro da Instituição e podem ter uma relação com a doença mental como um todo, quer dizer, muitas pessoas reunidas no mesmo lugar, como é que você acha...

Carmem: *Acho que avaliar o grau de modificação não dá p'ra avaliar mas na medida em que vem p'ra cá, está convivendo lado a lado, e tendo no meio disso alguma coisa prazerosa, quer dizer, o brincar, o lúdico, o prazer, e ela consegue ter uma outra relação de menos tensão, de menos medo, de poder conhecer a realidade no meio do paciente... Evidentemente que isso está mudando a concepção interna, ela está experimentando uma nova forma de viver e lidar com aquilo que ela distante ouvia dizer. Ela pode ter uma outra forma, ela pode experimentar, ela pode viver de uma outra forma. Eu acho que a partir daí isso vai ser fundamental para o resto da vida dela, essa nova forma, esses momentos que ela passou aqui. Na medida em que ela conhece a realidade, que ela pode ver sua mãe, seu pai, sua avó de uma outra forma, onde ela está, por mais que as vezes a própria realidade seja dura, que naquele momento a mãe não esteja bem, ou que ela veja alguma outra pessoa que não esteja bem, mas eu acho que ela pode viver a realidade como ela é, como toda realidade, tem coisas que não são legais, que não estão legais naquele dia mas na outra semana pode estar legal, porque as coisas se modificam, que não são cristalizadas, como ela pode ver que também tem coisas legais, que se pode brincar, que pode ser alegre, que o paciente pode cantar, pode curtir, pode estar com ele, então é como toda realidade, tem coisas boas e tem coisas que não são boas e essas coisas que são boas podem ser boas hoje e amanhã podem não ser. Eu acho que isso é super importante, essa modificação, porque nada é cristaliza-*

do. E eu acho que isso é fundamental, ela poder viver, ver como é essa realidade, vai ser trilhões de vezes melhor do que ela em casa pensando “que lugar é esse que eu não posso ver, que eu não posso entrar, que quando eu chego todo mundo pára de falar”, quando aparece na televisão um hospício é sempre na base da gozação, de uma coisa completamente fora da real. Então, eu acho que vai modificar, ela vai ter outras chances.

3. *Entrevista com Marcelo Maciel, Psicólogo e Professor visitante nos Projetos BRINCAR 1 e 2.*

Pergunta: Em que ano você veio para o BRINCAR e o que despertou seu interesse pelo projeto?

Marcelo: *Eu vim para o Projeto em 91, mais ou menos em agosto de 91. E eu não tinha interesse específico, quer dizer, eu estava voltando a morar no Rio, eu morei muito tempo em Salvador, e estava fazendo mestrado em Educação. E eu sempre trabalhei com criança e estava também começando uma formação em psicanálise e a Rochelle, do Serviço Social do Instituto, a gente se conheceu nessa escola de psicanálise, ela era membro analítica nessa escola. E a gente se conheceu lá e conversando ela ficou sabendo que eu tinha trabalhado com criança na área de educação, que estava fazendo mestrado e a minha dissertação envolvia criança e ela falou assim...olha a gente esta tentando botar um projeto p'ra frente lá no Instituto, e aí contou um pouco do projeto e falou: "Você não quer ir lá não, a gente está começando ainda, o projeto está meio engatinhando, a gente está com dificuldade de implantar, para implementar o projeto, você não quer ir dar uma olhada? Acho que vai ser bom, inclusive porque você está chegando agora, vai ser mais uma inserção". E eu fui lá, conversei com o Edson, fiz uma entrevista, um bate-papo com o Edson. Ele estava fazendo naquele dia uma das primeiras reuniões do projeto naquele ano, era uma equipe ainda muito pequena, daquela equipe hoje em dia só tem eu, Edson e Carmem. E aí eu não sabia direito como é que funcionava o projeto. Ele me deu o projeto p'ra ler, o projeto ainda não era um projeto de extensão, era um projeto de trabalho. E a gente começou a trabalhar em cima daquele projeto e assim eu fui ficando, me apaixonei pela idéia, achei que era uma idéia nova e eu achava e ainda acho até hoje que é um projeto que mexe com algumas questões educacionais, não pedagógicas especificamente falando, acho que tem mudança de concepção, tem transformação, tem mudança de pensamento em relação à criança, em relação à cultura da loucura, tudo isso...*

acho que essas coisas todas têm a ver com educação. Então eu fui ficando, ficando e estou lá até hoje.

Pergunta: Houve alguma mudança na relação dos funcionários do IPUB com o BRINCAR nesses anos de funcionamento?

Marcelo: *Olha, como todo projeto, quando você começa um trabalho normalmente, quando você quer mexer em alguma estrutura de funcionamento de algum lugar, as pessoas ficam muito resistentes, porque eu acho que a dinâmica das pessoas, principalmente as pessoas que trabalham em instituições públicas, tem uma dinâmica muito assim... todo mundo reclama, mas mudar uma determinada situação requer uma mudança no seu funcionamento particular de trabalho e também que você se junte, que você crie outros parceiros para tentar mudar, rever situações e isso gera trabalho, gera reuniões, gera estudo e as pessoas na verdade não estão muito interessadas nisso, a palavra mudança ainda é uma coisa que assusta muito. Então, o BRINCAR vinha mexer numa coisa que era assim central no Instituto. No Instituto não pode entrar criança..*

Quando a gente começou a trabalhar lá, o Edson já vinha num histórico do trabalho, passando p'ra gente, a gente ficou sabendo de todas as dificuldades, então no início os funcionários eram muito resistentes ao Projeto, principalmente o pessoal da enfermagem. Então eles tinham uma concepção assim como a gente estava conversando hoje. Quer dizer... em 91 o Projeto não existia como hoje, quando a gente conseguia fazer o BRINCAR no mês, num domingo de um mês era uma alegria, era ótimo. Mesmo pela equipe, o Projeto ainda não era um projeto de extensão e a gente ainda tinha uma direção no hospital que era radicalmente contra o Projeto. Então, os funcionários, o pessoal da enfermagem era resistente porque na verdade...enfim...Não tanto em 91, quando o Projeto começou a tomar corpo, o pessoal da enfermagem ficava muito assim...domingo o BRINCAR é que cuida de todo mundo, na verdade não é essa a história. O BRINCAR, inclusive, nunca se negou a trabalhar especificamente com o paciente mas esse não é o nosso objetivo, então a gente teve várias vezes que falar com a enfermagem. Então, no começo eles foram muito resistentes, a adesão de ou-

tros setores da Instituição nunca existiu, a verdade é essa. E mesmo lá no Infanto algumas pessoas acham que assim... um professor lá do Infanto-Juvenil que lida diretamente com a questão da saúde mental na infância, que eu me lembre nenhum professor chegou lá p'ra falar: "vamos trabalhar juntos, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo..." Quem aderiu ao Projeto desde o início foi... na verdade, o Edson criou e a Carmem criou junto com o Edson e o Serviço Social, então talvez o Serviço Social tenha sido o setor que mais, nesses anos todos, aderiu ao Projeto BRINCAR, porque com o tempo a enfermagem mudou mas a psiquiatria em geral não. Hoje em dia, é que a gente tem algumas pessoas que solicitam, tem algumas aberturas, mas no início eram muito resistentes. Hoje em dia acho que o BRINCAR mudou, porque também acho que ele gerou mudança no hospital e aí acho que acolheram um pouco mais o trabalho, mas no início foram resistentes.

Pergunta: Você podia falar um pouco sobre essas mudanças que foram geradas?

Marcelo: A primeira mudança foi o seguinte, o que a gente fez foi conseguir que o ... O Instituto funcionava assim: criança não entrava, enfermarias trancadas e visitas separadas por sexo e horário. Então de duas às três era homem ou mulher, não sei, e de três às quatro tinha outro tipo de visita. Então, a gente além de querer trazer as crianças p'ra dentro do hospital, a gente queria uma outra coisa, a gente queria que esse horário de domingo fosse conjunto entre homens e mulheres. Então, na verdade a gente estava querendo mexer na estrutura de funcionamento do hospital. Na verdade o que a gente estava pedindo parecia pouco, mas na verdade p'ra quem estava num hospital que a direção era contra o Projeto, era muito. Então, na verdade, eu acho que as mudanças que ocorreram foram as seguintes, aos poucos a gente conseguiu primeiro... a primeira coisa que o Projeto tomasse corpo. Segunda coisa que a gente conseguiu foi instalar o Projeto domingo, depois que o Projeto virou projeto de extensão em 92. Em 92 a gente reescreveu o projeto, ele deixou de ser um projeto de trabalho para ser um projeto de pesquisa e extensão. Começamos a funcionar, a partir de 92, sistematicamente todo domingo como tem sido até

hoje. Então, a primeira mudança foi conseguir que a visita fosse conjunta, depois conseguir que as crianças entrassem no hospital no horário de visita e pudessem ficar lá esse tempo com a gente, acho que foi uma outra mudança.) Agora, a gente sabe... não sei se a gente pode dizer assim: foi o BRINCAR que fez com que as crianças pudessem entrar no Instituto. Eu acho que o BRINCAR teve uma contribuição muito grande p'ra isso. Mas eu acho que lá no IPUB especificamente começaram a acontecer muitos movimentos, então o BRINCAR foi um movimento, o hospital-dia teve outros movimentos, aí tinha outros projetos que aconteciam lá... tinha o Pintando no Museu que acho que não tem mais... tinham várias coisas acontecendo e eu acho que essas coisas foram correndo uma certa estrutura. A mudança da direção do hospital também colaborou bastante, algumas pessoas novas, alguns professores novos, alguns novos psiquiatras que entraram tinham uma outra mentalidade do que seja fazer psiquiatria, então isso mudou muito. Então eu acho que o BRINCAR contribuiu muito p'ra isso, principalmente no que diz respeito à entrada das crianças no hospital. Eu não posso dizer que foi o BRINCAR que fez com que isso acontecesse, o BRINCAR fez com que isso acontecesse no final de semana, isso é verdadeiro. Mas aos poucos as crianças foram começando a freqüentar durante a semana, isso foi mudando, as enfermarias foram ficando abertas de um tempo p'ra cá, então você começou a ver rastros de crianças no hospital, a gente chegava lá terça-feira, quarta-feira, tinha criança sentada lá no banco, então eu acho que o BRINCAR, de certa forma, gerou mudanças.

Pergunta: Mudanças que, mesmo não podendo se afirmar que foram provocadas pelo BRINCAR — mas se em 91 criança não entrava no hospital, hoje você vê criança dentro da enfermaria — é uma mudança enorme.

Marcelo: *Inclusive eu acho que o BRINCAR é um tipo de trabalho, é um tipo de projeto que tem assim um viés histórico, porque ele existiu no momento exato, ele foi estratégico. Eu acho que hoje em dia a nossa função talvez seja muito mais de fazer uma mediação ali, das crianças que chegam, porque hoje em dia as crianças que chegam entram em qualquer horário, então a nossa estratégia primeira de ação, isso a gente já conseguiu. Então eu acho que as crianças já*

podem entrar durante a semana, já têm liberdade p'ra visitar os parentes, mas hoje em dia algumas estratégias podem ser montadas, outras tantas.

Pergunta: Do que você tem observado, quais os efeitos imediatos das atividades do projeto nas relações intrafamiliares do internado e particularmente nas relações que envolvem as crianças?

Marcelo: *Eu acho que a primeira mudança foi permitir que as crianças entrassem no hospital porque isso era uma reivindicação. No início do Projeto a gente fez uma pesquisa perguntamos as pessoas se já tinham visto crianças sendo maltratadas ou alguma coisa assim e perguntamos aos pacientes se eles gostariam de receber a visita das crianças, então, eu acho que a primeira mudança nas dinâmicas de assistência e nas dinâmicas familiares, as próprias dinâmicas familiares dos pacientes é que...eles tiveram de certa forma um pedido atendido pelo Projeto, (o Projeto veio atendê-los, quer dizer...meu filho pode vir me ver aqui. Já existia uma demanda em relação a isso.) Uma outra coisa que eu acho interessante também é que aos poucos a gente começou a ver o seguinte, a presença da criança no hospital aos domingos, modificava o pátio do hospital, a cara do hospital, então eu acho que isso é um tipo de mudança também e que isso gerava um efeito nos pacientes também, dia de domingo. Então eu acho que o fato de ter um projeto com criança e de ter um projeto via questão do lúdico, eu acho que esvaziava um pouco o ambiente carregado do pátio e esvaziava também um pouco... eu acho que como o lúdico tem essa questão do incluir, ser includente, né, todo mundo brinca e as crianças têm muito disso, as crianças brincam sem estar interessada em saber de onde você veio, o que você é, o que você pensa, elas apenas brincam, então eu acho que lá no Instituto não foi diferente. (Então, as crianças chegavam, brincavam entre elas, conversavam com seus pais, desenhavam, pintavam, então eu acho que isso foi...teve um esvaziamento de um visual, de uma coisa carregada que tinha no Instituto aos domingos, é claro que hospital psiquiátrico é sempre difícil, mas eu acho que o BRINCAR de certa forma conseguiu esburacar um pouco isso, isso é uma outra mudança. Um terceiro ponto, eu acho que o fato de os pais poderem ver seus filhos, uma coisa que a gente viu, foi a confirmação de que as*

peessoas se internam mas podem manter seus papéis de pai e mãe preservados... “Ah, o cara é psicótico, tá alucinado”, aí você vê... a criança chegava lá com a mãe e o pai perguntava, vimos isso várias vezes, o pai perguntava assim: “Como é que tá na escola? Tem tomado banho? Tem comido? Tá obedecendo sua mãe?” Então, são situações típicas que a gente viu várias vezes. Mulheres que se internaram logo após o parto, o bebê foi lá e nossa, elas ficavam cheia de cuidados, pegavam seus filhos, faziam questão de mostrar p'ros outros pacientes... “Olha o filho de fulana que está aqui...olha o bebê...olha que lindo”... Essas coisas todas, né. (Então, eu acho que isso é uma prova de que as pessoas podem ter suas dificuldades, podem ter seus sofrimentos psíquicos, mas elas vão continuar sendo bons pais, um bom pai, uma boa mãe, um bom tio, mesmo que em determinado momento, talvez, aquela função maternal com seu filho esteja complicada ali, que ela precise de um tempo para se refazer. Mas a gente preferiu apostar que a presença da criança poderia ajudar isso do que viver a internação de uma forma isolada. Então, o pai se interna, ou a mãe se interna, ou o avô, ou o tio... e a criança, o neto, o sobrinho só vai ver quando o pai ou a mãe voltar p'ra casa.)

Então, isso também foi outra mudança, acho que foi bom para os pacientes, eles sentirem que os filhos estavam lá, que tinha alguma coisa de família preservado e por outro lado acho que p'ras crianças é importante também, eu acho que...verem onde o pai estava, se apropriarem de outra maneira da doença do pai, porque se o pai tá doente, se o pai tem algum problema especificamente essa questão da doença mental, isso não tem que ser escondido da criança, eu acho que quanto mais você conversa, mais você fala, mais você tem chance de diluir essas coisas, então, aquilo que não é falado sai por um outro canto, então as crianças ficam doentes, as crianças começam a ir mal na escola, a gente tem alguns indícios que aparecem no começo do Projeto também. A gente não pode dizer que a criança fracassou na escola porque o pai internou, mas eu acho muito bandeirioso que o pai se interna e a criança que tem um histórico escolar bom começa a dizer que não quer ir à escola, começa a ficar violento na escola dando porrada em todo mundo, então a gente tem de ficar de olho nisso.

Então eu acho que nesse sentido o Projeto mexeu com as dinâmicas familiares e também para as pessoas que levavam as crianças lá foi importante também eles saberem que as crianças podiam ver os pais, eles desmitificaram um pouco essa coisa de pensar: “Ah, será que se eu levar meu filho...” A gente passou anos escutando isso: “Você acha que eu devo trazer meu filho p’ra fazer também uma avaliação?” A gente falava... “Não, não é assim não...” Aquela idéia de que filho de peixe peixinho é, filho de maluco maluco é. Era o momento que a gente tinha para conversar e dizer que as coisas não eram bem assim não, as coisas não funcionam dessa forma, vamos com calma, ele pode até ter algumas questões referentes a alguma outra coisa, porque o pai tá internado, o pai tá em situação difícil...a gente tem relatos sobre isso, mas eu acho que na verdade a gente queria apenas trazer as crianças p’ra dentro do hospital, a gente queria uma coisa relativamente pequena mas que na verdade era grande e um monte de coisas que a gente não previu começou a acontecer. Então eu acho que esses quatro pontos foram importantes: a mudança no Instituto, a cara do hospital, a importância p’ro paciente, a importância p’ra criança e a importância p’ra família que leva sua criança e de repente pode sacar que é legal... “Vou levar meu filho sim... levei, o pai conversou, foi bom, brincou, a criança pode ir lá ver seu pai”... P’ra eles também desmitificarem um pouco essa coisa de que o cara pirou, pirou de vez, né.

Pergunta: Como você avalia as diferentes fases na evolução das atitudes das crianças com relação ao internado e a loucura, na medida do seu engajamento nas atividades do projeto?

Marcelo: *Eu acho o seguinte, o BRINCAR durante um tempo, ele teve uma preocupação básica de trazer as crianças p’ra dentro do hospital, a gente sempre teve isso, isso sempre foi um fantasma p’ra gente...será que nós vamos conseguir trazer, será que não...chegou uma hora que a gente viu que eram tantas as variáveis que estavam implicadas nesse processo de a criança chegar até o hospital que a gente relaxou. Ah, a criança não veio, não veio porque choveu, porque é pobre, tinha criança que chegava lá assim...de chinelo. a gente pensava mil coisas, se chover não vem porque não tem sapato, teve uma família*

que falou isso p'ra gente. Então, a série de questões...aí a gente relaxou e parou de achar que tem que ver isso, tem que saber porque não veio e aí passamos a trabalhar com o que acontece no domingo. Aí começou a acontecer uma coisa interessante, a gente começou a ver que o BRINCAR, mesmo uma vez por semana, nos domingos, quatro vezes por mês, ele era capaz de fazer vínculos. Vínculos com os pacientes, vínculos com os familiares e vínculos com as crianças. Então, algumas crianças que começaram a vir no Projeto uma, duas, três...tem crianças que ficavam assim dois meses quase no Projeto porque os pacientes ficavam lá muito tempo.

Então eu posso falar das crianças com quem a gente conviveu durante muito tempo, eu acho que... primeira coisa: que essas crianças foram capazes de se vincular a uma instituição psiquiátrica, ou seja, essa história de que a criança não pode entrar aqui porque é muito ameaçador p'ra criança ou a criança vai se defrontar com coisas que ela não pode. A gente viu que não é bem assim e que isso é um discurso que não se sustenta, mesmo porque eu acho que em alguns aspectos, a psicanálise fala um pouco disso, a criança e o louco, em determinado lugar, a criança fica muito próximo da loucura, no sentido de que se você pegar uma criança que...pegando o desenvolvimento da criança, ela está muito perto daquilo que num paciente a gente pode falar...Ah, isso é loucura, isso é delírio, o próprio brincar das crianças. o fantasiar, as crianças conversam sozinhas, as crianças falam sozinhas...uma série de coisas que não é obviamente...não tem nada a ver com delírio ou alucinação é um outro mecanismo, mas eu acho que as crianças têm maior facilidade de lidar com isso, porque têm maior abertura e estão menos censuradas, ou vivem menos, talvez um efeito de uma censura maior por parte dos pais ou por parte da cultura... Enfim, eu acho, pelo que eu tenho visto no BRINCAR, as crianças de cinco anos p'ra baixo, as crianças chegam lá e conversam com os pacientes, jogam bola, então eu acho que a primeira coisa que a gente viu é que a criança é capaz... o vínculo acontece, primeira coisa. Segunda coisa: a criança mesmo chegando às vezes lá e ficando um pouco, cabreira, as crianças maiores, um pouco assustadas assim tentando ver o que se passa ali, ela é capaz de viver um segundo

momento que é tentar se implicar naquilo ali, e eu acho que o BRINCAR nesse sentido ele é uma estratégia fabulosa.

(Uma outra questão é o seguinte, p'ra gente saber o que mudou na cabeça dessas crianças, eu posso dizer o seguinte: eu acho que em relação aos pais, aos parentes que elas foram visitar, eu acho que mudou sim, para algumas crianças com quem a gente conversou, no sentido de elas poderem talvez... não sei... conviverem um pouco mais com seu pai, com sua mãe, eu acho que se apropriar dessa doença dos pais de uma outra forma.) Agora, eu espero que isso tenha um efeito na sua vida que a gente só vai poder saber, e eu acho que o seu trabalho é uma tentativa de olhar isso num primeiro momento, agora a gente só vai poder saber isso se a gente pudesse fazer um estudo longitudinal, acompanhando uma criança dessas durante um certo tempo. Agora, eu acho sim e te afirmo, eu acho que uma criança é capaz de dizer assim... a nossa aposta, em nível da representação, eu acho que a criança escuta lá fora... “Ah maluco é isso, maluco é perigoso”, a gente usa essa palavra maluco, qualquer coisa que tem um contexto diferenciado a gente fala: “Ah, fulano é maluco”. Eu acho que essas crianças, pelo menos essas que foram no BRINCAR, elas têm chance de falar assim: “Olha, eu já fui no Instituto, eu já fui no hospício e não aconteceu nada”. Eu não sei se elas vão querer falar disso assim, porque o pai tá lá, elas podem até não citar, mas elas podem falar assim... “Ah, maluco é mau, maluco bate...” elas podem falar... “Não, não bate não, eu conheço”... ou então: “O meu pai já esteve no hospital e eu já tive lá visitando ele, já fui visitar minha tia”, ou então: “visitar a amiga da minha mãe e foi muito bom, eu brinquei, eu conversei, a minha mãe, a minha tia tava lá, tem um amigo dela que é maluco”...

Então, eu acho que... eu não sei como é que isso vai repercutir na vida dessas crianças a longo prazo, mas eu acho que o BRINCAR faz essa aposta. Acho que a gente pode pensar que a gente talvez tenha dado o primeiro toque p'ra mudança da representação, mesmo porque a repercussão disso a gente só vai saber mais adiante, mesmo porque a criança tá ali ainda formando conceitos, es-

truturando conceitos, a criança tá ali ainda bebendo o mundo, organizando o mundo, assimilando o mundo e então, piagetianamente falando, né, quando a criança vai apreendendo o mundo, vai assimilando, vai organizando e vai se adaptando a isso, vai interferindo e vai mudando para viver novas adaptações, novas assimilações, então eu acho que, essa construção ela vai fazendo no decorrer da vida dela, então a gente acha que o BRINCAR de alguma forma pode contribuir p'ra isso.

Eu acho que quando a criança é pequena, raríssimas vezes, eu acho que...do que eu pude observar até agora no BRINCAR, ela chega e vai logo brincar ou então ela fica sentadinha ali, crianças de três, quatro anos, hoje mesmo a gente viveu essa situação, ele chegou e daqui a pouco já estava lá e depois foi lá dentro comigo guardar o material, tem dois anos. Num primeiro momento, quando a criança é pequena, acho que ela chega, brinca, fica, se vai lá de outra vez isso já corre solto, a não ser que ela não queira ir mesmo. Agora, quando as crianças são maiores, quando são pré-adolescentes, garotada de doze, treze anos, aí já rola uma outra coisa, a criança...ela vai, mas ela está ali em estado de alerta, qualquer coisa...ela fica monitorando o lugar, ela não relaxa. A gente já viveu situações específicas durante esses sete anos, mas quanto mais ela vai, mais ela se apropria daquele lugar e aí isso liga-se com o que eu falei no primeiro momento, (o BRINCAR é capaz de vincular essas crianças ao hospital e aquela dinâmica que acontece ali dentro, aquele coletivo que habita o IPUB de uma outra forma.) O BRINCAR é capaz de dizer: “A criança veio aqui a primeira vez e foi difícil, da terceira vez já chegou...já aconteceu de crianças levarem brinquedos p'ra lá”... Então ela tem uma inserção naquele lugar de uma outra forma. Acho que a freqüência dessas crianças vai diluindo, quanto mais ela vai, eu acho que mais ela se implica no hospital. Se a gente for ver os estudos que tem sobre criança e espaço, criança e espaço tem muito a ver, a criança é muito vidrada nessa questão de espaço, de geografia, dos lugares, porque a gente sabe que não é só de espaço que a gente fala, se falar de espaço tem que falar de ambiente, o espaço é sempre um espaço carregado de sentidos, é um espaço carregado de subjetividades, é um espaço carregado de afe-

tos, de várias coisas, então, a criança vive os espaços da sua vida das formas mais variadas, então existe o espaço da alegria, o espaço da dor, o espaço da opressão...as pessoas falam que criança tem que ir p'ra escola porque escola é bom...não sei se escola é bom, não sei de que escola estão falando.

A melhor coisa... eu posso falar que a entrada das crianças no hospital, no IPUB, foi bom, mas eu não sei como seria essa experiência noutra lugar, (então eu acho que além da representação a criança passa a organizar aquele espaço, aquela geografia de uma outra forma, ela vai organizando aquilo ali, ela vai compondo esse espaço de uma outra forma e vai descobrindo coisas legais...Ah, tem um futebol aqui...então ela vai compondo uma outra imagem de hospital e é isso que a gente aposta, que isso possa ser uma corrente de força, a gente aposta que na verdade que isso possa desorganizar ela e criar um certo conflito no sentido de que ela possa ter... de um lado vem uma informação, que a gente espera que um dia mude, que maluco é isso, maluco é aquilo, que é perigoso e tem que ficar trancado, por outro lado a gente vem tentando fazer uma pressão e a tentativa é que ela possa ter elementos p'ra pensar essas coisas. Então, a tarefa do BRINCAR é botar minhoca na cabeça das crianças, fazer elas pensarem um pouco e a gente também. Então ela vai p'ra casa e pensa: "Aquele lugar que eu fui hoje...mas eu me diverti também, eu fiquei achando aquele cara lá estanho e fiquei com medo dele mas depois ele sentou do meu lado e desenhou, ele falou que o meu desenho era bonito", então alguma coisa tem aí que...tem um pouco de prazer nessa história toda.)

Pergunta: O projeto se expandiu com a criação do BRINCAR 2 no Instituto Fernandes Figueira. Como você vê as perspectivas de futuro para o projeto, em termos de expansão para outros serviços e em termos de ampliação do tipo de atividades?

Marcelo: Essa questão da expansão do Projeto e as transformações...Eu acho que uma coisa importante que aconteceu no Projeto é o seguinte... O Projeto, como eu tava falando, ele é um projeto que é centrado na saúde mental na infância e na adolescência. A gente sabe que todas as discussões hoje em dia

que estão ligadas a luta antimanicomial não contemplam a criança. A gente tem pouco material inclusive, a gente tem muito material sobre criança e adolescente na área de psicanálise, na psicologia tem muito material, tem trabalhos concretos mas que discutam a questão de políticas públicas básicas, eficazes, você não encontra material, é difícil encontrar material sobre isso.

Então uma coisa legal aconteceu no BRINCAR 1, primeiro a expansão, foi ter acontecido o BRINCAR 2 que vem cumprir uma função de um projeto de extensão, qual é a função? É que o projeto saia da universidade e vá p'ra outros lugares, então em 94 a gente fechou esse convênio com o Núcleo de Estudos Avançados Interdisciplinares do Departamento de Ensino da FIOCRUZ, lá a gente trabalha com crianças graves internadas em unidades pediátricas. Mas a idéia lá é que o BRINCAR possa ser preventivo também porque essas crianças ficam muito tempo internadas, ficam depressivas, apresentam alguns distúrbios de comportamento, a questão da morte p'ra elas... É muito complicado, p'ra todo mundo é complicado ainda mais p'ra elas ainda tão pequenas, criança de nove anos que viu um coleguinha de nove anos, que brincava até a semana passada no hospital, morrer.

Então, o BRINCAR 2 vai muito nessa direção, desorganizar um pouco essa situação e organizar de uma outra forma, que possa ser um espaço que a criança fale da sua dor, de sua doença e se divertir também. Porque a criança quando vai lá para a pediatria isso não quer dizer que agora é só doença, a mesma história lá do BRINCAR 1, no IPUB, entrou aqui não é pai, não é mãe, cancela a vida lá fora... é a mesma coisa lá na pediatria: entrou aqui cancela a vida lá fora. Mas por que cancelar a vida lá fora? A gente tem que trazer a vida p'ra dentro das instituições p'ra que a criança possa viver isso de uma forma... é porque o que está pautado nisso é que a gente tem uma concepção de que doença é sempre excludente, doença exclui sempre, e a gente parte do princípio que o BRINCAR inclui. Então, eu acho que o primeiro movimento do BRINCAR que aconteceu foi esse, criar o BRINCAR 2. Agora, uma opinião minha específica em relação ao BRINCAR 1 é a seguinte: eu acho que o BRINCAR 1 cumpriu uma pri-

meira etapa que foi implantar uma área lúdica no hospital psiquiátrico afirmando, dizendo que as crianças são capazes de visitar o hospital, de visitar seus parentes, seus familiares e que isso vai ser importante p'ra ela, p'ro paciente, p'ra família e que isso é capaz de acontecer sem criar maiores transtornos para a criança. Então, eu acho que isso é pura aposta, e essa aposta que a gente fez, e a gente vê que essa aposta vem se confirmando totalmente.)

Agora, esse Projeto é um projeto que historicamente, ele é pontual historicamente, então hoje em dia as crianças podem entrar lá. Então acho que hoje em dia a gente não tem mais essa bandeira: as crianças precisam visitar ou não...querem a visita...você vai lá durante a semana as crianças tão lá, então eu acho que esse é um primeiro momento. Agora, na minha cabeça eu penso o seguinte, a nossa função hoje talvez seja muito mais de se aproximar, de funcionar como um mediador, o que já aconteceu num primeiro momento, ou seja, a criança chega lá...a gente não está lá só p'ra brincar com as crianças ou ficar observando...chegar, sentar, conversar com a criança: “E aí, você veio visitar quem? Ah, é a primeira vez que você vem visitar o seu pai?” Tem várias coisas que ouvi de menino, de criança: “Pôxa, eu já fui visitar meu pai no hospital mas esse aqui é mais legal porque aqui eu pude vir, brinquei com ele, joguei bola”. Então, a gente viveu isso domingo passado com o Z. M., os filhos foram lá, estavam sentados e depois rolou um jogo de bola e já...assim se apresentaram de outra forma, até corporalmente falando. Então, eu acho que hoje em dia o (BRINCAR talvez, eu acredito que ele tenha mais essa função de se aproximar um pouco mais desses casos, de fazer essa mediação, porque a mediação deve ser feita sempre porque crianças novas sempre vão lá, Então eu acho que a nossa função hoje é mais essa.)

No que diz respeito ao projeto como um todo, essa idéia não é uma idéia minha, é uma idéia que surgiu de um pai que foi levar uma criança para visitar a mãe e ele chega p'ro Edson e diz assim: “Vocês já pensaram em criar um grupo de crianças como tem os alcoólatras anônimos, em que as crianças se reúnem para discutir, crianças que tem esse problema de alcoolismo na família p'ra

discutir isso, p'ra ouvir as experiências, criar um grupo de apoio?" *E eu conversando com o Edson a gente achou que essa era uma idéia interessante, de repente instalar um grupo no hospital, como tem em outros lugares, não precisava funcionar como esse modelo, mas ter um grupo, um serviço do hospital que pudesse acolher, sei lá, crianças do Pinel, crianças e adolescentes de outros lugares. Agora, isso é um trabalho que a gente teria que contar mais com a instituição, teria que ter um lugar legal, teria que ser um trabalho semanal, todos os dias...tem grupo hoje de nove às onze e tem à tarde também, então tem lá pessoas para conversar...* "E aí como é que tá, como foi sua semana? Ah, seu pai tá de alta. E quando voltarem: e aí como você está se sentindo, como foi p'ra você..." *Fazer um grupo de conversa, fazer um grupo onde se possa discutir, onde se possa trocar experiências, então eu acho que essa seria uma boa evolução do BRINCAR, uma boa continuidade, porque...se manteria domingo...poderíamos manter Domingo.*

A gente sabe que agora a gente passou por uma mudança muito grande, hoje em dia com a saída da Patrícia, por exemplo, tirando o Edson e a Carmem que são os fundadores e criadores do Projeto eu sou a pessoa mais antiga e com a saída da Patrícia você passa a ser a pessoa mais antiga depois de mim no Projeto. Então, na verdade saíram a Andréa e a Patrícia que eram as últimas remanescentes do grupão e ficamos eu e você. Eu acho que o BRINCAR, ele é sempre um projeto...entraram estagiários novos...mas ele é sempre um projeto assim...a questão de trabalhar domingo é legal mas no entanto à vezes é difícil, então muita gente já quis saber do Projeto mas, "Ah, é domingo, eu não vou domingo", então, talvez a evolução do Projeto seja essa questão dos grupos. Porque se a gente conseguisse fazer o grupo dessas crianças e manter a estrutura lúdica...sei lá...passar um filme um dia, conversar discutir com eles, fazer um trabalho mais amigável, assim todos os dias ter um horário. Isso claro tem suas complicações porque a gente teria que fazer uma aliança mais fortalecida com as famílias para levar os adolescentes lá e se pudessem ir sozinhos teriam também que querer ir, enfim, criar um vínculo.

Logo que a gente começou o BRINCAR a gente tinha todas essas questões, eu acho que seria totalmente possível. Eu penso que hoje o BRINCAR tá num momento de rever algumas coisas, então como foi no começo desse ano, esses novos estagiários que entraram, a gente já pensou coisas novas, tipo eles participarem nas equipes clínicas para ter um todo maior, porque o estagiário do BRINCAR ele vai à reunião terça, vai brincar domingo e, raríssimas exceções, não sabem mais o que acontece no Instituto. Quem mais sabe o que acontece no Instituto é o pessoal do Serviço Social que está ligado às enfermarias e quando a gente tinha o pessoal da Enfermagem, fora isso, o pessoal da Psicologia não sabe o que acontece no Instituto. Então, a gente montou uma estrutura que permitisse a eles participarem mais.

Quer dizer, eu acho que uma preocupação minha esse ano foi tentar implementar no BRINCAR uma estrutura mais de ensino também, de formação. Agora, eu acho sim, que a gente poderia pensar novas estruturas para o BRINCAR, tipo fazer esse grupo, ter esse desdobramento e observar. Eu fiquei encarregado de ver isso, já fiz um primeiro contato com o pessoal lá dos alcoólatras anônimos p'ra saber como é que foi isso, a experiência com as crianças, como é que foi essa chamada, como é que tem sido essa experiência deles, conversar, trocar experiências, eu já fui lá e vou retomar esse contato. Eu acho que seria um bom desdobramento. Quanto ao BRINCAR acontecer em outros hospitais... não sei... a gente já pensou tanto nisso, a gente teria que ter uma equipe maior, a gente teria que ter uma remuneração, a gente chegou até uma vez a pensar assim: "Puxa, se a gente tivesse uma Kombi..." a gente viajou muito nisso. "Pôxa, se a gente tivesse uma equipe grande, alguma remuneração, enquanto a gente faz o BRINCAR aqui num domingo, uma equipe pode estar num outro lugar, em outro hospital, no domingo ou no outro sábado."

Mas a nossa realidade... até bem pouco tempo, até o começo desse ano a gente fez o BRINCAR com pouquíssimas pessoas, até chegar os estagiários. E estagiário é aquela coisa, começa, daqui a pouquinho pinta outras coisas p'ra fazer, tem os compromissos da universidade, aí vai embora, tem aquelas coisas to-

das, quer ver outras coisas também, quer ver outras experiência, então, o Projeto BRINCAR é um projeto que ele está sempre assim...tem gente que passa um bom tempo junto, a gente teve sorte de conseguir manter as equipes. Mas eu acho que uma idéia boa seria essa, tentar...eu já tinha conversado isso uma vez, eu acho que o BRINCAR deveria se transformar num serviço, um projeto do Instituto, o Instituto de Psiquiatria tem hoje um serviço que trabalha com crianças e adolescentes, filhos, sobrinhos, netos, sei lá, amigos de pessoas internadas aqui, então, eu acho que seria um avanço, tem tantos grupos infanto-juvenis, tem grupos de meninos de rua, tem grupo de pré-escolar e esse seria mais um grupo. Agora, as pessoas têm que se organizar nesse sentido. Acho que seria um bom desdobramento, acho que seria ótimo se isso acontecesse, acho que seria um terceiro momento no Projeto. Acho que tem um primeiro momento que foi o trabalho, o Projeto enquanto trabalho, uma mera intervenção, um segundo momento que foi o Projeto enquanto projeto de pesquisa e de extensão e um terceiro momento que talvez se poderia inaugurar com a transformação desse trabalho que a gente faz todos os domingos, ele funcionar durante a semana. Para funcionar durante a semana, nos moldes que a gente trabalha hoje não poderia ser, porque, por exemplo, é impossível fazer o BRINCAR durante a semana porque o pátio vira estacionamento. Então o ideal seria que a gente pudesse criar esse grupo.

Pergunta: Uma vez a gente conversou sobre a questão da abertura do Projeto p'ra comunidade, p'ra que a comunidade que não tem qualquer ligação com doença mental passasse a freqüentar. Alguma coisa tem sido pensada nesse sentido ou é uma coisa p'ra ser pensada ainda mais adiante?

Marcelo: *Institucionalmente falando eu acho que a gente nunca pensou nisso, tipo estruturar isso enquanto uma proposta, abrir p'ra comunidade, fazer uma divulgação lá fora, como é que isso poderia funcionar. O que a gente já tem como experiência no projeto, que já aconteceu, foi por exemplo a gente ter pacientes de outras instituições que já foram lá, do Pinel, esses pacientes passam por várias instituições e tem estagiários do BRINCAR que são estagiários na Casa das Palmeiras., na Casa Verde, então termina criando um elo, então já*

aconteceu sim de outros pacientes irem lá visitar, participar do BRINCAR, isso já aconteceu. Agora, abrir p'ra comunidade, p'ra pessoas que não têm convívio ou também p'ra jovens, eu acho que a gente não pensou nisso não, acho que seria uma boa idéia se acoplado a uma questão de uma discussão maior sobre isso, não só ir lá, porque a gente tem a chance de fazer a discussão na terça-feira e agora com os estagiários na quinta também, mas eu acho que essas pessoas teriam que ir lá, mas também um momento que eles teriam de discutir, de refletir, de conversar um pouco, mas eu acho uma idéia boa, acho que poderia ser implementado isso também, acho que abrir o hospital para que as coisas acontecessem lá dentro também, porque o BRINCAR tem uma coisa de lazer também, porque domingo é dia de descanso, domingo é dia de lazer, domingo é dia de ficar em casa, o domingo tem uma série de conotações, o domingo é religioso, o domingo é dia de futebol, tem uma série de conotações, então eu acho que o BRINCAR se inclui um pouco nessa coisa de lazer, então eu acho que, por exemplo, abrir sei lá, uma vez por mês, um domingo a gente poderia convidar outras pessoas. Sabe o que acontece também, várias pessoas da equipe do BRINCAR já levaram sobrinhos etc., então a gente poderia até...acho que é uma coisa que a gente ainda não falou na reunião para as estagiárias novas...se vocês quiserem trazer sobrinhos, trazer filho, isso tá liberado. Acho que isso podia também ter essa conotação também de que o domingo poderia ser um domingo aberto, porque mesmo que não se vá lá visitar ninguém mas também seria um trabalho nessa linha que o BRINCAR faz. Você tem uma amiga que é sua vizinha e que tem filho você vai levar também, isso já vai criando outro tipo de convívio.

Eu acho também legal essas discussões começarem cedo, eu acho que hoje em dia a gente deixou de lado essa coisa de comunidade, solidariedade, eu sinto que essas coisas estão morrendo, estão sendo deixadas de lado, a gente vive um momento que tudo é muito rápido, muito instantâneo, se globaliza tudo, todo mundo se conecta e estamos todos salvos porque existe um discurso, existe uma tecnologia que vai nos unir, então não precisamos mais de nada porque alguma hora vamos nos esbarrar, e a gente sabe que não é bem assim, então eu acho legal conversar com a criançada, com os jovens. A gente tem a experi-

ência de uma moça que levou lá um grupo de garotos, tem um certo tempo isso, e ela foi lá visitar uma moça e ela falou assim: “Eu trouxe esses meninos aqui porque eu faço visitas com eles em vários lugares, eu já levei eles em orfanato, já levei eles em asilo, já levei eles em hospitais, porque eu acho importante eles conviverem com isso, saberem das outras realidades, alguns deles são voluntários”. Eram jovens de quatorze a dezessete anos, eles pareceram interessados. Eu acho que é um repertório a mais, eu acho que é bom incluir essas coisas. Tem muito coisa p’ra se pensar no Projeto mas, recursos...recursos humanos, recursos econômicos, tempo, porque também, eu acho que implementar esse trabalho semanalmente já seria mais puxado, já seria...os vínculos de trabalho...essas coisas todas, isso esbarraria em outras situações.

Eu, estou sendo meio premonitório, mas eu acho que daqui a algum tempo o Projeto, o dia de domingo, ele vai chegar um momento que ele vai ser repensado, eu não sei como a Coordenação-Geral do Projeto pensa isso, o Edson e a Carmem, mas eu acho que em algum momento isso vai ser repensado, vai ser checado, vai ser discutido, disso virá uma outra coisa, não sei como eles pensam isso.

Pergunta: A questão do Projeto aos domingos é que a gente tem uma população itinerante, então o que acontece, as crianças são sempre novas crianças, as vezes vêm as antigas, mas sempre tem novas crianças, novas pessoas internadas, novas crianças, e é um trabalho que não tem fim. Então a não existência do Projeto aos domingos talvez fizesse com que se voltasse ao estado anterior, ou seja as crianças já podem entrar mas não existe nenhuma mediação.

Marcelo: *Pois é, eu acho que essa mediação seria parte dos grupos, o grupo seria um bom instrumento de mediação, porque elas estariam lá durante a semana.*

Pergunta: Pois é, mas aí você trabalharia com crianças de uma determinada faixa etária, e as outras onde é que ficariam?

Marcelo: *Uma possibilidade seria fazer um trabalho misto com esses grupos e talvez duas vezes no mês se encontrar no domingo e aí com esse grupo já solidificado... “Olha gente no último domingo de cada mês ou terceiro e último, a gente se encontra aqui p’ra fazer atividades”. A gente já teria isso meio que amarrado com eles. É difícil, porque, tem sempre mil variáveis: mora longe, não vai, tem outros compromissos. Então, eu acho que a principal tarefa hoje do BRINCAR é essa mediação. É um trabalho que eu diria que não é um trabalho clínico mas ronda uma certa clínica, tem um certo olhar clínico, tem um certo olhar de família, que isso é uma outra vertente do Projeto.*

O Projeto não é um projeto clínico, não é um projeto de psicanálise, não é um projeto de terapia familiar, não é um projeto de oficina, não é um projeto de arte. Ele toca, o BRINCAR passa por todas essas áreas, porque você tá ali conversando com uma família, não é uma entrevista mas eu acho muito melhor você estar ali num domingo informal conversando com uma família, um paciente, do que você marcar. Mas claro, tem um horário que você chega, senta e faz sua entrevista, mas quantos dados você colhe num bate-papo, e quantos você fornece. O Jorge, que é o residente de psiquiatria escolheu fazer o grupo de família no domingo, a Maria falou: “Por que você não faz um grupo de família?...Que dia?...Domingo. Porque é o dia que a maior parte das famílias comparecem no Instituto”. Então, o BRINCAR potencializa isso também. Então, eu acho que o BRINCAR toca essas áreas sem cair especificamente em nenhuma delas. O que eu acho muito bom, porque a gente não pode dizer que é um projeto estritamente clínico, ou de família, ou um projeto de oficina, mas ele toca essas áreas todas. Acho isso perfeito, acho que isso dá um caráter inovador ao trabalho.