

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JOSÉ ALBERTO ROZA JÚNIOR

Residência Terapêutica: uma casa na cidade e os sonhos de cidadania

São Paulo
2016

JOSÉ ALBERTO ROZA JÚNIOR

Residência Terapêutica: uma casa na cidade e os sonhos de cidadania

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Associada Ana Maria Loffredo

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Roza Junior, Jose Alberto.

Residência terapêutica: uma casa na cidade e os sonhos de cidadania / Jose Alberto Roza Junior; orientadora Ana Maria Loffredo. -- São Paulo, 2016.

180 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Residência terapêutica 2. Desinstitucionalização 3. Direitos humanos 4. Reforma psiquiátrica 5. Saúde mental 6. Cidadania I. Título.

RC439

Nome: José Alberto Roza Júnior

Título: Residência Terapêutica: uma casa na cidade e os sonhos de cidadania

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Para Dona Cida,
com gratidão e respeito.

AGRADECIMENTOS

Se “justo a mim coube ser eu¹”, agradeço à vida! Mas o início do meu olhar inquieto, eu agradeço à minha família, em especial à minha mãe e avó, alicerces no meu caminho. Que eu possa ajudar também meu afilhado, Bernardo, e minha sobrinha, Maria Luiza, a construírem um lugar mais ético e sem tantas exclusões sociais.

Agradeço também à minha família construída, pessoas que me acompanham desde a infância e amigos que eu fiz na faculdade e depois de formado, e que se tornaram também minha família, esse lugar de construção de afetos. Aos meus amigos que ajudam na construção da minha cidadania, essa marcada pelas relações que eu estabeleço e pelos lugares por onde escolho transitar. Desses encontros, um agradecimento especial ao tio João Michelotto, ácido e entusiasta, fazendo-me sair das Minas Gerais e prestar o doutorado, seguir pesquisando.

Meus mais intensos agradecimentos às pessoas que cruzaram meu caminho, fazendo-me compreender a importância de lutar pela garantia de direitos iguais: aos companheiros do “Espaço de Expressões”, aos amigos do Cemaia-Creas e às famílias atendidas, aos amigos do “Em cima do Salto” e às travestis e transexuais que me fizeram mergulhar mais no movimento LGBT, aos profissionais do APD, em especial ao Felipe; e a todos os atores envolvidos com o projeto de Residências Terapêuticas que cruzaram meu caminho, seja na supervisão técnica, no apoio, na coordenação, no acompanhamento comunitário, no Caps e em toda rede de atenção.

Agradeço a delicadeza de quem acompanhou essa pesquisa, seja de perto ou de longe: Aline, Chris e Fernanda, em amizade e sintonia, pelo PORACAOSOS, Clínica Oficina e Espaço de Expressões; Edson, pelo olhar atento à Severina; amigos da saudosa Rua Bahia, sede de algumas discussões e lutas: Rosângela, Telma, Dulce, Gláucia, Stella, Lenira e Bianca; e às companheiras de enfrentamentos diários: Debora, Beatriz, Carol, Gisele e Carla.

Ao grupo de orientação, em especial à minha orientadora: Ana Maria Loffredo.

À minha banca de qualificação: Maria Lucia e Marlene, pelas provocações e incentivos.

Aos meus leitores-parceiros, que me ajudaram muito na construção dessa pesquisa: Carol, Claude, Karla e Ricardo.

Aos meus alunos, com os quais trabalhamos no cotidiano sobre a exclusão social e a cidadania, seja em Psicologia Social, em Psicopatologia, nas orientações de

¹ Tira de Mafalda, do argentino Joaquin Salvador Lovado (Quino).

conclusão de curso e nos estágios supervisionados. Agradecimento especial pelo apoio, respeito e paciência na divisão entre a sala de aula e a escrita da tese.

Por fim, a todos os moradores de Residências Terapêuticas que me fazem ver a árdua beleza da luta diária pela reapropriação dessa cidade...

Então não pude seguir, valente lugar tenente /
E o dono de gado é gente, porque gado a
gente marca / Tange, ferra, engorda e mata,
mas com gente é diferente / Se você não
concordar, não posso me desculpar.

(Geraldo Vandré, *Disparada*)

RESUMO

Roza Júnior, J. A. (2016). *Residência Terapêutica: uma casa na cidade e os sonhos de cidadania*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esta investigação trata da reinserção de pessoas com transtornos mentais, antes confinadas em Hospitais Psiquiátricos, no espaço da cidade em seu estilo contemporâneo de relações sociais. Inicialmente, realizamos uma trajetória da Saúde Mental, desde a “era dos manicômios”, lugares para a contenção física e medicamentosa, em que as hospitalizações e internações em instituições asilares ocupavam um lugar central, até nos aproximarmos da Reforma Psiquiátrica brasileira, que, se inspirou na Reforma Psiquiátrica italiana. No Brasil, com a lei n 10216/01e a Portaria GM106/2000, que redirecionaram todo o modelo de atendimento a essas pessoas, a aposta nas Residências Terapêuticas tem sido fundamental para o processo de desinstitucionalização, na medida em que pretendem assegurar os direitos de pessoas, sem vínculos familiares, que deixam o hospital para viver em uma casa e, acima de tudo, acompanhar seu processo de reapropriação da cidade. No sentido de levantar subsídios para explicitar os obstáculos presentes nas relações de vizinhança implicadas nessa proposta foi efetuada uma análise de uma petição inicial, inserida em um processo jurídico destinado a uma Residência Terapêutica, cujos vizinhos se mobilizaram para a expulsão dos moradores daquela casa. Foi possível observar o alcance da dificuldade implicada na reconstrução da cidadania dos egressos de Hospitais Psiquiátricos, o que nos permite destacar que, depois de tanta violência cometida pelo Estado em instituições e hospitais, esta análise evidencia como as Residências Terapêuticas são apenas o começo de um processo de reinserção complexa dessas pessoas, historicamente excluídas da paisagem urbana e da sociedade.

Palavras-chave: Residência terapêutica. Desinstitucionalização. Direitos humanos. Reforma psiquiátrica. Saúde mental. Cidadania.

ABSTRACT

Roza Júnior, J. A. (2016). *Therapeutic Community House: A house in the city and the dreams of citizenship*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The research considers the reinsertion of people with mental disorders in society and specifically their challenges adapting to urban life. It begins looking at the long hospitalizations and institutions designed to contain these people physically or through medication up to the development of the psychiatric reforms. In Brazil, law n 10216/01 triggered the discussion about the place and space needed to open up cities again to these people. Given the advances brought by the new model, the therapeutic community houses represent a relevant strategy in the deinstitutionalization process of people with mental disorders who lived long hospitalization periods and lost their family linkages. These people may now return to a house in the city, the main object of this research. Unwelcoming neighbors in a middle class area in Sao Paulo resisted resulting in a judicial process that this residence could not withstand, having to move elsewhere. As a result one might question the advances in mental health treatment given simple neighborhood problems strip people with mental health disorders from their citizenship. There is still a need to consider reparations for these people. After so much violence committed by the state in institutions and hospitals this analysis shows that the therapeutic community houses are just the beginning of a complex reinsertion process of these socially excluded people into the urban landscape and society.

Keywords: Therapeutic Community House. Deinstitutionalization. Human rights. Psychiatric Reform. Mental Health. Citizenship.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 DA CULTURA MANICOMIAL AOS OUTROS MODOS DE OLHAR A LOUCURA: AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS E A LUTA PELO FIM DOS MANICÔMIOS ...	23
1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ITÁLIA	30
1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	35
1.3 O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E A TROCA DOS UNIFORMES	44
2 OS LUGARES NA CIDADE	46
2.1 AS OFICINAS ITINERANTES: A RUA COMO ESPAÇO POSSÍVEL	46
2.2 UM A-CASO PARA SEVERINA SEM SANTOS: INVISÍVEIS CASO, NÃO ATRAPALHE, PRESOS SE ASSIM O ESTADO QUISER	49
2.3 LUIZ E O MANICÔMIO EM CASA	56
3 O QUE FAZER COM QUEM NÃO CONSEGUIU DEIXAR OS MANICÔMIOS? - A APOSTA NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS	60
3.1 REDE E TERRITÓRIO: OS MORADORES DA CIDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE	66
3.2 AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA CASA DIFERENTE EM UMA NOVA “FAMÍLIA” CONSTRUÍDA	68
3.3 O CENSO PSICOSSOCIAL E A POPULAÇÃO VIVENDO EM HOSPITAIS ...	86
3.4 A HISTÓRIA DE JOÃO: A CIDADE, O MANICÔMIO JUDICIÁRIO, OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA	90

4 O DIREITO DE VIZINHANÇA: QUANDO OS VIZINHOS SE POSICIONAM DIANTE DE UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA	96
4.1 UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA ATACADA PELA VIZINHANÇA OU O CASULO QUE NÃO PODERÁ SER BORBOLETA	101
4.2 UM BAIRRO OU A ÁRVORE ONDE A LAGARTA PRECISOU FAZER SEU CASULO	102
4.3 A CASA 63 OU A REAPROXIMAÇÃO COM A LOUCURA	107
4.4 O PROCESSO DOS VIZINHOS OU O “DIÁLOGO” COM A JUSTIÇA: O QUE EU NÃO QUERO QUE MEUS OLHOS VEJAM	108
4.4.1 Uma análise de fato(s): a petição inicial ou como os vizinhos perceberam aquela residência terapêutica.....	109
4.4.2 A contextualização dos fatos: manicômio, desinstitucionalização, Residência Terapêutica e cidade.....	117
5 A REPARAÇÃO DE DANOS, A PRECARIEDADE E A CONDIÇÃO DE RECONHECIMENTO: O ENFRENTAMENTO DE QUESTÕES SOCIAIS	131
5.1 O “PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA”: POSSIBILIDADES DO EXERCÍCIO DE MORAR	131
5.2 OS DIÁLOGOS COM A COMISSÃO DA VERDADE: LOUCURA EM TEMPOS DE DITADURA MILITAR E A “REPARAÇÃO DE DANOS”	135
5.3 OS “QUADROS DE GUERRA” NOS MANICÔMIOS E A CONDIÇÃO PRECÁRIA DE CORPOS QUE RETORNAM À CIDADE: DIÁLOGOS ENTRE BUTLER E SAÚDE MENTAL	142
6 EM BUSCA DE UM FINAL, MAS ACIMA DE TUDO UM CONTO PARA DONA CIDA: ENTRE FÓSFOROS, ISQUEIROS, RETRATOS E DOCUMENTOS	156
REFERÊNCIAS	165

INTRODUÇÃO

Primeiras impressões

A área de Saúde Mental foi meu ponto de partida na graduação. Talvez tenha descoberto que algumas retinas estavam fatigadas, mas o que importou foi que “no meio do caminho tinha uma pedra”²: o Hospital Psiquiátrico da Faculdade de Medicina de Uberlândia - HP/UFU, noroeste do estado de Minas Gerais. Quando iniciei minha graduação, em 2000, o local tinha um grande “jardim” que se comunicava com as ruas do bairro através de uma cerca de arame liso. Todos os dias eu, inevitavelmente, olhava para aqueles pacientes-moradores que tentavam conversar com alguns transeuntes pela cerca de arame. Digo alguns, porque nem todos os passantes lançavam o olhar para as pessoas que moravam dentro das cercas de arame, sem poder sair às ruas. Tomo assim as considerações de Merleau-Ponty (2006), em *O olho e o espírito* ao dizer que é

[...] preciso que, com meu corpo, despertem os *corpos associados*, os outros, que não são meus congêneres como diz a zoologia, mas que me assediam, que eu assedio, com quem eu assedio um só Ser atual, presente, como jamais animal assediou os de sua espécie, seu território ou seu meio. Nesta historicidade primordial, o pensamento alegre e improvisador da ciência aprenderá a insistir nas próprias coisas e em si mesmo, tornará a ser filosofia. (Merleau-Ponty, 2006, p. 86)

Ainda me lembro dos uniformes azuis ou da marcha titubeante marcada pelo estigma da “loucura”. Mais tarde, vim a saber que essa forma de caminhar poderia ser reflexo dos excessos de alguns medicamentos utilizados pela psiquiatria, que faziam parte da rotina – o temido choque elétrico podia dar lugar a outras formas de contenção tão violentas quanto ele. Aprendi que a imoderação no uso de medicamentos é causadora de um processo denominado impregnação medicamentosa. Poucos meses após esse caminhar diário, um muro alto foi construído no lugar da cerca. O segurança do local que disse que essa comunicação com a rua era, segundo a administração do hospital, bastante ruim; que alguns transeuntes forneciam alimentos, guloseimas, tesouras, navalhas aos pacientes-moradores. Teriam sido esses “presentes” o motor real para a construção do grande muro?

² “No Meio do Caminho”, poema de Carlos Drummond de Andrade, publicado em 1928, na *Revista de Antropofagia* e incluído na antologia *Alguma Poesia*, de 1930.

Fazendo um contraponto, remeto-me à fala exemplar do então coordenador do Departamento de Saúde Mental de Gorizia, Dr. Anacleto Realdon, presente no vídeo-documentário de Isabel Passos:

O sonho da derrubada física dos muros [o hospital é hoje circundado por cercas de arame] pertence um pouco à luta, à batalha, à época histórica, à época heróica da luta anti-institucional, quando efetivamente se tinha necessidade visível de derrubar os muros; atualmente, penso que o problema esteja bastante superado daquele ponto de vista, seja para o doente, seja no que respeita a opinião pública, mesmo porque não considero escandaloso, escandalosa, uma certa reutilização parcial dos muros do manicômio, não considero que esteja contaminado pelo resto dos dias. (Realdon, citado por Passos, 2009 p. 137)

A Reforma Psiquiátrica, que será abordada ao longo dessa pesquisa, tem como processo a desconstrução da forma de acompanhamento dos usuários do serviço de saúde mental em termos do que denominamos Atenção em Saúde Mental, desconstrução esta expressa na frase *derrubada dos muros dos manicômios*, para que os pacientes-moradores iniciem o resgate da cidadania perdida nos anos de internação. A referência do coordenador do Departamento de Saúde Mental defronta-se com uma máxima escrita em letras garrafais no antigo Hospital Psiquiátrico de Trieste³, que dizia: “A Liberdade é Terapêutica”.

Em um diálogo possível, o Hospital Psiquiátrico de Uberlândia me impressionava com a construção física de muros de concreto no lugar das cercas de arame capazes de promover um mínimo encontro entre os que habitavam o dentro e o fora daquela divisão, que eu já sabia ser mais profunda que a simples barreira. Um muro construído em Uberlândia, um ano antes da promulgação da Lei nº 10216/01, só me diria que a Reforma Psiquiátrica é uma luta diária, não finalizada com a criação de uma lei ou a substituição da nomenclatura por um termo menos estigmatizante.

É possível entender que a construção física desses muros – que dividem as pessoas que poderão habitar a cidade e as que estarão confinadas ao manicômio – contribuiu para a estruturação das marcas sociais que definem a vinculação com a sociedade, interdita para aqueles pacientes-moradores e determinada pela ideia de periculosidade a eles atribuída. Com a construção do muro - ou independente dela -, entrei no hospital, pela primeira vez, em 2001, como “cantor” de um grupo universitário que, aos sábados, tinha como projeto a convivência

³ Cidade vizinha onde Franco Basaglia foi coordenador do Departamento de Saúde Mental, após desempenhar o mesmo cargo em Gorizia.

com aqueles pacientes-moradores. Despretensiosamente, fazíamos um coro com músicas escolhidas pelos habitantes do “jardim” daquele Hospital. Ainda hoje me lembro de uma mulher, 40 anos internada, que se aproximou do coro, a postos para cantar conosco a mesma música. E da voz fraca surgiam os versos: “Oh jardineira, porque estás tão triste? Mas o que foi que te aconteceu?”⁴. O nome dela poderia ou não ser Camélia, a mesma que, após cair do galho, deu dois suspiros e depois morreu. Talvez a morte para a loucura seja diferente do nosso costumeiro sentido do termo, como considera Foucault em *A Ordem do Discurso* (2010): a segregação da loucura é realizada na proibição, na interdição ou aniquilação do discurso do louco; neste contexto, há uma rejeição do discurso da razão contra a loucura – o que não pode ser explicado racionalmente é separado, sem suspiros, morto.

Se o discurso do louco foi negado ao longo dos anos, se Camélia foi somente um nome que eu dei a ela, esse nome me bast(ou)a. É na história dessas Camélias que se ancorou o movimento de luta antimanicomial: pessoas que chegavam aos manicômios sem nomes, sem trazer do lado de fora sua história de vida. Não restam dúvidas de que as internações foram realizadas de inúmeras formas, mas a história dessa Camélia está em mim de forma visceral.

Incomodava-me não saber mais sobre ela, assim como me entristecia sua não resposta, quando eu perguntava um pouco sobre sua história. Ingenuamente, eu gostaria que ela me contasse sobre como era morar naquele lugar. Questionando, eu negava a ela o direito ao silêncio “escolhido” diante de tantas marcas manicomiais. Perguntando aos técnicos e auxiliares de enfermagem, eu obtinha construções de uma história que não me pareciam verdadeiras, ou que teriam sido criadas por eles. Lembro-me de algumas contadas a mim:

– *Ela matou a mãe, e está aqui porque as pessoas tem medo dela!*

– *Essa senhora não fala muito, nunca vi um filho vindo visitá-la. Ela deve ter aprontado muito antes de vir parar aqui.*

– *Ela é assim mesmo. Não adianta tentar conversar, ela só chega perto para comer. Até para os remédios a gente tem que ir atrás dela. Banho então, só quando damos.*

No prontuário, só havia evoluções iniciadas após uma transferência de um Sanatório Espírita para aquele Hospital Psiquiátrico, em meados dos anos 1990. O que aconteceu antes disso? Qual o nome de batismo de Camélia? Essas informações perderam-se no tempo ou na pouca importância dada à loucura. Camélia não existia; sem documentos de identificação, ela portava a marca de alguém depositado na estrutura manicomial. Morta em vida, ela

⁴ *A jardineira*, marchinha de carnaval dos compositores Benedito Lacerda e Humberto Porto. 1938.

caminhava pelo hospital. Esquecida ali! Como seria se a ficção nos aventurasse por tantas lacunas?

Camélia, a que podia ter sido carnavalesca!

Nascida em 22 de setembro de 1938, neta de escrava e de italiano, Camélia era filha de Maria, carioca que gostava das rodas de samba. Expulsa de casa e grávida de Camélia, Maria foi tentar a sorte em terras mineiras. Conheceu João e se casou. Nasceu Camélia e mais dois irmãos. Trabalhadores eram todos. Sambista, somente Maria. Camélia cresceu bonita. Gostava de escutar os sambas da mãe. Não quis se casar com os pretendentes. Aos 25 anos, saiu de casa e não mais voltou. “Caiu do galho”. Esqueceu a bolsa com os pertences. Um desses era certidão de nascimento. Maria parou de sambar. João seguiu a vida. Os irmãos de Camélia lembravam que ela não era muito normal. Ficava brava com frequência. Não aceitava pretendentes a namoro. Rezava a noite toda pedindo proteção contra os homens que queriam invadir a casa da família. De certo ela estava bem, pensavam os irmãos. Maria sentia saudades da filha. Lá no fundo, sem muito esclarecimento, sabia que Camélia precisava de ajuda.

Andando na estrada, Camélia conseguiu caronas. Dizia que estava indo encontrar ajuda. Queria enfrentar os homens que ameaçavam sua família. Rodou muitos quilômetros. Dormiu com alguns homens de maneira forçada. “Deu dois suspiros”. Chorou de medo. Escutou vozes. Lembrou-se de alguns sambas. Cantou o preferido de sua mãe. “Ó jardineira por que estás tão triste?”. Sentiu saudades. Não soube voltar. Precisava ir. Parou no sanatório. Pedia para sair. Precisava seguir. Saiu uma vez. Pensou que era para casa. Era outro hospital. Parou de falar... Morreu dentro do hospital, em 2006.

Reproximações com a loucura

Desse modo, as questões que norteiam esta investigação surgiram de incômodos que me invadiram e que me atravessam desde a graduação. Minha história remonta àquilo a que me proponho como psicólogo e, acima de tudo, como profissional de Saúde Mental, razão pela qual um quadro de experiências que se imbricam no atual interesse de pesquisa está sendo apresentado.

Entendendo que a construção de uma pesquisa está diretamente ligada ao modo como o pesquisador se insere no mundo, essas inquietações advindas das experiências vividas

ganharam “novo” sentido durante a realização da minha dissertação de mestrado, intitulada *As inter-relações na adolescência - a máquina incorporada e a virtualidade contemporânea*⁵. Naquele momento, com um estudo realizado com adolescentes frequentadores de *shopping centers*, interessava-me o aprisionamento dos homens como mercadoria⁶ na sociedade atual e os reguladores que permitiriam entender a lógica na qual eles estavam inseridos.

Nesse contexto, contrapondo a pesquisa de mestrado, voltei-me atualmente para pessoas em situação de vulnerabilidade social, que foram colocadas à parte no âmbito de um modelo de sociedade que se funda na relação produção-consumo. Refere-se à inserção no mercado de trabalho, acesso aos direitos fundamentais (saúde, alimentação, lazer, educação etc.) e consumo de bens, segundo as *escolhas* do indivíduo, dentro da noção de descartabilidade proposta por Bauman (1997) e Rolnik (1997); ou, ainda, à lógica do imediatismo, tal como proposta por Lipovetsky (2004), na qual encontramos um dos efeitos desse homem do presente, que exige mais resultados em curto prazo, que busca fazer mais no menor tempo possível, num incessante agir sem demora - ou seja, a corrida da competição faz priorizar o urgente à custa do importante, a ação imediata à custa da reflexão, o acessório à custa do essencial.

Na dissertação, algo se anunciou na descoberta de homens que adjetivam suas angústias consoantes a essas regras, a partir da concepção de “Psique do Real”, conforme definida por Herrmann (2015):

Analisar a psique do Real não é um passatempo para os momentos de ócio do analista, entretanto. É absolutamente vital para o futuro da humanidade, principalmente porque a psique é, em essência, inconsciente. Acontece que só aos poucos começamos a tatear essa área obscura e complicada do universo humano. Claro que não só a Psicanálise o faz. A Antropologia e a Filosofia, dentre muitas outras formas de conhecimento, também se interessam pelas raízes do sentido das coisas humanas. A Psicanálise tem seu quinhão, que pode ser grande, pois a psique do Real é muito estranha, exatamente como os homens. É da psique do Real que procede o desejo, a raiz da estranheza dos homens. (p.111)

Nessa linha dessa reflexão, o material obtido por essa pesquisa nos levou à idéia de um sujeito que se apresenta como uma “ilha de edição”. Como funcionaria essa ilha de edição?

⁵ A dissertação foi realizada no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais (IP-UFU), sob a orientação da professora Dra. Maria Lucia Castilho Romera.

⁶ O termo utilizado encontra respaldo em Bauman (1997), ao se referir à virtual impossibilidade de achar uma forma de expressão da identidade que tenha boa probabilidade de reconhecimento vitalício.

Por *ilha*, entendemos a solidão desse homem frente ao mundo; e por *edição*, a seleção e combinação de conteúdos escolhidos para serem apreciados pelo outro. Assim, adentramos em um conceito de ilha de edição como uma combinação de imagens escolhidas cuidadosamente pelo ser humano. Desse modo, em um mundo de diferentes, podemos então encontrar possibilidades de ilhas de edição diversas. Este ser humano “ilha de edição” é ou seria um ser humanoilhado pela edição da psique do Real, agregado à máquina ou degredado pelo pensamento (Roza Junior, 2009).

Em contrapartida, se temos um corpo construído para se relacionar com o outro, não podemos, pois, excluir os contextos do capitalismo e da mídia cultural como produtores deste corpo, bem como das características do homem na contemporaneidade. Nessa ilha de edição, quem não se enquadra no estilo contemporâneo de vida se mantém “segregado”. Dentro desse enquadramento, podíamos perceber a possibilidade de colocar a loucura - bem como algumas outras parcelas da sociedade - como vivendo em um modelo “segregado” das demais relações, mesmo quando ela retorna para a cidade. Essas questões serão tematizadas ao longo desta investigação, com a intenção de destacar a importância de se estar alerta para que esse aprisionamento da loucura nos muros manicomiais, não seja reproduzido quando do retorno de pessoas à cidade.

Pois, nas palavras de Hermann (2015),

A psique não é uma coisa que existe na cabeça do indivíduo nem na cabeça coletiva. Ela simplesmente não tem lugar material nem é uma coisa. Psique é o que produz sentido nas coisas humanas... a inflação, a guerra ou o nacionalismo são produzidos inteiramente por causas concretas, seu sentido é psíquico. Isso não o deve surpreender. O real humano, o lugar onde se produzem o homem individual, o homem coletivo, a sociedade e a cultura inteira, pode ser estudado de muitas maneiras (p. 110).

Nesse sentido, os modos pelos quais a sociedade se estrutura podem ser analisados por meio do repertório conceitual psicanalítico, na linha dos estudos fundamentais sobre a cultura inaugurados por Freud. Continua Herrmann (2015), reportando-se ao desejo, à realidade e à identidade:

A realidade é o produto de uma espécie de acordo entre os homens, que necessitam de algo comum para poder falar, entender-se, agir em conjunto. Falando e agindo, acabam por criar a realidade, o conjunto das representações do mundo. Realidade é representação (p. 112).

Ao entendermos que Realidade é representação, na loucura, o sujeito se depara com um estrato do Real que foi oculto pela rotina, interpretando esse estrato de forma apressada, sem sentido aparente, dando-se então o sentido delirante – próprio dos sujeitos na loucura. Ao passo que “a Psicanálise nasceu desse requisito da cultura contemporânea, que desejava ver reduzida, às regras da razão, uma ponta de absurdo que sobrava na realidade, encarnada na loucura” (Herrmann, 2015 p. 113).

Essas afirmações nos ajudam na compreensão dos incômodos atuais, quando da promulgação da Lei nº 10216/01, que se aventura na possibilidade de eliminar a condição hospitalocêntrica como designação do lugar de cuidados em saúde mental, propondo – dentro da alteração de todo o modelo de atenção em Saúde Mental - as “Residências Terapêuticas” como uma das alternativas para pessoas que, sem vinculação familiar.

Todos nós somos estranhos – mas não propriamente marcianos. Todos nós alimentamos sonhos de riqueza, induzidos pela sociedade em que vivemos – mas não nos cremos milionários, por isso. Todos nós estamos constantemente sendo perseguidos pela estrutura punitiva da dominação social – mas não necessariamente procurados pela polícia. Ao apresentar aos demais uma versão risível de certa verdade profunda, o delirante não tem a menor chance, pois o que mostra é a última coisa que seu vizinho quer ver – é o lado absurdo, louco, escondido na rotina. E ainda o faz de forma canhestra, dando razão a que o afastem ou a que o internem (Herrmann, 2015, p. 99).

Assim, dá-se a marcação do lugar de exclusão social com novas nuances dentro das políticas sociais e de saúde para o acompanhamento da loucura. Como veremos, as políticas públicas precisam ser compreendidas em suas preconizações, mas, acima de tudo, é preciso compreender como sua prática se estabelece. O termo atualmente utilizado, em decorrência da promulgação da Lei nº 10216/01, redireciona a forma de atendimento aos loucos, denominados “usuários do serviço de saúde mental”. A alteração da nomenclatura por um termo menos carregado de estigmas não garante, por si só, a mitigação da exclusão social inscrita nos corpos dessas pessoas. E é nessa prática que venho me enveredando desde minha graduação em Psicologia, nas minhas Minas Gerais.

A problematização do tema exclusão social não será diretamente encontrada nesta pesquisa. Para tanto, recomenda-se o trabalho de Lenoir (1974), Kowarick (1993), Schnapper (1996), Xiberas (1996), Sawaia (2001), dentre outros que vêm abordando o tema e as questões nele envolvidas. Como pano de fundo para o desenvolvimento de nossas questões de pesquisa, partimos do entendimento da exclusão como fenômeno social que tem sua origem no próprio funcionamento das sociedades modernas. Tomado em sua etimologia, o termo deriva do verbo excluir, tendo este o significado de “pôr de lado, afastar, separar; deixar de admitir; não conceder direito de inclusão; omitir; fazer com que perca a posse de; privar, despojar; mandar embora ou para fora; retirar, expulsar; retirar-se de; isentar(-se)” (Houaiss, 2001) – especificações que poderemos observar neste trabalho, em função das ocorrências que serão relatadas a respeito da implantação de uma Residência Terapêutica que será nosso foco de análise.

Wanderley (2001), no primeiro capítulo do livro *As artimanhas da exclusão* (Sawaia, 2001) - onde a autora retoma, em âmbito geral, o tema da exclusão social e suas causas –, concorda com Lenoir (1974), que destaca em sua reflexão o “rápido e desordenado processo de urbanização, a inadaptação e uniformização do sistema escolar, o desenraizamento causado pela mobilidade profissional, as desigualdades de renda e de acesso aos serviços, questões que se articulam com problemas sociais vividos ainda pelo Brasil” (Lenoir, 1974, p. 57 citado por Wanderley, 2001, p. 16). A autora acrescenta ainda que não se trata de um fenômeno marginal, referido unicamente à franja dos subproletários, mas de um processo em curso que atinge cada vez mais todas as camadas sociais. No entanto, é preciso compreender que, no recorte da Residência Terapêutica e no retorno dessas pessoas para a cidade, a exclusão social será tomada na perspectiva de Xiberras (1996), para quem os “excluídos são todos aqueles que são rejeitados de nossos mercados materiais ou simbólicos, de nossos valores” (p. 21).

A construção deste estudo

Escolhi um retrato de algumas nuances pertinentes ao campo da cultura manicomial, bem como relativas à exclusão social para algumas parcelas da sociedade, concernentes ao meu tema de pesquisa, que objetiva compreender qual é o papel ocupado pelas Residências Terapêuticas no campo da Saúde Mental. Assim, apresentarei, ao longo da exposição que se segue, alguns trechos de episódios vividos, cujas ressonâncias tornaram-se em mim imperantes ou viscerais e me conduziram a meus atuais interesses de pesquisa.

Após minha graduação, e do transcurso dessa atuação, descobri novos modos não somente de pensar a loucura, mas de atuar com populações muitas vezes vulneráveis socialmente. Foi assim que, do lugar de profissional de saúde mental, pude desenvolver experiências em oficinas terapêuticas, delicadamente vinculadas às minhas apreensões como graduando de psicologia, passando a trabalhar, posteriormente, como supervisor de Residências Terapêuticas na cidade de São Paulo. Antes de exercer essa função, dediquei um tempo ao trabalho com travestis profissionais do sexo, crianças e adolescentes vítimas de violências diversas e pessoas com deficiências intelectuais, que, muitas vezes, viviam confinadas em casa, sem a garantia do exercício de seus deveres e direitos de cidadania.

A presente investigação pretende se debruçar sobre a questão da condição da loucura em seu retorno à cidade, tomando o estudo das ocorrências da inserção de uma Residência Terapêutica num bairro da cidade de São Paulo como veículo para problematizar esse complexo processo de apropriação da cidade. Desse modo, a pesquisa se aloja no quadro da articulação entre os grandes temas relativos à cidade, à loucura e à reforma psiquiátrica, no sentido de obter subsídios para a discussão sobre a questão do reconhecimento como cidadãos de egressos de hospitais psiquiátricos. Em função desses objetivos, o trabalho se organiza da seguinte forma.

O capítulo 1 se reporta, inicialmente, a uma breve contextualização do lugar manicomial onde a loucura foi posta, como única possibilidade para ela, com o exercício da contenção, seja ela física ou medicamentosa, a partir do cenário das internações e dos manicômios. Em seguida, apresentamos a proposta de outros olhares para a loucura, provenientes das reformas psiquiátricas italiana e brasileira. Tais contextualizações são primordiais para que nos aproximemos da discussão a respeito das Residências Terapêuticas, que se inserem na trajetória histórica dos movimentos em defesa de um novo modelo de atenção em saúde mental para os egressos de hospitais psiquiátricos que, mesmo sem vinculação ou na ausência de familiares, não possam ter no hospital seu lugar de existência, sendo assim necessárias novas políticas públicas que contribuam para sua reinserção na cidade.

O objetivo do capítulo 2 é versar sobre as aproximações com a cidade de São Paulo contraposta a pessoas que, mesmo sem estar no hospital psiquiátrico, não tem garantida sua permanência na cidade. Desenvolvemos uma discussão sobre os lugares da cidade, fundamentais para que a loucura dela se reaproprie, já que se trata de uma cidade que a ela foi negada pelos longos anos de internação. Apresentamos a situação de Luiz, muitos anos preso

na própria casa e do caso de Severina, uma pessoa em situação de rua que dormia dentro de um quiosque para caixa eletrônico na Avenida Paulista. Esses fragmentos nos permitem compreender que a não internação hospitalar não é garantia de que a cidade seja mesmo um lugar possível para os loucos; ou para pessoas, de fato, não reconhecidas como sujeitos; ou mesmo para aqueles que vivem em condições precárias.

Percebidos os avanços do modelo de atenção em saúde mental atual, retomo a discussão acerca das pessoas que não teriam condições de morar com seus familiares ou mesmo sozinhas - seja pela ausência desses familiares ou por estes não terem condições para recebê-las, após anos de internação em hospitais psiquiátricos, seja porque estas pessoas não têm condições de morar sozinhas, nem mesmo em pensões na cidade. Dessa forma, o capítulo 3 questiona o que fazer com quem não conseguiu deixar os manicômios e esclarece a aposta nas Residências Terapêuticas, como lugar possível e fundamental para que essas pessoas possam retornar à cidade.

O capítulo 4 trata do encontro-incômodo com um processo jurídico sobre o “Direito de Vizinhança”, quando os vizinhos se mobilizaram para a retirada de uma Residência Terapêutica na cidade de São Paulo. Realizamos uma análise da petição inicial do referido processo, que constrói a ideia dessa residência como uma clínica clandestina para doentes mentais. Nesse capítulo, problematizamos a questão dos obstáculos presentes na implantação dos avanços em saúde mental, quando os problemas com a vizinhança surgem no sentido de expropriar tais moradores de sua nova casa - claro movimento de não reconhecimento da cidadania daqueles sujeitos como moradores da cidade, não mais confinados aos muros manicomialis.

O capítulo 5 é construído em função da necessidade de se efetuar uma discussão a respeito da questão da Reparação de Danos, necessária para esses moradores, diante de tantas violências cometidas pelo Estado ao longo do tempo em que permaneceram como moradores dos, não tão antigos, manicômios. Nessa discussão, foram utilizados os conceitos de “precariedade” e “condição de reconhecimento”, conforme definidos por Judith Butler (2015), para uma análise-provocação sobre a questão social que envolve essa reapropriação da cidade, que se trata de um processo muito lento e que jamais poderá ser finalizado apenas com a criação das Residências Terapêuticas. Por fim, as considerações ou palavras finais dessa pesquisa serão representadas com um “conto”, dedicado a uma das moradoras mais especiais que eu conheci, a mesma a quem dedico todo meu trabalho.

1 DA CULTURA MANICOMIAL AOS OUTROS MODOS DE OLHAR A LOUCURA: AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS E A LUTA PELO FIM DOS MANICÔMIOS

Os movimentos produzidos pelo trânsito da loucura vêm sendo estudados constantemente. Dessa forma, as intervenções em saúde mental perpassam elementos sociais, culturais, políticos, econômicos e psicológicos que se modificam ao longo do tempo. A incursão da loucura na história da humanidade não corresponde ao nascimento da psiquiatria, como percebido por Rauter (2000), ao afirmar que, desde que esta instituição de saber nasceu, passa por reformas, e que “[...] a adaptação pura e simples do doente mental ‘à sociedade’ é o horizonte da maioria dessas reformas pelas quais passou a psiquiatria” (p. 267).

Para que se possa compreender o surgimento, o desenvolvimento e a consolidação da psiquiatria como campo de saber provido de uma competência explicativa da loucura, faz-se necessário entender o movimento que a definiu como doença mental. Esse lugar que deixou de considerar o caminho errante de Camélia e a colocou dentro do hospital psiquiátrico. Não tenho a pretensão de recompor a trajetória histórica da consolidação da Psiquiatria como um tal campo, visto o recorte dessa investigação, mas a esse propósito temos os fundamentais trabalhos de autores como Foucault (2010a, 2010b), Pessotti (1994, 1996, 1999), Frayse-Pereira (2002) e Amarante (1995, 1995, 2003), que analisaram o processo de transformação do entendimento da loucura e do próprio louco na sociedade. A obra mais frequentemente utilizada como referência nesse assunto é a tese de doutoramento de Michel Foucault, publicada no Brasil com o título *História da Loucura na Idade Clássica* (2010b). Nela, o autor percorre as mudanças de significados pelas quais a loucura passou até adquirir o *status* de “doença mental”, necessitando de uma especialidade dentro da Medicina, bem como de um conjunto de normas, definições, conceitos e significados que irão compor a instituição psiquiátrica e a Psiquiatria.

Para a atual investigação, considerarei a Idade Moderna, compreendida entre os séculos XV e XVIII, período em que, para Amarante (2003), teremos, caracteristicamente, três fenômenos: a estruturação do Estado, a urbanização e a industrialização, e cujos efeitos, dentre outros, serão o aumento da pobreza e da mendicância, os quais se tornam um problema a ser enfrentado pelas cidades. Esse enfrentamento se deu com a criação e disseminação, por toda a Europa, de instituições que teriam como função o abrigo e recolhimento das pessoas que não conseguiam ou não queriam trabalhar.

Em consonância, a criação do Hospital Geral de Paris, em 1656, pode ser considerada um marco desse fenômeno, vivenciado durante o século XVII, e denominado por Foucault (2010b) como “Grande Internação”. Esse marco não se refere somente ao enclausuramento ou internação da loucura, mas à exclusão dos pobres em geral, uma ocultação da miséria diante das transformações da sociedade que se moldava na lógica capitalista de produção. Segundo Frayze-Pereira (2002), a preguiça e a ociosidade ocupavam o primeiro posto na hierarquia dos vícios, e o trabalho era considerado como moralmente obrigatório. Para Foucault, tal hospital servia como um mecanismo de controle do Estado sobre a população, “o que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho” (Foucault, 2010b, p. 64). A função do hospital seria prestar assistência àqueles que a sociedade não queria ou dos quais não podia cuidar. Cabe destacar que, durante a Idade Média, já havia medidas de repressão contra a pobreza, como afirmam Castel (1978) e o próprio Foucault (2010b). Até o final do século XVIII, a assistência aos loucos foi a mesma dispensada às outras pessoas que não se encontravam em condições de garantir o próprio sustento. Segundo Castel (2003), “assistir” corresponde ao conjunto de práticas que se inserem numa estrutura comum determinada pela existência de certas categorias de população carente e pela necessidade de atendê-las.

Em perspectiva semelhante, temos o caminho percorrido pela loucura quando da grande transformação em que a ciência adquire o *status* de fonte de verdade. A Revolução Francesa – seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade – designou aos homens o poder de agir sobre a realidade e transformá-la, e à ciência, o de construir o cientificamente comprovado. Conforme Amarante (2003), a ciência assumia, neste contexto, a palavra da verdade, da objetividade, da ordem e da moral. Construída pela Razão humana, ela seria a única possibilidade de se chegar à verdade das coisas e dos fatos.

Segundo Foucault (2010b), o que possibilitou a medicalização do hospital foi a introdução dos mecanismos disciplinares no interior de sua prática. Mesmo considerando que a disciplina fazia parte da história da humanidade há bastante tempo, os princípios fundamentais dela, enquanto tecnologia política, foram elaborados durante o século XVIII, como uma nova técnica de gestão e controle dos homens. Esse ordenamento disciplinar seria resultado de uma série de visitas realizadas aos hospitais da Europa no mesmo século. Essas visitas teriam demonstrado que tais estabelecimentos, como lugares de exclusão e concentração de doenças e mortes, ambientes insalubres e de desordem, deveriam passar pela higienização da medicina social. No que tange à loucura, tivemos uma importante participação de Philippe Pinel, com suas reflexões sobre o tema.

Para Pessotti (1996), Pinel realizou uma verdadeira revolução na teoria da loucura, por atribuir uma origem passional ou moral para a alienação mental e por redefinir totalmente as funções do manicômio, que passa a ser considerado um instrumento de cura. Na mesma perspectiva, Birman (1978) considera que Pinel empreendeu a primeira revolução psiquiátrica e Amarante (2003) conclui, a propósito da grande contribuição de Pinel para trazer a problemática da loucura para a medicina, atribuindo-lhe o sentido de doença, momento em que a loucura

[...] passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante. Se, por um lado, a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão. Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade (Amarante, 2003, p. 42).

A “tecnologia pineliana” – termo utilizado por Amarante (2003) – compreendia as seguintes estratégias de isolamento do mundo exterior: a constituição asilar e a constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade. Segundo este autor, Philippe Pinel acreditava que, para conhecer um objeto, seria necessário isolá-lo, para que desse modo fosse assistido sem sofrer interferências externas. Uma vez isolado, esse objeto seria observado, como pré-condição para o sucesso das outras etapas do método científico experimental, a descrição, a comparação e, finalmente, a classificação. O isolamento seria a maneira de separar e ordenar as categorias que se apresentam misturadas no “Grande Enclausuramento”. Pinel passou, então, a organizar uma nosografia das doenças, das alienações mentais:

Na medida em que as doenças iam sendo identificadas ou diagnosticadas, eram agrupadas - tanto no sentido institucional, isto é, fisicamente, em salas específicas, como, por exemplo, salas apenas com febris, outras com traumatizados, outras ainda com portadores de doenças de pele, e assim por diante -, quanto no sentido teórico, em nosografias, ou seja, em classificações (Amarante, 2003, p. 16).

Desse modo, afastando, separando e agrupando os diferentes tipos de alienação e delírio, comparando-os entre si, a partir de uma rigorosa e permanente observação dos enfermos, Pinel entende ser impossível:

[...] distribuir os loucos cuja loucura se pretende tratar como se distribui doentes comuns ou mulheres grávidas. Um hospital é, de certa forma, um instrumento que facilita a cura; porém existe uma grande diferença entre um hospital de febris feridos e um hospital de loucos curáveis; o primeiro oferece somente um meio de tratar com maiores ou menores vantagens, em função de ser mais ou menos bem distribuído, ao passo que o segundo, tem ele próprio, função de remédio (Pinel, n.d., citado por Amarante, 2003, p. 16).

O conjunto de estratégias voltadas para a reeducação da mente alienada proposto por Pinel é conhecido como “Tratamento Moral”. Este seria inicialmente realizado através do próprio regime disciplinar do asilo, mas também com a instituição do trabalho terapêutico. Dessa maneira, a tecnologia pineliana inaugurava um novo estatuto para a loucura: o louco tornava-se doente mental, necessitando, portanto, de cuidado e intervenção só disponíveis na estrutura asilar do “Tratamento Moral”. Como sintetiza Birman (1978):

A loucura torna-se verdade médica. Cria-se uma clínica das enfermidades mentais e uma concepção terapêutica: o louco, como qualquer doente, necessita de cuidados, de apoio e de remédios. Cria-se um corpo de conceitos, a teoria psiquiátrica, que instrumentalizariam esta prática clínica. O asilo é criado, aparecendo como figura histórica, tornando-se o lugar adequado para a realização desta cura (p. 02).

Internada em hospital específico, a loucura permaneceu até o fim do século XX, denominada doença mental, e a psiquiatria manteve seu lugar institucional de ciência que pode e deve tratá-la e curá-la.

No século XX, marcado pela Segunda Grande Guerra, temos uma crise na estabilidade econômica e na política mundial, sobretudo na Europa. Segundo Birman e Costa (1994), profundas fissuras na já fragilizada economia foram provocadas, tendo como um de seus efeitos, por exemplo, a morte de quarenta mil doentes mentais em asilos da França, em razão das más condições e da falta de alimentação. Essa crise reforçou o papel do Estado na assunção da saúde como sua obrigação. Se, antes, o Estado assegurava o direito à vida, agora deveria assegurar também o direito à saúde, passando a legislar sobre o cuidado oferecido aos doentes mentais:

Nesta nova conjuntura, não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho. As Comunidades Terapêuticas surgiam do impacto causado pelas novas condições de vida (Birman & Costa, 1994, pp. 46-57).

O responsável pela deterioração da vida dos pacientes, pela produção e manutenção da doença passa a ser o hospital psiquiátrico. Este sofrerá, assim, uma série de reformulações, desenvolvidas, sobretudo, a partir da década de 1940. Aqui temos o modo como o manicômio foi reformado ao longo dos anos, embora os muros se mantivessem como única possibilidade. Nesse sentido, Passos (2009) considera a manutenção da estrutura manicomial, como forma de segregação da loucura, impossível de ser pensada para além dos muros, quando considerado o modo reformista dos manicômios anteriores à reforma psiquiátrica na Itália. A literatura acerca do tema divide tais transformações em três grandes grupos: Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, que tinham como proposta abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico; Psicoterapia de Setor e Psiquiatria Comunitária, que assumiam a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento; Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana, que dirigiam os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e às suas práticas.

Todos esses modelos de reforma têm em comum o questionamento do caráter terapêutico do hospital psiquiátrico, partindo do pressuposto de que a internação não auxilia na recuperação dos internos. Entretanto, com exceção da antipsiquiatria e das experiências italianas, as reformas se limitaram a buscar um outro lugar para tratar os ditos loucos, sem, contudo, questionar ou criticar a própria concepção de doença mental, o saber psiquiátrico e a psiquiatria (Amarante, 2003).

Tanto o alcance quanto o sentido das referidas experiências reformadoras serão marcados pela peculiaridade dos países onde ocorreram e pelo seu contexto sócio-histórico e econômico. A partir disso, podemos inferir que as experiências iniciais influenciaram as que se seguiram, em uma espécie de aprimoramento desse processo de reforma psiquiátrica, numa constante reconstrução de possibilidades, embora a retirada do modelo hospitalocêntrico só tenha podido ser pensada a partir da experiência em Trieste – Itália.

O lugar do hospital psiquiátrico ainda se mantém, seja na lógica manicomial impregnada na cultura, seja nas constantes tentativas de se promover internações, ainda nos dias de hoje. O ir e vir de internações pode ser presenciado em muitos lugares, mesmo dentro de serviços substitutivos em saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sobre o qual falaremos mais adiante.

Em 2002, logo após a promulgação da lei brasileira sobre a atenção em saúde mental, encontrei, no mesmo hospital de Uberlândia, um moço, alto, forte, branco, que chamarei de Mauricio. O recorte que será mostrado, a seguir, diz respeito ao modo como a lógica manicomial estava impressa na família dele, e serve, também, para uma reflexão, por parte do leitor, sobre como, atualmente, ainda podemos encontrar famílias como a de Mauricio.

Inicialmente, minha frequência naquele hospital em Uberlândia não tinha caráter acadêmico, embora eu tivesse interesse, desde o encontro com Camélia, no grupo de música do qual participava. Penso que a intenção do olhar, lembrando o que nos apontou Marleau-Ponty (2006), é algo fundamental para quem é escolhido para trabalhar com questões pertinentes à saúde mental. Meu encontro com Camélia esteve marcado por minha curiosidade em relação a ela, assim como os encontros com Mauricio, quando já me encontrava na condição de estagiário de Psicologia, misturavam conhecimentos acerca de psicopatologia, interesses clínicos em Psicanálise e, antes de tudo, interesse no encontro com o ser humano que ali se apresentava.

Desse modo, como estagiário no serviço de psicologia médica, minhas idas ao setor de psiquiatria tinham o contorno da psicologia, auxiliado pela supervisão de estágio, que aos poucos, começou a fazer sentido ao quando entrei em contato com o movimento de luta antimanicomial.

Em uma tarde, chegando ao hospital, especificamente naquele grande saguão onde a loucura transitava, senti falta de um paciente, Maurício. Entre suas entradas e saídas da internação, ele andava sempre com uma lata de coca-cola nas mãos, recebida de sua mãe durante as visitas aos sábados. Utilizava a mesma lata durante a semana, recarregando-a com água, até que uma nova lhe fosse entregue.

Maurício não estava naquela tarde, e eu sabia que ele estava internado. Havia retornado há aproximadamente cinco dias, com o auxílio da ambulância, após discutir com seus vizinhos. Segundo sua mãe, a polícia foi chamada porque os vizinhos não conseguiam dormir com a cantoria dele, no meio da madrugada. Essa era a rotina desse jovem de aproximadamente trinta anos. De acordo com sua mãe, ela tentava mantê-lo em casa, porém, suas “crises” atrapalhavam a família. O pai de Maurício não suportava as reclamações dos

vizinhos. Queria um lugar para Mauricio morar, onde ele ficasse bem! A mãe de Mauricio era contra, suportava as brigas, cantorias, gritarias, mas o levava para a internação quando se sentia esgotada nos enfrentamentos intrafamiliares e também após as discussões com os vizinhos do condomínio onde moravam. Mudar-se de lá poderia ser pensado por ela, mas o pai de Mauricio não considerava essa hipótese. *E qual o lugar possível para a loucura?* Essa pergunta continua norteando minhas questões tantos anos após meu primeiro contato com a esquizofrenia⁷.

Naquela tarde, vi tão somente uma lata amassada jogada num canto qualquer. Perguntei sobre ele a alguns técnicos de enfermagem que, espantados, pareciam não entender minha simples pergunta. A atenção dada aos internos, nas alas-setores-enfermarias de psiquiatria, era pouca ou não parecia verdadeiramente cuidadosa. Fui procurar Mauricio e vi “algo” nu atirado ao chão, com a cabeça dentro de uma fronha de travesseiro. Ao retirá-la, encontrei alguém que não se parecia com ele. E, ao olhar fundo em seus olhos, consegui levantá-lo e conduzi-lo até o banheiro, com a intenção de tirar a terra empregnada na pele. Começamos uma conversa com sua lógica própria, aos poucos imersa em água, sabão, roupas, falas, encontros; tentativas que organizavam novamente meu velho conhecido. É assim que eu começava a pensar o contato com a loucura, um encontro de pessoas dispostas a se entregar numa aventura terapêutica. Posteriormente, essa aventura encontrou suporte na formulação da Teoria dos Campos, de Fabio Herrmann (2005), à qual se articula o conceito de clínica extensa. Pouco a pouco, surgiam outros lugares para a loucura, mesmo quando ela ainda estava confinada pelos muros da internação. Experiências no Brasil foram propostas e executadas, como veremos no trajeto da Luta Antimanicomial. Em Uberlândia, um desses exemplos se deu na construção do espaço de oficinas terapêuticas, na clínica de psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Naquele espaço, fora dos muros manicomiais, pessoas participavam de oficinas. Essas pessoas não eram internas num hospital, moravam com suas famílias, embora enfrentassem ainda as marcas manicomiais referidas pelo movimento de reforma psiquiátrica. Em 1987, professores desta universidade levavam alunos para desempenhar esse trabalho, que se tornou aposta, inspirados nas pesquisas que desenvolviam na universidade. Destaco aqui esse exemplo de oficinas terapêuticas, nesse espaço específico,

⁷ Nesse momento da escrita, minha memória espontânea se reencontra com a história de um louco na rua onde morei na minha infância. Um homem, apelidado de Ventania, vivia no bairro. Não tenho maiores informações sobre ele, mas uma cena se faz presente: ele correndo por toda a quadra, batendo em cada portão, como se fosse uma rajada de vento passando pela rua. E, de repente, sumia como o próprio vento quando vai soprar em outros lugares.

pois, quando da finalização dessas atividades, os pacientes passaram a frequentar uma outra clínica, privada, onde mais tarde eu vim a me tornar profissional: a Clínica Oficina.

No trânsito sobre a loucura, destaquei, no início dessa investigação, que, desde o seu nascimento, a Psiquiatria passou por reformas. A diferença no presente é que o horizonte desse lugar que, atualmente, os profissionais escolhem para o discurso, tem o interesse na desmontagem da simples adaptação da loucura à sociedade. Aqui, um ponto se desenha: como realizar essa desmontagem, considerando os demais habitantes da cidade e não somente os usuários, familiares e profissionais de saúde mental? Essa desmontagem não se faz de forma simples e, muitas vezes, considero que ainda estamos na incansável busca de adaptação social e não de reapropriação de um lugar negado à loucura ao longo dos anos. A pergunta que se faz é se o movimento de luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica funcionariam como uma força verticalizada, na imposição de uma nova forma de tratamento. De maneira alguma defendo a ideia de que os demais habitantes estejam certos nos entraves promovidos por eles a propósito da reforma psiquiátrica. Não obstante, parto do pressuposto da necessidade de compreendermos novos modos de cuidado para com os usuários do serviço de saúde mental, para que consigamos, de fato, a reforma psiquiátrica na cultura, visto que as leis foram promulgadas e os equipamentos em saúde mental foram alterados.

Dessa forma, o objetivo dessa investigação é traçar um caminho realizado entre o hospital e a cidade, passando pelo recorte dessa pesquisa: as residências terapêuticas e seu lugar na reforma psiquiátrica. Nesse contexto, a cultura manicomial já não consegue se sustentar, e surge a necessidade de se construir uma cultura antimanicomial, no âmbito da cidade, de modo que precisamos entender como se poderia proceder de forma a atingirmos nossos objetivos: uma sociedade sem manicômios.

Escolho um ponto de início, a Reforma Psiquiátrica italiana que será apresentada brevemente. Ela encontrará sua culminância com a promulgação da Lei nº 180/1978, que pode ser entendida como um marco no processo de desinstitucionalização dos usuários do serviço de saúde mental naquele país. Tal movimento foi inspirador para a Reforma Psiquiátrica brasileira e para a lei nº 10.216/2001, justificando, assim, sua retomada nesse texto. A lei brasileira pretende alterar a rede de Saúde Mental, construindo equipamentos substitutivos à internação psiquiátrica, garantindo que essas pessoas não permaneçam em internações de longa duração, como outrora era prática comum. Adiante, faz-se necessária a discussão sobre esses equipamentos e a escolha do Serviço Residencial Terapêutico como recorte específico desta investigação.

1.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ITÁLIA

A primeira lei relativa à reforma italiana, em 1968, segundo Passos (2009), não avançou além da mera intenção em criar alguns mecanismos menos rígidos para o tratamento da loucura, colocando-a como serviço sanitário e mantendo o hospital psiquiátrico. Assim, essa reforma não foi expressivamente relevante para o processo de desinstitucionalização, que começara em 1961. Nesse ano, Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Influenciado por David Cooper e Ronald Laing, introduziu a Comunidade Terapêutica. Destaco que, diferente de outros países, como França e Inglaterra, com uma organização em âmbito nacional para a reforma psiquiátrica, a Itália iniciou seu processo de forma bastante multifacetada, por ter começado como iniciativa de um único diretor de Hospital Psiquiátrico e em uma cidade isolada, ao norte do país. Temos, nesse sentido, “uma realidade psiquiátrica mais arcaica; uma tradição histórica de pluralismo, independência e autoafirmação cultural e política de cada região do país, que inviabilizavam uma política centralista nacional; mas, principalmente, a perspectiva radical das mudanças propostas”. (Passos, 2009, p. 127).

Segundo a mesma autora, Basaglia, em um movimento de prática alternativa ao modelo utilizado na Itália, acompanhado de uma coligação política com as forças sociais (estudantes e operários) em luta pela afirmação de direitos, promove o que mais tarde se denominaria Psiquiatria Democrática, que se insurgia contra o hospitalocentrismo das reformas ocorridas nos países europeus, que mantiveram intocados o poder e o saber psiquiátricos como instituição social. Para Basaglia (2006),

[...] quer se discutam os problemas do poder; quer se fale do conceito de autoridade; quer se recorra aos princípios democráticos sobre os quais se baseia a nova psiquiatria; quer se denomine a instituição como comunidade terapêutica; quer se defina como social o novo rumo psiquiátrico, só porque ele serve de instrumento de controle a favor do sistema, tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas (p. 158).

A Psiquiatria Democrática, em sua luta contra a permanência do manicômio e de qualquer forma clínica que pudesse camuflar uma realidade de exclusão e manicomialização, centrava sua ideia na recuperação da cidadania pelos doentes mentais. Destaco que essa forma de pensar, que sustentou o processo denominado “desinstitucionalização”, expandiu-se por todo o país, embora tenha encontrado pelo caminho vários pontos de resistência contra o

processo promovido por Basaglia. Segundo Passos (2009), já no início do processo, em Gorizia, reuniões com familiares, técnicos e pacientes se organizavam em torno de três eixos voltados para a análise da ligação entre a dependência da psiquiatria e a justiça e a ordem pública; a classe social das pessoas internadas em manicômios; e a não neutralidade da ciência – a autora afirma que esses três eixos ainda se fazem presentes nas discussões atuais. Nesse ínterim, Basaglia propõe, pela primeira vez, o fechamento do hospital e a construção de centros alternativos de atendimento aos pacientes internados.

Em 1968, a equipe de Gorizia solicitou à administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros de saúde na comunidade, visto que as pessoas só permaneciam no manicômio em função da ausência de condições econômicas e sociais para se estabelecerem fora dele. Diante das resistências impostas pelas forças políticas e administrativas, a equipe se demitiu em bloco, após fazer uma declaração de cura de todos os pacientes (Amarante, 2003, p. 70).

Assim, na década de 1960, Basaglia tomava frente na proposição de medidas que culminariam com o convite para que se transferisse para o Hospital Psiquiátrico de Trieste, em 1971, assumindo sua direção. Dentre os eventos relevantes nesse processo, destaca-se a aprovação de um regulamento para a instituição de “pensões” para anciões hospitalizados na psiquiatria e a criação da primeira Cooperativa de Trabalhadores Unidos - CLU (Passos, 2009). Em 1973, foi reconhecido o estatuto de hóspede para pessoas com alta hospitalar, mas que ainda precisavam ser assistidas e albergadas até sua reinserção social completa. Ademais, outro acontecimento relevante ocorreu quando, nesse mesmo ano, por documento formal, constituiu-se a Psiquiatria Democrática, em Bolonha, a partir de um grupo de profissionais saídos da cidade de Gorizia que havia, em grande parte, migrado para Trieste. Tais eventos culminaram no reconhecimento de Trieste como zona-piloto, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para a pesquisa em psiquiatria. Com o fechamento definitivo do Hospital Psiquiátrico local, no ano de 1977, e a abertura do conjunto hospitalar para ocupação por outras instituições, tais como universidades, escolas primárias, cooperativas, parques públicos etc., Trieste modificou sensivelmente o paradigma do tratamento dispensado à loucura. Em 13 de maio de 1978, o Parlamento italiano aprovou a Lei 180, marco fundamental para a Reforma Psiquiátrica italiana e instigadora da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nesse sentido, os trabalhos de Franco Basaglia se destacam no que diz respeito à necessidade de criar alternativas para os cuidados em Saúde Mental para além da existência

de uma instituição fechada, compreendendo esses lugares como “Instituições de violência”. Na crítica ao modelo de diagnóstico psiquiátrico, a violência do manicômio impera, tornando necessária a negação da instituição psiquiátrica como meio de atuar diante da questão socioeconômica, além daquelas de saúde:

Nossa ação só pode prosseguir no sentido de uma dimensão negativa que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer negar (Basaglia, 1985, p. 131).

Nesse sentido, para Merleau-Ponty (1999), as ações revolucionárias, como no caso da Reforma Psiquiátrica, precisam se relacionar com as ações e o engajamento dos atores envolvidos num processo de mudança das classes sociais, especialmente na maneira de nos situarmos no mundo e de coexistir com os outros – proposta que será melhor retomada posteriormente, na discussão acerca do lugar da Residência Terapêutica na cidade, no capítulo 4. A liberdade e a motivação para tanto se tornam indispensáveis para uma nova concepção que apague a distinção entre intelectual e operário, entre “normal” e “louco”.

O idealismo e o pensamento objetivo deixam igualmente escapar a tomada de consciência de classe, um porque deduz a existência efetiva da consciência, outro porque infere a consciência da existência de fato, ambos porque ignoram a relação de motivação (Merleau-Ponty, 1999, p. 600).

De acordo com o pensamento de Basaglia, precisamos atentar à lógica manicomial e ao quanto o manicômio vai sendo refeito pela cultura, que o mantém vivo no imaginário de um cuidado em saúde mental, ou ainda, como única possibilidade para pessoas que sofrem de transtornos mentais. Nesse sentido, temos o movimento de luta antimanicomial como imagem de luta contra os manicômios. No que concerne à Itália, os atores da reforma psiquiátrica questionavam toda uma estrutura manicomial incapaz de qualquer cuidado para com as pessoas que ali eram postas:

Dessa forma, a perda de identidade da instituição, simultânea à inutilização dos seus símbolos mais explícitos, resultava em perda de identidade de todos os que a instituição continha – tanto pacientes quanto operadores – sem que, nesse processo, pudessem estabilizar-se as novas

regras às quais se moldar, os códigos da ação concreta, a identidade positiva do novo transformador (Basaglia, 2005, p. 239).

Da Reforma Psiquiátrica iniciada na Europa, mais especificamente na Itália, surgiram novas formas de cuidado oferecidas aos usuários dos serviços de saúde mental, esta entendida como um encadeamento político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes procedências, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que a Reforma Psiquiátrica avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. Segundo Passos (2009), a reforma italiana, desde o início, considerou central a mudança da condição legal e civil do doente mental, sem a qual seria inviável a efetiva desconstrução da prática de internação. A autora continua, ponderando que, na Itália,

[...] a lei 180 será efetivamente integrada ao corpo da lei da reforma sanitária nacional, aprovada em seguida, no final do mesmo ano. Ao ser assim integrado na legislação sanitária, o caráter especial atribuído à doença mental perde o sentido, na interpretação da militância. Não mais se atribui a ela uma periculosidade particular. A necessidade do tratamento obrigatório em psiquiatria deve ser demonstrada pelo poder público administrativo, com direito a recurso pela parte interessada, como em qualquer outro caso, pois a lei geral garante o princípio de que todo tratamento sanitário deve ser voluntário. O segundo aspecto da nova lei é que ela regulamenta o tratamento obrigatório, e não a internação ou hospitalização compulsória. A tendência, na prática, é a realizá-lo em serviços territoriais, segundo os mesmos procedimentos éticos e técnicos do tratamento voluntário (Passos, 2009, p. 133).

Podemos perceber que a referida lei prevê a desativação dos hospitais psiquiátricos, mas não de forma imediata. O caminho progressivo, por meio da interdição da construção de novos hospitais, com sua substituição por serviços territoriais, possibilita uma transformação também no que chamaríamos de ideologia no tratamento da loucura, restituindo à pessoa com enfermidade mental seus direitos como cidadão. Exemplo disso pode ser dado pela medida italiana de garantia do direito de voto a essas pessoas. Uma característica fundamental da experiência naquele país foi sua construção e expansão a partir de uma desmontagem interna

da instituição. Nas palavras de Passos (2009), “a mudança deve ser antes de tudo cultural, isto é, das práticas cotidianas das pessoas” (p. 135).

1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A história da psiquiatria no Brasil, como percebido em outros lugares, no mundo, é a história de um asilamento no sentido da medicalização social. Nas palavras de Amarante (1994), esse encaminhamento foi oferecido “como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza” (p. 74). Assim como o percurso realizado em todos os países europeus, o Brasil organizou, em 1830, no Rio de Janeiro, um diagnóstico da situação do louco na cidade, que resultou na inauguração do Hospício Pedro II, em 1852. No mesmo ano, em São Paulo, temos a criação do Hospício de Alienados da Província de São Paulo, que se manteve até 1903, quando o prédio se tornou sede da Secretaria de Justiça. Continua o autor:

Quem são os loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sob o título de doença mental. (p. 75).

Com a proclamação da República, a psiquiatria no Brasil busca modernizar-se. Em 1890, o Hospício de Alienados desvincula-se da Santa Casa, ficando subordinado ao poder público. Seu nome é alterado para Hospital Nacional para Alienados; posteriormente é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. Em 1898, é fundada a Colônia de Juqueri, em São Paulo. Tais medidas podem ser entendidas como as primeiras manifestações, ainda que insipientes, da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com a implantação do modelo de colônia⁸ na assistência aos doentes

⁸ Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências européias que, por sua vez, são baseadas em prática natural de uma pequena aldeia belga, Geel, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa, patrocinada por Santa Dymfna, a padroeira dos insanos. A esse respeito, temos a dissertação de mestrado de

mentais. Em 1920, temos um aumento considerável do espaço asilar no país, juntamente com a reorganização dos asilos existentes em todo o território e a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional, a partir da promulgação da Lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.

Com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, a psiquiatria definitivamente se coloca como incumbência do Estado, “levando a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção” (Amarante, 1994, p. 78).

Nos anos 30, a psiquiatria parecia ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. Segundo o autor, nesse momento, as novas grandes descobertas para o tratamento do louco causam entusiasmo: choque insulínico, choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia. Com isso, a psiquiatria torna-se institucionalmente mais poderosa e o asilamento, única possibilidade de assistência ao doente mental. O furor farmacológico dos psiquiatras origina um uso indiscriminado de medicamentos em meados da década de 50. Podemos dimensionar aqui um mecanismo de repressão e violência, ou ainda, uma prática para tornar a internação mais tolerável e os doentes mais dóceis. A partir da Segunda Guerra Mundial, assim como o que ocorreu em países europeus, começam as tentativas de Reformas Psiquiátricas efetivas no Brasil, sendo que

[...] uma característica comum a todas estas experiências [...] é sua marginalidade. São experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo. Tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos, que suas memórias são de difícil, senão impossível resgate (Amarante, 1994, p. 79).

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse período, o Estado começa um processo de privatização do setor de psiquiatria, e a doença mental torna-se objeto de lucro, uma mercadoria. Um aumento enorme de vagas e internações em hospitais privados ganha lugar, principalmente nos grandes centros urbanos do país. As propostas que buscam alternativas contra a internação hospitalar sofrem enorme resistência dos empresários e suas representações no aparelho estatal, ou então são propostas que não rompem com a ideia de asilamento como alternativa, de fato, para o cuidado destinado aos doentes mentais.

Tal caminho começa a ser rompido não por enfrentamento das formas violentas com que se assistem os doentes mentais, mas porque percebe-se o modelo privatizante (ocupando todos os setores da medicina e não somente o sub-setor de saúde mental) como fraudulento, concentrador, ganancioso, além de participar no grande ônus da crise institucional e financeira do INPS, em meados dos anos 80.

Essa crise leva o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado, ao lado de medidas que visam reorganizar o setor público para ocupar uma parcela da assistência pública até então delegada aos serviços comprados. Assim, é implantado o processo de co-gestão entre os Ministérios de Saúde e da Previdência Social e é também criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), este último responsável pela elaboração de um plano de reorientação da assistência psiquiátrica, que fica conhecido como “Plano do CONASP”. No decorrer deste processo, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios mais importantes são inscritos na Constituição de 1988, ainda em vigor. (Amarante, 1994, p. 74).

A partir das discussões propostas com a Constituição Federal de 1988 que se desdobraram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis Federais nº 8.080/1990 e 8.142/1990, alicerçado nos princípios de substituição dos manicômios por Centros de Atenção Psicossocial, em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Destaque para um Projeto de Lei que surge em um momento em que o país passava por um processo de redemocratização, após 21 anos de ditadura militar. Nas transformações de um país, vítima de violências múltiplas que assolaram toda uma compreensão de direitos de cidadania, os loucos teriam novamente a oportunidade de sair da clausura e retomar sua cidade de direito.

Acredito que podemos legar a essa iniciativa um dos principais momentos da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo, para o estabelecimento das normas relativas a um novo paradigma de atenção em saúde mental. Mas como para a loucura o caminho sempre foi o das pedras, a história conta com algumas intercorrências explícitas, no que diz respeito às questões pertinentes ao manicômio, e outras tantas implícitas, como a lógica manicomial inscrita na cultura. Devemos assinalar aqui a relevância do Movimento dos Trabalhadores em

Saúde Mental, que se assume como movimento social em 1987. O lema estratégico “Por uma sociedade sem manicômios” remete a uma discussão ampla sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios, além de ser um das primeiras incursões no sentido de desinstitucionalização da loucura.

A partir do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, o movimento irá se autodesignar como Movimento Nacional de Luta Anti-manicomial. Segundo Amarante (2003), a expressão manicômio passou a ser estrategicamente utilizada pelo Movimento, com o sentido de acentuar seu caráter ambíguo e híbrido. O Congresso de Bauru estabeleceu, também, a organização do Dia Nacional de Luta Antimanicomial, a ser comemorado em 18 de maio. O trecho a seguir, extraído do *Manifesto de Bauru*, demonstra a aproximação do Movimento com o paradigma da desinstitucionalização italiana.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão da violência institucionalizada, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. *Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, saúde, justiça e melhores condições de vida* (II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, 1987).

Observando atentamente o final do trecho selecionado, evidencia-se a semelhança com a fala de Franco Basaglia em sua viagem ao Brasil, ao se referir à violência praticada contra a loucura e à exclusão social de forma geral. Vejamos, a guisa de comparação: no *Manifesto de Bauru*, “Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, saúde, justiça e melhores condições de vida”; na fala de Basaglia (1982), “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (p. 29).

Inspirados no Projeto de Lei de Paulo Delgado, os movimentos sociais, a partir de 1992, conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É deste período em diante que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção na Reforma Psiquiátrica, começa a ser definida para adentrarmos em uma estruturação possível dos serviços em Saúde Mental.

Pensar a ação de homens e mulheres na construção da história, na construção da realidade social, é pensar a ação política: pensar as relações de poder na sociedade. Imprimir direção aos processos sociais é pensar na ampliação de uma vontade, tornando-a coletiva. Pensar uma vontade que é ação transformadora significa pensar a relação de Poder não apenas como repressão, mas também como Ideologia. (Amarante & Giovanella, 1994, p. 137).

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental⁹, que passam a vigorar, no país, as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundando as experiências dos primeiros CAPS¹⁰, NAPS¹¹ e Hospitais-Dia, assim como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

A Conferência de Caracas criou uma espécie de consenso entre os governantes latino-americanos em torno de uma nova plataforma psiquiátrica. Os participantes da Conferência partiram do princípio de que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva, e que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, dificulta a consecução de tais objetivos. Assim, declaram:

- 1) Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde nos moldes dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e suas redes sociais;
- 2) Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

⁹ A I Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 1987, no Rio de Janeiro.

¹⁰ O primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi construído na cidade de São Paulo, em 1987.

¹¹ Núcleo de Atenção Psicossocial, que foi unificado com o CAPS, na atualidade.

- 3) Que recursos, cuidado e tratamento devem salvaguardar a dignidade pessoal, os direitos humanos e civis, estando baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, além de propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário;
- 4) Que as legislações dos países devem adequar-se para assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes e promover a organização de serviços que garantam o seu cumprimento;
- 5) Que a capacitação de recursos humanos deve ser realizada apontando para um modelo comunitário;
- 6) Que as Organizações, associações e demais participantes da Conferência se comprometam a assegurar e desenvolver programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam com a promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais.

Assim, conclamam Ministérios da Saúde e Justiça, Paramentos, Seguridade Social, prestadores de serviço, organizações profissionais, associações de usuários, universidades, entre outros, a apoiar a reestruturação da atenção psiquiátrica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 1990).

Somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, muita luta, algumas manifestações nas ruas e três grandes encontros nacionais entre trabalhadores, familiares e pacientes, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Com ela, vem a certeza de que os dispositivos legais apenas esgotam a contínua necessidade de discussões acerca da Saúde Mental.

A aprovação, no entanto, foi de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes em relação ao primeiro texto. Assim, a Lei Federal nº 10.216 redireciona a assistência em Saúde Mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituindo mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Dessa forma, podemos entender que a solicitação de desmontagem dos hospitais psiquiátricos só existe na regulação do tempo de internação, brecha complexa quando analisamos alguns possíveis maus usos dessas internações. Ainda assim, a promulgação da Lei dá novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no seu contexto, e junto com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de Saúde Mental do governo federal, alinhada às Diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar, ganhando maior sustentação e visibilidade.

O texto aprovado foi organizado em treze artigos, e sua ementa “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial”

(Brasil, 2001). Os dois primeiros artigos tratam dos direitos da “pessoa acometida de transtorno mental”, entre eles o de ser tratada “preferencialmente” em serviços comunitários. O art. 3º responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento da política de Saúde Mental, em suas incumbências assistenciais e de promoção de ações em saúde. Nesse sentido, cabe ao Estado a construção de políticas públicas em acordo com as preconizações dos artigos. Vale ressaltar – aspecto que será melhor exposto posteriormente – o quanto essas pessoas, antes confinadas atrás dos muros manicomiais pelo próprio Estado, permanecem sob sua tutela no sentido da garantia de criação de políticas públicas que as mantenha em ambiente extra-hospitalar. Não é raro, de outra parte, encontrarmos pessoas que foram e se mantiveram internadas por longos períodos, mesmo após a promulgação da referida Lei, como será observado ao discutirmos o censo psicossocial (2014). Do art. 4º ao 10º, a Lei trata da internação e regulamenta a internação involuntária, considerando a necessidade de que sejam realizadas internações de crise, não podendo essas exceder o tempo da crise, para que não se configure a condição hospitalocêntrica como tratamento maior que os serviços substitutivos. É importante destacar que, muitas vezes, o Estado não considera de fato as preconizações da Lei diante das políticas públicas fundamentais. Exemplo disso, é o mutirão para internações compulsórias, realizado na cidade de São Paulo, para usuários da cracolândia, em janeiro de 2013.

O art. 11 trata da necessidade do consentimento do paciente para a realização de pesquisas e o 12 discorre sobre a necessidade do Conselho de Saúde acompanhar a execução da Lei, fato fundamental para que seja garantida a esse usuário sua cidadania, assim como para todos os demais cidadãos na sociedade; por fim, o art. 13 determina que a Lei entre em vigor a partir da data de sua publicação.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Nesses termos, podemos chegar a estratégias para a garantia de que essas ações pudessem e possam ainda existir, sempre considerando a necessidade de manter o debate sobre o tema.

O conceito de estratégia, no planejamento em Saúde Mental, pondera o caráter de flexibilidade nas ações e expõe sua oposição ao conceito de modelo inspirado nas ciências positivas (Amarante & Giovanella, 1994). No planejamento das ações em Saúde Mental, é preciso considerar, assim, todo um discurso presente na instituição psiquiátrica, um conceito novo para a interdição do formato de internações anterior e a invenção de novas tecnologias de cuidado que não reafirmem aquela lógica hospitalocêntrica.

Isso porque, ao se propor um planejamento de ações e políticas de saúde mental, é preciso considerar com que saberes e técnicas, com que serviços, ou com que técnicos, as ações de saúde vão operar no território, para ouvir histórias, entender sofrimentos; mais que isso é necessário saber como serão organizadas e oferecidas as atividades que se querem terapêuticas. (Amarante & Giovanella, 1994, p. 139).

A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimentou uma importante expansão, passando a alcançar regiões com grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em Saúde Mental era praticamente inexistente. Nessa mesma época, o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos é impulsionado com a criação do Programa “De Volta para Casa” – que será discutido mais adiante, de modo mais detalhado, no capítulo no qual abordamos o reconhecimento desses usuários como cidadãos e a necessidade de reparação dos danos a eles causados. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica começa a ser, de fato, realizada concomitantemente ao I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, ocorrido em 2004, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

Se o *isolamento*, princípio constituinte da psiquiatria, do asilo e da terapêutica moral, funda-se na ideia de durabilidade da alienação, assim como na relação causa-efeito entre processo civilizatório e processo patológico, torna flagrante, por outro aspecto, a função social desta terapia que precisa excluir aquilo que se pretende incluir. Profunda contradição esta que marca a história da psiquiatria e a de grande parcela da humanidade que não teve um outro destino que não os manicômios! [...] O isolamento, mais que terapêutico, é na verdade a primeira medida de psiquiatria preventiva: isolar quer dizer precaver a sociedade dos males que os alienados lhe podem causar. (Amarante, & Giovanella, 1994, p. 140).

Este processo se caracteriza por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, com o intuito de efetivar a possível transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário. Após esse Congresso, dois movimentos simultâneos se configuram: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal.

Na concepção de Rottelli (1990), existe um mal obscuro na psiquiatria, em relação ao qual é preciso cautela. Ao separarmos doença mental e doente, realizamos um tratamento segmentado, enfocando a terapia sobre um objeto fictício (doença), desconsiderando a existência global dos pacientes e do corpo social. Assim, “o objeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não por acaso tiveram que usar de violência para consegui-lo.)” (Rottelli, 1990, p. 91).

Deixamos de entender o aparato manicomial como simplesmente a existência do Hospital Psiquiátrico, embora seja expressiva sua participação no isolamento, que se define como “o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte formadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais.” (Amarante & Giovanella, 1994, p. 141).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha novo fôlego, em 2002, com uma série de normatizações do Ministério da Saúde que instituem mecanismos com interesses claros na redução de leitos psiquiátricos tendo como ponto de partida os grandes hospitais. No entanto, para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos Estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo – federal, estadual e municipal.

Desconstruindo o paradigma clássico, isto é, colocando a doença mental entre parênteses e desinstitucionalizando o conjunto de aparatos construídos em torno do objeto doença, podemos substituir o processo de cura pelos de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos. Assim é que a atividade terapêutica passa a dar-se com a utilização dos recursos como elementos capazes de estimular e recolocar em movimento trocas sociais, de recolher e valorizar, através de seu deslocamento e, paradoxalmente, de sua desinstitucionalização, os sintomas, os símbolos e os múltiplos sentidos do paciente (Amarante & Giovanella, 1994, p. 144).

Se o hospital não mais terá força para o tratamento desse paciente, que agora será denominado “usuário do serviço de Saúde Mental”, *como promover sua reinserção numa sociedade atravessada por processos de exclusão social?* E mais: se o hospital psiquiátrico não é lugar para habitação, como garantir o habitar?

1.3 O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E A TROCA DOS UNIFORMES

É importante, nesse momento, retomar o manicômio, e com ele exemplos de como esse modo hospitalocêntrico vai perdendo seu sentido na impossibilidade de oferecer tratamento e na falta de condição para os pacientes ali internados/confinados. O uso da medicação para contenção e o não seguimento do fluxo extra-hospitalar imperam. Em um desses exemplos temos o uso do uniforme. A própria ideia de escolher suas próprias roupas fora extirpadas dessas pessoas. Simbolicamente, o uniforme e seu uso ganham o sentido da negação da individualidade, da possibilidade de se existir ou expressam a necessidade de ser reconhecido somente a partir daquele contexto. Segundo Costa (2008), “a mesmice dos uniformes encontrava eco no discurso, na atitude de cada sujeito, que, na verdade, quase deixava de sê-lo: vestia e interpretava a roupagem burocrática de sua ocupação, precisava se tornar objeto. Ficava, de fato, invisível”. (p. 228). O autor acrescenta que somente a parceria e a amizade podem fazer com os que usam aquele uniforme – a investigação do autor se referia ao uso de uniforme de gari e à humilhação social – se reconhecessem como pessoas diferentes, embora para os que não o utilizavam, fossem reconhecidos como uma massa uniforme. Nesse contexto, podemos aproximar do uso de uniformes do contexto manicomial, onde poucos reconhecem a subjetividades dos uniformizados e até mesmo o nome de cada um deles, considerando-os tal qual uma massa. Essa questão retorna quando da retirada desses moradores do hospital psiquiátrico pela equipe de desinstitucionalização, e sua mudança para uma residência terapêutica, trabalho que precisa não somente considerar a saída deles do manicômio, mas o reconhecimento das amizades ali estabelecidas nos longos anos de internação e o desejo de ir morar em uma casa com seus amigos, assunto que será retomado ao fim dessa investigação.

Ainda no contexto mineiro, em 2004, integrando um grupo teatral, voltei ao mesmo hospital psiquiátrico para fazer teatro ou simplesmente dançar. Na época, a equipe técnica do

hospital nos convidou para que a troca de uniformes para as roupas comuns pudesse trazer a reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica e um novo modelo em processo de construção.

*

A tarde de sábado era o dia possível de visita dos familiares. Não há dúvida de que eram poucos os familiares que frequentavam o hospital. Essa pouca quantidade se deve à existência de pacientes-moradores sem família, ou sem documentos e ainda por aqueles que foram esquecidos atrás daqueles muros. Os poucos familiares presentes se juntavam no pátio. A entrada do hospital psiquiátrico era feita pela lateral do Hospital das Clínicas, embora os profissionais tivessem um acesso pela parte interna do hospital geral, mais próximo do setor de limpeza. A entrada lateral, com uma recepção por onde passavam os familiares, também era a entrada da ambulância com pacientes em “crise”. Após passar pela primeira porta, onde se encontrava a recepção, os familiares seguiam por um corredor longo, com uma grade ao final. Passada a grade, uma rampa abria caminho para a internação e o refeitório no andar superior e outra levava ao piso inferior, onde outra grade separava as salas de atendimento e a porta de acesso ao pátio. Ultrapassadas essas grades, feito possível somente com a autorização dos funcionários, os pacientes podiam permanecer naquele espaço, onde havia um gramado descuidado, bancos e mesas de concreto. Se antes a cerca separava aquele espaço da rua arborizada, o imenso muro de concreto impedia a vista das árvores.

Naquele sábado, o grupo de teatro seguiu o mesmo caminho, passando por grades e rampas. Envoltos em um imenso tecido preto, adentramos aquele pátio. Dançamos com os pacientes-moradores, com os técnicos, com os poucos familiares, uma simples música: “Agora vou mudar minha conduta/ Eu vou pra luta pois eu quero me aprumar/ Vou tratar você com a força bruta pra poder me reabilitar”¹². Naquela tarde, representamos a troca dos velhos uniformes azuis (seguindo as preconizações da Lei nº 10.216/01). A partir daquele momento, os pacientes-moradores usariam roupas comuns, ou pelo menos aqueles que tinham familiares que lhes levassem as peças.

¹² Trecho da música “Com que roupa?” (1929), do compositor Noel Rosa.

2 OS LUGARES NA CIDADE

2.1 AS OFICINAS ITINERANTES: A RUA COMO ESPAÇO POSSÍVEL

Em 2005, recém-formado e em busca de emprego, fui participar de um grupo de Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental, em uma clínica privada, chamada Oficina. Com o fechamento, em 2003, como mencionado anteriormente, de uma área do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, que então desenvolvia essas oficinas terapêuticas numa parceria professores-estagiários, criou-se a demanda para a construção daquela clínica. Aqueles pacientes não moravam em manicômios, alguns pertenciam a uma classe social mais favorecida, outros tinham familiares que eram contra o manicômio. Todos moravam em suas casas e frequentavam o grupo de oficinas já com a perspectiva de um tratamento extra-hospitalar. Na época do fechamento, percebeu-se que alguns pacientes e familiares tinham interesse em continuar as oficinas em outro espaço, que poderia ser privado, dadas as boas condições financeiras.

Assim, em uma casa no centro da cidade de Uberlândia, um grupo de psicólogos oferecia, além de atendimento clínico nas salas para este fim, oficinas de teatro e dança no quintal, atividades estas menos frequentes nos hospitais psiquiátricos, e ainda algumas práticas mais usuais, tais como culinária e artesanato. Acima de tudo, o grupo oferecia muita prosa aos frequentadores de tais oficinas. A Clínica Oficina funcionou entre os anos de 2003 e 2006. E eu, contratado em 2005, portanto com pouco menos de um ano nesse trabalho, vi a Clínica Oficina fechar suas portas. *E os pacientes-usuários, ficariam novamente sem um lugar? Para onde iriam?* Foi assim que nos reunimos com seus familiares e explicamos que alugaríamos um novo espaço para as nossas oficinas. Sem a intenção de férias coletivas, resolvemos realizar as oficinas em espaços diversos, até encontrarmos um imóvel¹³:

No quintal contamos com a participação dos usuários e dos recursos disponíveis: mesas, cadeiras, árvores, plantas. Esse era nosso *setting* terapêutico, um espaço para troca de experiências, para as possibilidades de mudanças. A questão era: sempre habitávamos o mesmo espaço, o mesmo quintal, e os mesmos recursos. As oficinas eram de culinária, de artes plásticas, de teatro e dança, de contação de histórias e tínhamos produções de peças

¹³ Alguns textos foram produzidos sobre esse movimento de busca de um novo espaço. Serão destacados trechos referentes ao trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Psicologia Social (ABRAPSO), no Rio de Janeiro, em 2007, intitulado: “Oficinas Terapêuticas x Espaços Públicos: o social como alicerce para o atendimento de usuários do serviço de saúde mental”. (Roza Junior, Schwartz, & Nascimento, 2007)

teatrais que eram apresentadas aos familiares dos usuários. Mas ainda havia uma inquietação: o quintal precisa se manter? Percebemos que a oficina no quintal trazia o reforço de uma exclusão, de um embotamento e, acima de tudo, de que o território da loucura estaria destinado àquele pequeno lugar (Roza Junior, Schwartz, & Nascimento, 2007).

Em janeiro de 2007, procuramos incessantemente uma nova área para as oficinas. A cada dia, escolhíamos um lugar de encontro para começarmos as atividades. Foi assim que andamos pelo *shopping*, praças, parques e ruas da cidade. A esse modo fazer oficina demos o nome de “Oficinas Itinerantes”¹⁴: três psicólogos em busca de um lugar físico, mas, acima de tudo, em busca de uma nova clínica para Saúde Mental:

As oficinas itinerantes requerem a criação de percursos e caminhos e têm uma única regra: as pessoas que delas participam se não forem, precisam se tornar pessoas itinerantes. Assim, vemo-nos diante da necessidade de pensarmos numa clínica a ser construída a cada momento, num percurso a ser traçado em direção ao encontro e à afirmação de existências singulares, as quais se encontram em movimento (Roza Junior et al., 2007).

E, ao encontrarmos um espaço, mesmo após tomarmos gosto pelas ruas e delas nunca mais sairmos,

Não sabemos se foi o quintal que ficou pequeno ou se fomos nós que ficamos grandes para o quintal, mas é fato que nos transferimos para uma sala no 2º andar de um condomínio comercial no centro da cidade, num prédio com três elevadores, vitrines, 12 andares, 8 salas por andar, pelo menos 300 pessoas circulando a cada dia. Certa vez um colega de prédio nos disse: “nós trabalhamos no *World Trade Center* uberlandense”, mas com a vantagem de que os aviões são apenas vistos de longe, cruzando o céu, atravessando a nossa paisagem, a nossa vista. E se aviões nunca caíram lá, outras formas de ruptura na rotina acontecem: temos advogados conversando com dentistas, psicólogos interagindo com médicos, donos de lanchonetes atendendo todos os transeuntes. E como não poderia deixar de ser, usuários de saúde mental interagindo com quem queiram, seguindo seus próprios critérios de seleção (Roza Junior et al., 2007).

¹⁴ O termo foi estudado na dissertação de mestrado de Aline Schwartz intitulada *Oficinas Itinerantes: uma ideia, um obstáculo, um movimento constituinte de subjetividades* (2011), defendida no Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade federal de Uberlândia (IP-UFU).

Nesse sentido, o movimento de Luta Antimanicomial, no qual referenciamos nossa trajetória profissional, fundamenta-se em um processo de transformação dos Serviços Psiquiátricos, inspirado em uma série de eventos políticos nacionais e internacionais, entre eles o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental realizado em Bauru, em 1987. No Brasil, esse movimento se relaciona à Reforma Sanitária Brasileira, resultando na criação do Sistema Unico de Saúde (SUS); está ligado ainda à experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria, desenvolvida em Gorizia e em Trieste, na Itália dos anos 1960. Esse processo será abordado em capítulo específico dada a sua relevância para a discussão aqui proposta. Entretanto, como podemos observar no decorrer dessa pesquisa, em função das leis formuladas, como a Lei nº 10216/01, e a posterior necessidade de políticas públicas que as materializasse, torna-se necessário um investimento na construção de outra sensibilidade no que diz respeito aos trabalhadores em Saúde Mental formados há muitos anos, pouco sensíveis às propostas da Reforma Psiquiátrica, em seu fazer diário.

Muros de concreto, depósitos-manicômios, “nau dos loucos”, que outro termo cabe à segregação que aparta a loucura senão ainda este da exclusão social? Vale lembrar que as internações estendiam-se não somente a pessoas que enfrentavam uma doença mental, mas parcelas da sociedade que, segundo critérios arbitrários, foram retiradas da cidade, como deficientes intelectuais, físicos, mães solteiras, homossexuais etc., e encaminhados para os manicômios, como revelou a jornalista Daniela Arbex (2013) no livro *Holocausto Brasileiro*.

Se as oficinas itinerantes, em Uberlândia, garantiam a convivência com advogados, médicos e funcionários daquele prédio no centro da cidade, nosso caminho ainda era incipiente. Não obstante o trabalho realizado com as oficinas, minha inquietação com a loucura tomada na sua articulação com o conceito da exclusão social permaneceu existindo, e retorna, agora, trazendo questões que concernem à contemporaneidade¹⁵ como pano de fundo da presente investigação. Nessa perspectiva, a mudança para São Paulo e os momentos anteriores a ela apresentam-se como um retorno ao modo de compreender a loucura, alimentando as indagações acerca do lugar que ela deveria ocupar na cidade.

Segue o encontro com uma mulher a quem dei o nome de Severina, claramente escolhido em referência ao livro de João Cabral de Melo Neto e seus retirantes em busca de um lugar para viver.

¹⁵ Tais questões foram discutidas em minha dissertação de mestrado (Roza Junior, 2009).

2.2 UM A-CASO PARA SEVERINA SEM SANTOS: INVISÍVEIS, CASO NÃO ATRAPALHE; PRESOS, SE ASSIM O ESTADO QUISER

- *O meu nome é Severino,
 nao tenho outro de pia.
 Como há muitos Severinos,
 que é santo de romaria,
 deram então de me chamar
 Severino de Maria;
 como há muitos Severinos de Maria,
 fiquei sendo o da Maria
 do finado Zacarias.
 [...]
 Mas, para que me conheçam
 melhor Vossas Senhorias
 e melhor possam seguir
 a historia da minha vida,
 passo a ser o Severino
 que em vossa presença emigra.¹⁶*

Em 2009, em uma visita à cidade de São Paulo, após a defesa da minha dissertação de meu mestrado, vivi uma experiência que considero fundamental para a discussão sobre como algumas parcelas da sociedade que permanecem segregadas também do lado de fora dos muros manicomialis. Para além simplesmente do hospital psiquiátrico, e retomando sua historicidade como depositário de pessoas que parecem não poder viver na cidade, encontrar Severina, uma mulher em situação de rua, traz a discussão também para as questões pertinentes ao modo de vida no contemporâneo, no qual a alteridade parece estar incessantemente ameaçada. O texto a seguir, escrito no estilo de uma crônica, pode configurar um espaço oportuno para essa discussão. Não conversei com Severina, como também não consegui saber das memórias de Camélia. Mas da ficção surgiu um encontro, que

¹⁶ Excerto extraído do livro *Morte e Vida Severina*, de João Cabral de Melo Neto (2007). A escolha do nome Severina, como será observada a seguir, pode ser pensada sob a ótica dos migrantes nordestinos na cidade de São Paulo: retirantes, como a personagem do romance, que parte do litoral fugindo da seca no sertão.

propositalmente tem mais da cidade capitalista, soterrada pela rotina, do que da *minha* personagem principal. Assim, ao percorrer o texto, o leitor irá se deparar com dois pontos fundamentais: a introdução de questões pertinentes à cidade, que serão avançadas posteriormente, e o encontro com Severina. O leitor notará ainda que, propositalmente, a cidade e suas questões ocupam mais espaço, um espaço maior que o encontro com Severina. Mas é assim que podemos perceber a sua invisibilidade na cidade, a mesma invisibilidade que muitas parcelas da sociedade experimentam, bem como o conseqüente não reconhecimento de sua cidadania.

Em uma cidade que não para, muitos acordaram às quatro horas da manhã, ou da madrugada, como diriam outros habitantes. Alguns conseguiram acordar às cinco horas, alguns, seis, outros, às sete horas da manhã. O que une cada morador dessa cidade é que quase todos precisam trabalhar. Digo quase porque sabemos dos tempos difíceis em que o desemprego está sempre rondando, presente. Também poderia dizer quase, pensando nas pessoas que alguns julgam incapazes ou preguiçosas para o trabalho. Acordar cedo, tomar café da manhã e ir para o trabalho. Cafés da manhã existem em possibilidades múltiplas, do café puro tomado em casa, aos cafés encontrados pelas ruas dessa cidade. O tempo gasto nessa empreitada pode ser variado também, e os preços podem surpreender. Alguns custam três reais, já outros chegam a custar algo próximo de 40 reais, com direito a pães e queijos variados. Há aqueles que custam mais de 70 reais, e os adeptos do *champagne* matinal podem se deliciar. Estamos em um mundo de constante produção e, como rezam nossos ditames, constante consumo, de acordo com as possibilidades ou aparências de cada morador. Produzir no mundo significa estar sempre a postos para o trabalho, para os ganhos mensais, e prontos para o consumo. Um mundo sempre a postos, sem futuro distante e com um grande presente vivido como o último dia de vida.

É manhã fria, com um céu cinza costumeiro. E cá estou em plena avenida às dez da manhã de uma sexta-feira rotineira. Eu sou um viajante, que passeia sem precisar correr, mas que corre tão somente pelo ritmo imposto. Ao andar, vejo ternos, gravatas, paletós, saltos altos, vestidos e saias. As mais variadas possibilidades em uma avenida onde passam milhares de pessoas e milhares de carros durante todo o dia. É isso que vejo, quando então me dou conta da enorme quantidade de celulares, ouvidos, revistas e aparelhos de mp3 que, igualmente, caminham por essa mesma avenida. Se eu pudesse escutar o que cada um está pensando, o que mais poderia ser percebido? Talvez, o fato de que não temos tempo a perder, seguimos rumo aos ofícios, qualquer que sejam eles, mesmo quando eles nem existem. E

assim, fazemos de conta que nosso tempo também é curto, participando da mesma lógica dos demais e nos tornando habitantes do mesmo mundo. Uma parada rápida, um pedido em um *fast food*, um almoço que acontece em menos de dez minutos. Parece que chegar até as horas fica quase impensável, quando temos somente os minutos de um relógio que não adormece. E mesmo eu, que tenho tempo, me incomodo em utilizar uma mesa por mais minutos que a maioria dos outros consumidores. Ao meu lado, um senhor de meia idade olha à sua volta, como se procurasse um assento no balcão ou uma mesa individual, como as muitas que existem, porém, ocupadas. Ele inicia seu almoço em pé, por não ter encontrado uma mesa disponível. Levanto-me e, com um sorriso, ofereço meu lugar. Meu almoço já havia terminado e o sorriso não foi retribuído.

E em plena avenida, um único parque com árvores da quase extinta Mata Atlântica mascara o barulho da cidade aos que decidem por uma parada de poucos minutos entre o almoço e a volta ao trabalho. Engraçado como o parque se torna um lugar de passagem. Será ele tão somente uma extensão da grande avenida ao lado?

Um encontro rápido com um colega que não via há tempos parece desestabilizar toda uma programação do dia. É esse o curto caso de Felipe e João. Em sentidos diferentes, caminham esses dois jovens homens de negócios, que podem ser advogados, contadores ou qualquer outra profissão que peça a eles o uso diário de um belo terno preto. Os dois se cruzam na minha frente e, com uma aparente grande alegria, cumprimentam-se, verbalizando comentários sobre o intervalo de tempo que os havia mantido afastados e o quanto gostam um do outro. Eles parecem se emocionar. Conversam por não mais que longos cinco minutos e se despedem, como se os sinais de trânsito, as buzinas e a correria os lembrassem de seus compromissos diários. Cada um precisa seguir seu rumo, seu trabalho. Estamos na hora do almoço, mas logo logo será o momento exato de retornar ao trabalho. O sinal fechado congela o tempo por alguns minutos, buzinas dão o ritmo quando ele abre. Entre paradas e correrias, segue a vida de Felipe e de João. Serão eles somente conhecidos? Talvez sejam amigos ou talvez tenham sido um dia, quando havia tempo...

Muitos passam pela avenida..., mas os olhares não se cruzam ou se cruzam em frações de segundo, para se perderem com a mesma intensidade. As ruas são não lugares, passagem rápida por um mundo de pressa desmedida. Uma avenida com imensos prédios comerciais, onde se entra com pressa para sair com a mesma pressa. Uma vida de trabalho, de produção. Uma vida ou o que soubemos fazer do mundo?

Alguns já devem ter percebido: estamos em plena Avenida Paulista.

Após o almoço, andei por ela sem me preocupar com o rumo a ser tomado. Quando percebi, eram cinco horas de uma tarde quente, mas que reservava para os próximos minutos uma possibilidade de chuva. Descobri que a chuva era esperada, como rotina. Estamos em dezembro, e sabemos da chuva assim como sabemos dos belos e ostensivos enfeites de natal que surgiram de repente. Até eles disputam sua beleza em relação aos do prédio vizinho – celebremos o Natal contemporâneo!

Quase todo rendimento foi depositado nos bancos da cidade, afim de que contas fossem pagas, da conta da Sabesp ao cartão de crédito. Os bancos fecharam às quatro da tarde, mas seus caixas de autoatendimento estão a todo vapor. Afinal, nem todos foram capazes de conseguir um tempo para essa ida ao banco, coisa facilmente resolvida quando o caixa-rápido substituiu os antigos funcionários. Não é preciso mencionar a quantidade de bancos existentes nessa cidade, principalmente nessa Avenida. A cada esquina um caixa-rápido para os saques instantâneos, mesmo quando não se tem dinheiro no banco, os créditos são sempre possíveis, contando que todos consumam. E cá estou eu, em plena Avenida. Confesso que, além do almoço, já se foram duas xícaras de café e um chá gelado, consumidos por mim.

Buzinas, barulhos, correria. Assalto? Não..., ou talvez! Assalto do tempo, dos minutos exatos que foram perdidos à espera do elevador e que podem afetar a chegada ao metrô, a chuva que vai cair ou a perda do segundo trem na conexão com a linha azul, mesmo sabendo que em outros exatos três minutos outro trem vai passar, que um rapaz estará a postos para nos vender um guarda-chuva, caso tenhamos esquecido os nossos costumeiros e não pudermos retornar para buscá-lo, porque nosso trem já está para chegar. É tudo cronometrado, a correria e o caos também parecem cronometrados em uma dança contemporânea de pressas e presas. São seis horas da tarde e a chuva caiu nesses dez minutos que passaram. Correria para entrar na linha verde do metrô e vendedores ambulantes com guarda-chuva a dez reais a postos para serem vendidos. Eu disse que eles estariam a postos, lembra-se? Chuva, formigas e sua parada costumeira nos túneis subterrâneos. E na superfície? Nela, vejo muitos carros, chuva e buzinas... Onde estão indo todos? Já passa das sete horas da noite. Não chove mais, foi somente a imprevista-prevista chuva do final da tarde. E eu me mantenho na Avenida, a olhar e a tentar entender essa lógica, que miscigena um olhar turístico.

Em minha caminhada pela Avenida, sou surpreendido por uma música de um grande compositor paulistano. “Na Paulista os faróis já vão abrir / E um milhão de estrelas prontas a invadir os jardins...”. Consigo ver todos os fárois em sua dança em vermelho, amarelo e verde. Mas no céu, alguém deve ter assaltado as estrelas, ou elas simplesmente não quiseram me presentear com sua beleza. Talvez quisessem, se a poluição não as tivesse mascarado. Se

não podemos mais contar com elas, muito disso se deve mesmo ao constante processo de desenvolvimento. E continuo a me lembrar da letra da música de Eduardo Gudin e me surpreendo com os versos: “se a avenida exilou seus casarões, quem reconstruiria nossas ilusões?”. E me dou conta que antes de tantos prédios essa mesma Avenida era habitada por mansões e moradores. Muitos se foram para condomínios fechados e cederam seu espaço a muitos prédios abandonados pela madrugada, mas lotados de trabalhadores durante todos os dias.

São dez horas de uma noite quente e vemos poucos ternos e trabalhadores pela Avenida. E quem habita esse momento? Agora são os adolescentes, jovens adultos e adultos saindo dos túneis e adentrando novamente a Avenida que, em pouco tempo, será habitada por pessoas prontas para aproveitar uma sexta-feira de baladas, bares e inúmeras possibilidades que não só ela proporciona, mas também suas adjacências. Cinema na Reserva Cultural, *happy hour* ou um jantar entre corridos companheiros no Restaurante Spot. São essas algumas pedidas para a noite. Mas não podemos nos esquecer de outras possibilidades, como conhecer um garoto de programa atrás do Parque Trianon, o mesmo parque durante o dia protege os passantes dos sons alucinantes da Avenida. Possibilidades múltiplas em uma cidade que aparentemente não para nunca.

Um desenho parece se formar, a linha verde do metrô funcionará até aproximadamente meia noite e alguns minutos, e de lá saem muitas pessoas. Elas caminham pela Avenida e dobram esquerdas ou direitas de acordo com seus desejos ou com suas contas bancárias? Alguns, que escolhem o lado mais caro, não utilizarão sequer a linha verde e sim seus carros importados ou não. E alguns entrarão na Avenida de transporte público e rapidamente se misturarão aos que chegaram de carro. De um lado, entrar em um bar pode custar vinte reais, do outro, pode custar cem ou mais. Alguns podem jantar por quarenta reais, outros precisarão de mais de duzentos reais. É uma questão de escolha, de aparência ou de real possibilidade. Alguns milhares de habitantes da Avenida durante o dia não retornam durante a noite. Esses podem escolher permanecer em casa ou ir aos outros lugares em uma cidade de milhões de habitantes. Só uma parcela escolheu voltar à Avenida e muitos que, durante o dia, habitam outras correrias, escolhem a Paulista para passar suas sextas-feiras, lá onde coabitam restaurantes *à carte* e carrinhos de cachorro-quente, consumos para todos os bolsos, mesmo que um cachorro-quente custe não menos que sete reais.

Eu escolhi um show, fui assistir a um espetáculo em um teatro próximo. Emocionei-me ao escutar canções sobre o Brasil, sobre a cultura e acima de tudo sobre o resgate da história, muitas vezes esquecida em favor de uma vida plena no presente consumista. Chorei e

sorri ao ver Maria Bethânia. E, após o show, retornei ao meu ponto turístico ou de turista. Voltei à saudosa e contemporânea Avenida Paulista. Jantei em uma padaria 24 horas, que reúne de pães a pizza, passando por vinhos e frutas. Seja qual for sua escolha, a qualquer hora, visite nossa Bella Paulista. Poderia ser esse seu *slogan*?

É noite de um calor de dezembro, mais exatamente passa das duas horas dessa madrugada de sábado. Decido passear pela Avenida. Ao meu lado, mais três amigos, os mesmos que comeram tanto que dificilmente dormiriam se fôssemos direto para casa. Era um misto de Bethânia e pizza de calabresa. Ao passear pelas ruas, deparam-nos com uma mulher, que nos chama atenção. A atenção em mim, nesse momento, pode ser nomeada como atenção de um viajante que olha firme e certo, apreendendo os detalhes da cidade visitada. Diferente do turista, que passeia, o viajante tem um olhar ativo.

Talvez, essa senhora-moça-mulher tenha seus 40 anos, com um aspecto de um pouco mais. A idade exata não nos importou e tão pouco importa agora. O que nosso olhar buscou atentar é que ela dorme não na calçada, mas no em um banco, não naqueles de assento, mas, sim, no de contas bancárias, um dos vários que existem na Avenida com seus caixas-rápido. Esse banco não abre sem que o cartão do cliente seja inserido na porta. Ela está bem perto da porta. O que divide nossa personagem da calçada é uma simples porta de vidro. O ar condicionado está ligado e ela dorme... E que horas ela entrou por essa porta? Certamente, quando algum cliente ia saindo do banco, após sacar algum dinheiro, a porta demorou uns segundos a mais para que se fechasse totalmente. E ela, aproveitando esses segundos, conseguiu um lugar para dormir.

Ao passear pela Paulista, muitos homens e mulheres parecidos com ela são encontrados. Engraçado como precisamos de um olhar atento para vê-los em meio à correria diária. São eles seres invisíveis, homens que não conseguiram sua parcela de consumo e de trabalho e, assim, são impensados como habitantes do mundo, exceto quando assistimos os jornais? Ou os notamos somente quando acontece mais uma chacina numa praça central? A questão é que estamos em território caro. O que faz dela personagem dessa história? E por que durante o dia não a avistamos? Nem eu, como turista; tampouco os outros, como trabalhadores rotineiros?

Surpreendo com sua presença – e foi essa a questão básica desse escritos? Um banco, dinheiro, ar condicionado e uma mulher que dorme enrolada em folhas de jornais. Ainda não sei como somos capazes de não enxergá-los. Habitamos um mundo anestesiado. E contra esse anestesiamento, nossa personagem se torna denúncia. Talvez sua atitude, ao dormir lá, fosse a melhor forma de afetar os que passavam por ali. É como se chamasse atenção. Infelizmente,

foram poucos os que eu vi sendo realmente afetados por sua real condição de pobreza. A princípio, dado o calor da cidade, ela levava enorme vantagem sobre os demais que sonhavam com seu ar condicionado, em seu mundo criado. É essa nossa personagem-segregada, Severina.

Ela é diferente de tantos outros que dormem e moram pelas ruas, e que, depois de termos encontrado Severina dormindo, foram avistados. Agora, estamos incrivelmente atentos aos tantos outros que habitam os canteiros e calçadas dessa rica Avenida Paulista. Será que, quando os ternos e saltos altos se esvaem com o cair do dia, esses moradores aparecem, ou nossa pressa não nos deixa enxergar?

Se Severina queria ir ao Paraíso, se queria encontrar Perdizes, isso não chegaremos a saber. Ela está ao lado do bairro da Bela Vista, mas poderia passear pelos Jardins, quem sabe chegar à Consolação? Não obstante, o que sabemos é que, nessa noite, Severina habita o *entre*. Ela está *entre* tantas possibilidades, mas por hoje seu sono é no chão.

*

Falamos de uma cidade contemporânea. Dentre as possibilidades de habitar o mundo, a correria vertiginosa de uma grande cidade, onde se espera conquistar altos salários. Talvez os salários sejam maiores, porém, a carga de trabalho impera cada vez mais. Longas jornadas em um trânsito caótico nos colocam entre a casa e o trabalho, entre o almoço em casa ou a solidão dos *self-services*. Assim, tive um olhar sobre São Paulo, olhar que será recuperado mais adiante, com uma brevíssima história da construção dessa cidade.

2.3 LUIZ E O MANICÔMIO EM CASA

Nessa trajetória, mineiro se aproximando da cidade de São Paulo, mudei-me no final de 2011, dois anos após encontrar Severina, a retirante que tentou a sorte na cidade grande, caminho percorrido por milhares de pessoas que, vindas de vários lugares do país, deixam as memórias para traçar um novo caminho. Na época da mudança, fui trabalhar na região do Capão Redondo, bairro localizado na Zona Sul da cidade, em um programa direcionado ao “Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência” (APD). Tal Programa, política pública do SUS, atende famílias da região em situação de fragilidade e vulnerabilidade social, e o APD busca promover a inserção das pessoas atendidas na sociedade, evitando situações de abrigamento ou internação, incentivando assim sua autonomia, desde que respeitadas as limitações do usuário. E lá estava eu no início da

retomada de um trabalho com pessoas em situação de risco. Em inúmeras visitas realizadas às casas dos “bairros pertencentes”¹⁷ ao Programa, deparei-me com pessoas em situação de grave vulnerabilidade social. Embora não estivessem internadas em manicômios, como outrora foi prática comum no Brasil, a condição de vida dessas pessoas era bastante fragilizada.

A partir de uma solicitação da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), realizando um atendimento domiciliar pelo Programa, conheci um rapaz de 20 anos, que chamarei de Luiz. Ele morava com sua mãe em uma casa de sete cômodos internos e um cômodo construído nos fundos. O único acesso para a casa era por uma escada bastante íngreme, comum nas construções daquela região. O acesso difícil parecia isolá-los no espaço do quintal, sem comunicação com a vizinhança que, por sua vez, era em número bastante restrito.

Ao entrar na casa, um tanto contra a vontade daquela senhora, comecei uma prosa que durou cerca de uma hora. Entre muitos outros assuntos, na maioria relativos ao descaso do serviço público, falamos do difícil acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) e sobre a recente aquisição de Benefício de Prestação Continuada (BPC), através do quadro de deficiência de seu filho. É importante ressaltar que ela trabalhava, anteriormente ao benefício adquirido, como auxiliar de faxina, em uma lanchonete do bairro, cerca de seis horas por dia, deixando o filho sozinho em casa.

Com bastante dificuldade, ela começou a contar um pouco sobre Luiz. Em sua fala, referia-se a ele com a expressão “bichinho”. Relatou que morava com o pai de Luiz em outra casa quando ele nasceu. Os médicos disseram que não haveria chance de sobrevivência para o menino; com sorte ele viveria alguns meses ou poucos anos. Quando Luiz tinha dois anos, com o falecimento do pai, ela e o menino passaram a viver na casa onde estávamos. Passavam, assim, a maior parte do tempo sozinhos, com exceção de alguns moradores da rua que a visitavam – embora escondesse a criança nesses momentos, para que ninguém pudesse vê-lo.

Ela informou que o alimentava diariamente e que se assustou quando, certo dia, Luiz, com aproximadamente três anos de idade, sozinho, ergueu-se no berço. Perguntei se podia conversar com o rapaz. Com um olhar incomodado, continuou: “*ele está no ‘quarto’ dele, não é hora de sair de lá!*” Advertiu que, quando ela entregasse a comida dele, deixaria que eu o

¹⁷ A expressão “bairros pertencentes” pode ser compreendida na lógica de “Rede e Território” que será abordada em subitem específico nesta investigação, mas é corroborada por todas as áreas da saúde, dentro do modelo proposto pelo SUS.

conhecesse. Descobri, então, que Luiz habitava o cômodo do fundo, um espaço de dois metros quadrados, aproximadamente, sem janela. Luiz permanecia trancado atrás de uma porta de madeira e uma grade de metal, que poderia ser utilizada quando a porta estivesse aberta, ficando apenas a grade fechada, na altura da cintura dele, impedindo-o de sair do cômodo.

Por volta das 10 horas da manhã, ela se levantou e colocou um creme espesso, que estava sobre a pia, em uma vasilha de alumínio velha e amassada, dizendo que Luiz iria comer. Arrepiado e com nós na garganta, provenientes do crescente peso que essa conversa imprimia, só consegui perguntar o porquê da vasilha tão amassada e aparentemente suja. Ela disse que Luiz, após comer, jogava a vasilha em qualquer canto. De repente, a porta de madeira se abriu, e a imagem de Luiz me estarreceu.

Um rapaz envelhecido, visivelmente subnutrido, com “roupas”, ou seria melhor dizer andrajos sujos de fezes. Um cheiro insuportável presente no pequeno cômodo, que tinha uma cama de madeira, sem colchão. Uma cena de horror, necessitando de intervenção imediata, embora a paralisia se fizesse presente em mim, e qualquer conhecimento técnico não pudesse avançar, permanecendo a ideia: cena de horror.

Luiz não falava e andava de um lado para o outro, descalço. Comia, usando as mãos, aquele “alimento” fornecido pela mãe. Os olhos fundos pouco faziam contato com os meus olhos lacrimejados. O que fazer? Que dispositivos mobilizar? Hoje, ao lembrar aquela cena, minha momentânea impossibilidade de agir toma expressão nos versos: “Sou galo no meu terreiro/Nos outros abaixo a crista/Me calo feito mineiro...”¹⁸.

Indiquei a ela que precisaríamos conversar mais sobre Luiz. Perguntei se ele era acompanhado por algum médico e ela disse que somente quando nasceu, pois ele não sobreviveria. Não cabia naquele momento qualquer tipo de intervenção, a expectativa da morte já estava posta.

Foi somente a primeira visita, e toda a cena de horror que se impôs naquela manhã ressoaria apenas em um relatório enviado à equipe de Nasf, pois a mãe vetou qualquer possibilidade de receber o APD em sua casa novamente. Talvez ela tenha percebido minha expressão de espanto. Logo após o episódio, meu contrato findou na associação responsável pela parceria com o SUS e ingressei no doutorado. Perguntava-me sobre a qualidade de vida, aliás, naquela visita essas questões pareciam dar lugar ao termo sobrevivência. Lembrei-me das pessoas em situação de rua, de pessoas em condição de segregação social. Luiz foi, para

¹⁸ Trecho da música “Vida de Artista” (1998) de Itamar Assumpção.

mim, a loucura testemunhada fora dos manicômios tradicionais. Luiz era mantido isolado, sem contato com os vizinhos, sem poder se apresentar como filho, como sujeito. Um prisioneiro em casa, onde nem a relativa liberdade da rua era possível.

Não podendo ser considerados na sociedade na qual vivemos, meus atuais quatro personagens têm seus exílios solicitados: Camélia, parando de falar quando seu discurso foi desconsiderado, no aprisionamento pelos muros do manicômio; Maurício, hóspede em sua própria casa, quando das curtas altas médicas; Severina, em situação de rua, acalentando-se com seu próprio magro corpo; e Luiz, recluso num quarto, sem colchão, talheres, sem contato social, sem atenção, circundado e contido pelas grades.

Independente do caso Luiz, eu já havia elaborado o projeto de doutoramento e iniciado o processo de seleção. O interesse se relacionava a uma atuação profissional anterior, como psicólogo do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), em Uberlândia. Diferentemente do público estudado no mestrado, as famílias atendidas pelo Creas pertenciam a uma classe social com poder aquisitivo sensivelmente menor, uma espécie de lado B do mundo, à margem socialmente. Em geral, eram moradores de casas precariamente construídas e pequenas, inversamente proporcionais em tamanho em relação à quantidade de moradores; acesso à rede de água e esgoto inexistente, em ruas muitas vezes sem asfaltamento; áreas com presença de tráfico de drogas e alto índice de violência.

Essas famílias seriam acompanhadas, após denúncias de negligência e diversas modalidades de violência, na eventual incapacidade de cuidado com os filhos, questões diretamente ligadas ao desenvolvimento humano dos membros da família. Nessa esfera de relações, as funções parentais parecem permanecer em uma tênue linha entre cuidado e negligência. É possível entender que essas famílias e seus filhos adolescentes precisam de muito trabalho para romper com certa expectativa social quanto a sua contínua reposição à margem. Seria um ponto comum entre loucura, pessoas com deficiências intelectuais e as famílias atendidas pelo Creas: a situação de exclusão social.

Até aqui, o tema exclusão social transitou em lugares diferentes, mas com aproximações visíveis, finalizando com a questão da cidade. Se aprisionados em manicômios, cerceada sua liberdade de ir e vir em sua própria casa, como Luiz, ou assistidos pelo Estado, como os adolescentes atendidos pelo Creas, a exclusão social existente assume nuances diversas, estabelecidas pela sociedade, com inúmeras variáveis. Até aqui, poderíamos dar destaque a motivações como estar fora da lógica de produção-consumo ou da lógica de sucesso e alta performance.

Se desde a atuação nas Oficinas Itinerantes, no período entre 2005 e 2009, a loucura e as ideias sobre Reforma Psiquiátrica se mantiveram distantes de minha atividade profissional, tendo sido retomadas questões anteriores para a tessitura dessa investigação, a contratação como supervisor de Residência Terapêutica, em 2013, deu novo ensejo às discussões relativas aos serviços substitutivos em Saúde Mental, e, além disso, sobre as condições de moradia de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, sem vínculos familiares para habitar fora dos muros manicomiais.

Nesse momento da escrita, trazer à tona o encontro com Severina e Luiz, recuperar Camélia e Maurício promovem a possibilidade de um cenário mais abrangente, atrelado a questões sociais.

3 O QUE FAZER COM QUEM NÃO CONSEGUIU DEIXAR OS MANICÔMIOS? - A APOSTA NAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

O caminho percorrido nessa pesquisa teve a intenção de considerar a lógica manicomial estabelecida ao longo dos anos, tanto nas instituições hospitalares quanto, mais amplamente, na visão excludente que se instala, como no caso de Luiz e seu quarto fechado e com grades, ou mesmo no de Severina que, louca ou não, não tem sua cidadania assegurada ao dormir na rua, sob os olhares dos passantes. O trânsito para a loucura se aproxima das reformas psiquiátricas, aqui recortadas na Itália e no Brasil, e assume papel fundamental para os questionamentos acerca do lugar da loucura, quando se busca retirar os moradores dos manicômios, ao refletirmos sobre outros modos de olhá-los dentro do território¹⁹ e, acima de tudo, dentro da cidade.

Apos a promulgação da Lei nº10216/01 e a criação de políticas públicas que sustentassem essa alteração de modelo – destacando as dificuldades enfrentadas cotidianamente – temos, inclusive anteriores à lei, novos modos pensados e tentados para o tratamento das pessoas que sofrem de transtornos mentais. Nessa pesquisa, faço recortes a partir de minha própria experiência nas oficinas itinerantes, vividas especificamente por uma população que tinha acesso a elas. Não obstante, retomo Severina e Luiz, em virtude do seu caráter fundamental na discussão acerca de um lugar, o social, que não se constitui estabelecido pela lei e pelas políticas públicas. No caso de Severina, alguém dormindo, solitária, na madrugada, na cidade de São Paulo, em de seus espaços mais nobres, a Avenida Paulista. Em se tratando de Luiz, uma mãe que – aparentemente desprovida de condições para outro modo de agir – confinou o filho no quarto, sem energia elétrica, com grades, sem colchão, sem talheres e qualquer condição básica de vida. O que mantém Luiz é sua autopreservação, uma espécie de sobrevivência ao caos estabelecido, com oferta de alimentos em uma panela velha, com uma ração gosmenta. Não há espaço para o paladar, assim como não há sabor nas refeições manicomiais, nem escolha de cardápio e, muitas vezes, sem talheres, ausência justificada pela ideia de que facas e garfos poderiam tornar-se armas perigosas. Luiz está num manicômio em casa, sem tratamento e impossibilitado de ir a outro lugar. Anda de um lado para outro, nos cinco metros quadrados de área externa, quando sua

¹⁹ O conceito de Território será apresentado nesse capítulo.

mãe abre a grade. Sem contato físico, ele simplesmente retorna para o quarto quando ela grita, conduzindo-o com o braço levantado.

O que une todos os personagens é a negação da cidadania e, conseqüentemente, dos direitos que eles deveriam ter. O que há é o não reconhecimento desses enquanto sujeitos, com sua condição precária existente, mas igualmente com sua necessidade extrema de que houvesse condições de existência tal como as dos demais integrantes da sociedade. A exclusão dos moradores de hospitais psiquiátricos tornou-se clara, diante das reformas psiquiátricas e da necessidade de novo modelo de atenção em saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) oferecem tratamento para pessoas que podem morar com seus familiares, ou em pensões, ou ainda, em suas casas sozinhas, e que frequentam o CAPS de acordo com um projeto terapêutico pensado pela equipe multidisciplinar junto com o próprio usuário. Sem correr o risco de um discurso militante, acreditar nesse novo modo de atenção em saúde mental é fundamental para que os próprios trabalhadores reconheçam que o lugar possível de tratamento se configura fora dos muros manicomial. Cobrar do Estado o financiamento necessário para esse novo modelo de atenção em saúde mental torna-se primordial, sendo tarefa arduamente realizada pelo movimento nacional de luta antimanicomial. Mas a questão que aqui se desenha é: *o que fazer com quem não conseguiu deixar os manicômios, por não ter condições de morar sozinho no momento – por questões variadas, aliada à ausência de familiares ou de condição desses em receber esse usuário?*

*

Alguns trabalhos abordando as residências terapêuticas foram realizados desde sua implantação em 2000 – embora o movimento de moradia remonte a um momento anterior, quando da nomeação “lares abrigados” –, como possibilidade de moradia para além das enfermarias²⁰. Sobre Residência Terapêutica, segundo o modelo proposto pela portaria GM106/2000, ainda temos poucos trabalhos, embora tenhamos relatos de experiências no Brasil. O que considero importante é deixar claro que o dispositivo Residência Terapêutica é relativamente novo, existindo em quantidade ainda pequena diante da demanda que se apresenta, como podemos observar no Censo 2014, que será apresentado mais adiante.

²⁰ A questão é que os modelos de lares abrigados e pensões protegidas, outro modelo anterior às residências terapêuticas e que mantém os moradores dentro do hospital psiquiátrico, ou então, caso das pensões protegidas, sob a tutela do hospital psiquiátrico, ainda que não mais vivendo nos leitos da enfermaria de psiquiatria.

Dentre alguns trabalhos existentes, destacam-se as teses de doutorado de Araújo (2004), Scarcelli (2005), Fonseca (2005), Estrella (2010), Frare (2012), Franco (2012), Moll (2013) e Ribeiro Neto (2014) como contribuições para as discussões sobre o tema. Todavia, os estudos de Scarcelli (2005) foram um dos poucos realizados em São Paulo, e diretamente ligado ao modo que escolhemos discutir o modelo de Residências Terapêuticas, apesar de a discussão ser construída a partir de experiências em lares abrigados, modelo anterior às Residências Terapêuticas. Existem, por sua vez, manuais produzidos pelo Ministério da Saúde acerca do tema, que serão considerados nessa pesquisa, na qual se busca priorizar um olhar social para o modelo das residências terapêuticas, e não atravessado por um modelo clínico que, também, poderia ser utilizado para sua análise.

A proposta que se segue caberia numa trajetória histórica bastante elucidativa acerca de como a rede de saúde, no modelo atual, interfere nas questões pertinentes à Residências Terapêuticas como casas e não enquanto serviços de saúde. Digo isso pois, para compreendermos o lugar da residência terapêutica na atenção em saúde, é fundamental que não se as tome como uma instituição isolada na rede de saúde. Pelo contrário, todo o funcionamento da Residência Terapêutica está intimamente ligado e é dependente de toda a rede de saúde pública.

Mas a quem se destina uma Residência Terapêutica? No que concerne à Saúde Mental, às leis preconizadas²¹ de alteração do modelo de atendimento aos usuários do serviço de saúde mental, o caminho parece ser árduo, porém mais fácil que aquele a ser construído no âmbito sociocultural.

De acordo com Scarcelli (2011), é fundamental considerar a dialética quando se discute o lugar emblemático do Hospital Psiquiátrico no asilamento de pessoas em sofrimento psíquico em relação ao seu retorno para a cidade, sob o risco de uma simplificação no amplo processo que o envolve. Assim, é importante não nos deixarmos seduzir pela ideia de que o

²¹ O conjunto de leis e portarias preconizadas - provenientes do redirecionamento do modelo de atenção à Saúde Mental (Lei nº 10.216/01) - são as seguintes, conforme citado na Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011): “ [...] Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [...]; Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações [...]; a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]; as Portarias nº 52/GM/MS e 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que estabelecem a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país [...]; Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Hospício é exclusão e a cidade inclusão, numa espécie de fórmula mágica de programas sociais.

Segundo a autora, temos dois lados de uma mesma moeda quando pensamos no hospício e no confinamento de excludentes que caracteriza e numa liberdade na cidade, “monitorada pelas prescrições do bem viver nos recintos interiores” (Scarcelli, 2011, p. 62). Sobre essa questão, ela nos convida à leitura foucautiana do poder disciplinar.

Devemos relembrar que a instituição asilar às foram destinadas as pessoas acometidas de transtornos mentais pareceu, ao longo de muitos anos, o lugar necessário, fundamental e específico para a loucura. Esse lugar, que se configura inicialmente como um lugar de asilamento, tornou-se um lugar de tratamento quando do nascimento da Psiquiatria, momento em que se rebatiza o Manicômio, agora Hospital Psiquiátrico:

Assim, o que foi até então um estabelecimento de internação tornou-se um hospital psiquiátrico, um organismo de tratamento. Seguiu-se uma instauração de hospitais: 1 - a fim de internar os que não tinham faculdade de trabalhar por razões físicas; 2 - a fim de internar os que não podiam trabalhar por razões não corporais. Desde então, os distúrbios mentais tornaram-se o objeto da medicina e uma categoria chamada psiquiatria nasceu (Foucault, 2002, p. 266).

Mesmo com o confinamento da loucura durante tantos anos, muitas reformas psiquiátricas surgiram. A maioria delas sem alteração na compreensão de que o hospital seria o melhor lugar para essas pessoas. A retomada de uma proposição de que tais lugares não tinham nada de tratamento só veio de forma mais impactante na Itália, como mencionado anteriormente.

Desse modo, todo o discurso atual está focado nas diretrizes da Lei nº 10.216/01, como mencionado anteriormente, inspirada no posicionamento italiano acerca do atendimento à saúde mental, e sua intenção de redirecionar o modelo assistencial oferecido às pessoas acometidas de transtornos mentais. Para tanto, o hospital psiquiátrico deixa de pertencer às formas de tratamento, mantendo-se a internação de crise como único recurso de cuidado fora da cidade. Com isso, urge a construção de políticas públicas que sustentem de fato a cidade como lugar para a loucura. Essa seria a resposta para a construção de um lugar para

[...] aqueles que sofreram entre tantos processos excludentes o banimento e a reclusão: aqueles que não foram retirados apenas do mundo do trabalho, mas de um território, de seus direitos

sociais, de seu grupo social, de sua família, e que precisam ter vários tipos de apoio para o retorno ao local do qual foram expulsos (Scarcelli, 2011, p. 72).

Dessa forma, se o retorno à cidade se mostra fundamental, é preciso colocar as dificuldades existentes também em uma sociedade que se organiza de forma excludente em seus condomínios fechados. A indagação que se impõe diz respeito ao que se compreende por inserção social na atualidade, considerando o contexto sociocultural.

Cabe ressaltar que a lei promulgada em 2001 direciona ao Estado a criação de serviços substitutivos para os atendimentos em saúde mental. Assim, há uma diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de um serviço de saúde mental comunitário adequado, incluindo a infraestrutura residencial e de serviços, bem como o atendimento dos pacientes por equipes multidisciplinares (Bandeira, Gelina, & Lesage, 1998).

Nessa perspectiva, a Portaria nº 336/2002 institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como modelo de atenção estabelecida para a saúde mental, com equipe própria, fora do contexto e estrutura hospitalar. As modalidades CAPS 1, 2 e 3, com as devidas especificidades e delimitações, podem ser verificadas na portaria em questão. Em linhas gerais, o objetivo do CAPS é oferecer todo o atendimento ao usuário do serviço de saúde mental e a seus familiares, com propostas de atividades que vão desde consultas, convivência e oficinas terapêuticas até visitas domiciliares e atendimento aos familiares responsáveis pelos cuidados com o usuário, quando este não está em atendimento no CAPS.

Na segunda dimensão desse processo, as Residências Terapêuticas estão inseridas nessa proposta de atenção psicossocial para os egressos de hospitais psiquiátricos, sem vínculos familiares ou com fragilidade tamanha que sua inserção na família não seria possível. Aqui, cabe mencionar que, por ser um dispositivo em saúde mental, a modalidade Residência Terapêutica precisa de um constante acompanhamento e análise para que não se realize uma reprodução manicomial com nuances de dispositivo antimanicomial. Nessa perspectiva,

[...] as políticas de Saúde Mental devem ser analisadas e estar em constante trânsito com as políticas de Saúde, Habitação, Cultura, Moradia, Transporte, Educação, Previdência; em outros termos, levar adiante o princípio da intersetorialidade como fundamental para a formulação de políticas públicas (Scarcelli, 2011, p. 72).

No texto “A loucura, a ausência da obra (1964)”, Foucault (2002) problematiza o modo como o suporte técnico daria à medicina a chance de colocar a loucura como qualquer afecção orgânica, curá-la tal como se fez com a lepra ou a tuberculose. A medicina conseguiria prever, controlar e curar a loucura? O autor admite essa hipótese, mas abre uma questão maior:

[...] a relação do homem com seus fantasmas, com seu impossível, com sua dor sem corpo, com sua carcaça da noite; uma vez o patológico posto fora de circuito, a sombria pertença do homem à loucura será a memória sem idade de um mal apagado em sua forma de doença, mas obstinando-se como desgraça. Para dizer a verdade, essa ideia supõe inalterável o que, sem dúvida, é o mais precário, muito mais precário do que as constâncias do patológico: a relação de uma cultura com aquilo mesmo que ela exclui, e mais precisamente a relação da nossa com essa verdade de si mesma, longínqua e inversa, que ela descobre e recobre na folia (Foucault, 2002, pp. 211-212).

Após anos de reclusão, a subjetividade dos pacientes passa a ser construída nos moldes adotados pela instituição, esta marcadamente hospitalocêntrica, manicomial, asilar. Com a mudança para a RT, tais sujeitos são defrontados com uma outra realidade, e precisam reelaborar todo o seu universo de significados. A forma pela qual cada morador reorganizará sua identidade é bastante peculiar e constitui parte deste estudo. Para tanto, a contextualização se mostra fundamental a partir da Portaria nº 106/2000, que será discutida nessa investigação.

De forma sintética, será preciso retomar a contextualização da rede de atenção à Saúde Mental brasileira como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. O SUS regula e organiza, em âmbito nacional, as ações e serviços de saúde, de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo em comum as mesmas diretrizes em cada esfera de governo. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo, em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, ou Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, mas é também interligada às Unidades Básicas de Saúde (UBS), visto que a lógica que subjaz a compreensão da saúde mental de maneira isolada precisa realmente permanecer como parte do passado manicomial.

A rede de atenção psicossocial caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor na consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é, por excelência, garantir a participação dos trabalhadores, usuários dos equipamentos de Saúde Mental, e seus familiares na gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à Saúde Mental. A questão percebida seria de que nem sempre esses conselhos têm condição de garantir os direitos preconizados. De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS, propondo a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais. Nessa perspectiva, emerge a discussão sobre dois conceitos fundamentais: rede e território.

3.1 REDE E TERRITÓRIO: OS MORADORES DA CIDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de Saúde Mental dos municípios. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à Saúde Mental do SUS define-se, assim, como uma rede de base comunitária. É fundamento para sua construção a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

Segundo Santos (2012), precisamos constantemente não confundir dois conceitos diferentes: espaço e território. Para ele, o espaço é compreendido como totalidade verdadeira

e o território tem, em sua conceituação, uma configuração singular, resultante de trocas relacionais entre a sociedade, o espaço e a natureza. Nessa perspectiva, o território pode adotar configurações próprias, em determinado momento histórico, e segundo os movimentos sociais.

A cidade moderna nos move como se fossemos máquinas, e os nossos menores gestos são comandados por um relógio onipresente. Nossos minutos são os minutos do outro e a articulação dos movimentos e gestos é um dado banal da vida coletiva. Quanto mais artificial é o meio, maior a exigência dessa racionalidade instrumental que, por sua vez, exige mais artificialidade e racionalidade. Mas esses imperativos da vida urbana estão cada vez mais invadindo o campo modernizado, onde as consequências da globalização impõem práticas estritamente ritmadas. A racionalidade que estamos testemunhando no mundo atual não é apenas social e econômica, ela reside, também no território (Santos, 2012, p.187).

A ideia fundamental, aqui, é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer frente à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. Nesse sentido, a comunicação entre os serviços de saúde, a construção de um fluxo interligado garantem que os usuários do serviço de saúde sejam atendidos na totalidade de suas demandas. Em relação a este aspecto, cabe também a articulação com a rede de assistência social e, muitas vezes, a Defensoria e a Promotoria Pública. A articulação de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para esta organização, a noção de território é especialmente orientadora.

A substituição da ideia de comunidade pela de território não visa apenas estabelecer uma distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária. O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam (Amarante, 1994, p. 145).

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. “O trabalho no território não é um trabalho de construção

ou promoção de ‘saúde mental’, mas de reprodução de vida, de subjetividades” (Amarante, 1994, p. 145). Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, respeitando a multiplicidade de trocas entre as pessoas, para os cuidados em Saúde Mental.

Para tanto, é preciso compreender a utilização do território, no que concerne aos usuários de saúde mental em seu retorno à cidade. De acordo com Santos (2000), a análise social se dá a partir desse uso. Essa compreensão é fundamental para afastar o risco de isolamento social, que acarretaria uma perda na experiência individual e coletiva. A noção de território contempla tanto características geográficas quanto os instrumentos construídos e as relações interpessoais que convivem dialeticamente com o espaço, e que fundamentarão a intencionalidade humana para a construção das relações.

Destarte, o território existe repleto das relações de poder nele incorporadas através de seus múltiplos sujeitos, hegemonzados e hegemônicos, que seguem através da cultura, das relações econômicas e políticas, organizando e construindo um espaço cheio de significados nele enraizados, e que garanta a sobrevivência cotidiana.

No que concerne à saúde mental, precisamos entender que a retomada da cidade e, conseqüentemente, do território, transcende o acesso aos atendimentos clínicos e/ou terapêuticos, dizendo respeito a todas as relações estabelecidas pelos sujeitos. O território deve ser apropriado e produzido pelo sujeito, não sendo entendido, portanto, como elemento puramente físico e espacial. Segundo Santos (2012), o território pode ser concebido como o lugar onde os sujeitos sociais constroem suas histórias de vida.

O território, por sua vez, também funciona como organizador da rede de atenção à Saúde Mental; ele deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. Nesse sentido, os serviços territoriais têm como preocupação máxima atender as necessidades das pessoas que os procuram, as demandas que lhe são endereçadas. De acordo com essa concepção, foram criados serviços territoriais com funcionamento 24h, por se compreender que algumas demandas não têm hora para acontecer, oferecendo tanto o cuidado específico, com o retorno do usuário do serviço de saúde mental para sua casa, quanto à possibilidade de hospitalidade noturna, de acordo com a necessidade, sem qualquer aproximação com a internação de outrora.

3.2 AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA CASA DIFERENTE EM UMA NOVA “FAMÍLIA” CONSTRUÍDA

Dentre as estratégias propostas para os usuários do serviço de Saúde Mental, temos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – mais conhecidos como Residências Terapêuticas²² – definidos por meio da Portaria GM nº 106/2000 como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, os quais não possuam suporte social e laços familiares” (Brasil, 2000). Todavia, é fundamental compreender que, embora seja essencial a referida Portaria, nossa discussão precisa acontecer para além da implantação dessa política pública em saúde.

Apesar de imprescindíveis, muitas vezes as políticas apresentam um caráter autoritário. Sustentadas em pressupostos teóricos e orientadas por princípios ideológicos parciais, não captam o fundamental na promoção daquilo que seria sua vocação: o reconhecimento do sujeito como cidadão (Scarcelli, 2011, p. 76).

Segundo Furtado (2006), trata-se de nomenclatura frequentemente questionada, por razões diversas – como mencionado acima –, mas assim estabelecida para justificar sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na utilização dos termos “serviços” e “terapêuticos”. A mesma Portaria define, também, que as RT constituem “uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada” (Brasil, 2000) e que cada transferência de usuário do hospital para uma residência deve reduzir ou descredenciar do SUS o número de leitos correspondentes, realocando o recurso. O fato de o recurso “acompanhar” o usuário é uma reivindicação histórica do movimento pela Reforma Psiquiátrica e constitui, portanto, uma característica importante desse instrumento legal.

Desse modo, a autora afirma que a moradia de pessoas com sofrimento psíquico, fora da lógica hospitalocêntrica, data anteriormente ao SUS, tendo sido mencionada na modalidade “pensão protegida” em documento do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que em seu Manual de serviço para a assistência psiquiátrica, de 14/09/73, estabeleceu essa modalidade como solução assistencial para atender a situação de transição entre o hospital e a plena reintegração social, com ambiente supervisionado.

Não obstante, o dispositivo Residência Terapêutica, modalidade de moradia com particularidades e preconizações fundamentadas na Reforma Psiquiátrica, somente pode ser

²² O uso da expressão “residência terapêutica” é fundamental para afastar a modalidade serviço e resgatar as residências terapêuticas na sua função de moradia e não de tratamento, este que precisa ser realizado dentro do CAPS.

estabelecido através da Portaria nº 106/2000. Como mencionado anteriormente, outras políticas governamentais dão sustentação às Residências Terapêuticas:

[...] a lei federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais; a lei federal 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas e as portarias 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no País. Em setembro de 2004, foi assinada a portaria GM 2068, que institui incentivo aos municípios de R\$ 10 mil para a implantação de SRTs (Furtado, 2006, p. 47).

Segundo Dimenstein (2006), as residências terapêuticas estão inseridas na modalidade de cuidado às pessoas com história de longa internação em hospital psiquiátrico, que permaneciam internadas em razão da perda de vínculos familiares e sociais, oferecendo a possibilidade de construir uma vida na cidade, de habitar uma casa como outra qualquer, de circular livremente pelos espaços públicos, retomando, assim, a cidade como lugar de habitar e de receber assistência por técnicos cuidadores e com acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial:

Entre esses desafios, estaria a desconstrução de formas comuns e hegemônicas de habitar a cidade, de modos de morar e de formas de cuidar e de "clínica", considerando as imprevisibilidades que o encontro da loucura, em sua estranheza e em suas formas institucionalizadas com a cidade, coloca para esses moradores e cuidadores. Supomos que tais encontros com a cidade seriam potentes para a desconstrução da lógica manicomial, a partir da diversidade de formas de vida que nela se desenvolvem, cotidianamente, nos espaços de sociabilidade, solidariedade e convívio com a diferença, que coloca em questão as forças homogeneizantes e aprisionadoras das subjetividades contemporâneas (p. 47).

A questão da moradia, em sentido amplo, configura-se como um problema na sociedade brasileira e, no caso das pessoas portadoras de transtornos mentais, são evidentes as dificuldades específicas apresentadas. Assim, as RT constituem peça importante na rede de atenção à Saúde Mental, por serem efetivos espaços de inclusão social e promoção da cidadania do portador de transtorno mental.

Dimenstein (2006) considera que o reencontro dessas pessoas com a cidade, negada a eles anteriormente, e conseqüentemente a retomada da vida cotidiana – considerando a necessidade de um reaprendizado diante de tantas mudanças na sociedade – no espaço fora

dos muros manicomial, exigirá o desenvolvimento de novas práticas de saúde. Nessa retomada, as práticas serão direcionadas para além das intervenções dos cuidadores – tanto os responsáveis pelos cuidados dentro da RT quanto os profissionais trabalhadores do CAPS de referência da RT –, erigindo-se como estratégias que esses moradores construirão no encontro com essa nova cidade, em seus diferentes espaços de sociabilidade, e nas formas de cuidado e de vida que ela pode oferecer.

Desse modo, a função das Residências Terapêuticas ultrapassa uma resposta à cronificação e à segregação social, apresentando-se como um dos dispositivos de cuidado que aborda uma das modalidades mais difíceis da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito às dificuldades contemporâneas do habitar, uma vez que as Residências Terapêuticas são casas para moradores antes segregados nos hospitais psiquiátricos. A sociedade, por sua vez, precisa ser compreendida como sustentação desses longos anos de internação hospitalar dos atuais moradores de Residências Terapêuticas.

De outra parte, ao abordar as questões de moradia, podemos retomar a proposição do psiquiatra italiano Saraceno (2001), bastante envolvido na Reforma Psiquiátrica. O autor compreende que

[...] o habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros (Saraceno, 2001, p. 90).

As residências terapêuticas, nesse sentido, podem ser pensadas como uma resposta à questão do acolhimento desses moradores que não sustentam uma moradia sem assistência, e que até então eram conduzidos a leitos hospitalares e lá permaneciam, em grande parte por sua condição social (Delgado, 2006 citado por Frare, 2012).

Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. De fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito a cada caso e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de modo geral, a desativação de leitos psiquiátricos.

Em contrapartida, para o efetivo funcionamento da Lei nº 10216/01, bem como das políticas públicas, algumas medidas precisaram envolver outros atores do Poder Público, a partir de intervenções. Tal é o caso, a título de exemplo, da intervenção do Ministério Público do Estado de São Paulo, em acordo com o Ministério Público Federal, a União, o estado e municípios, que estabeleceu um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) para enfrentar problemas no atendimento prestado por sete hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba, que compunham o maior polo manicomial do país, com mais de 2,7 mil pacientes, dados fornecidos pelo Censo Psicossocial 2014. Nesse sentido, a criação dessas Residências Terapêuticas precisa ser analisada na sua relação com a complexidade da lógica manicomial no contexto sociocultural, a partir das construções dos atores envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria nº 3.088/2011:

Nesse espaço, onde o privado é forçosamente constituído pelo imaginário do que é um 'lar', sustentado pelo nome 'residência' que dá a dimensão simbólica do lugar, onde todos artifícios do que se espera de uma 'casa' são engendrados, onde se pratica o mais genuíno de uma suposta 'privacidade' se estabelece uma nova relação entre os sujeitos e a vida pública, entre a loucura e a cidade. (Frare, 2012, s.p.).

Nos caminhos necessários para o entendimento acerca de uma residência terapêutica, inspirados no conceito de território, apresentado anteriormente, precisamos ter claro que a criação e o uso dos termos "serviço" e "terapêutico" esbarra nas costumeiras considerações a respeito de uma casa e das relações características entre sujeitos que habitam aquele lugar. Não resta dúvida de que todas as relações são cuidadas pelos profissionais que ali atuam. O objetivo geral será o de construir uma casa onde os moradores aprendam novamente regras estabelecidas para o seu interior, mas também as regras da cidade onde eles voltaram a habitar, embora seja necessária a garantia do questionamento das regras vigentes na sociedade. Mas algumas questões se apresentam, dentre elas, como cuidar de oposições que vêm a partir da privacidade desses moradores e da vida pública estabelecida pela cidade?

Tomando o privado como oposição ao público, o que é possível oferecer como política é algo que sustente uma privacidade. Objetivando não colocar o paciente só em um coletivo, mas que sustente suas particularidades e arranjos. E a promessa de que cada paciente vai morar em uma casa ao se mudar para uma RT, não pode ser cumprida. A rede assistencial pode oferecer uma casa, uma habitação, mas não pode oferecer uma casa para todos (Frare, 2012, s.p.).

A ideia aqui é não nos afastarmos do caráter de residência criada com o propósito específico de retirar antigos moradores de hospitais psiquiátricos, mas igualmente não tomar essa retirada como ponto final de um processo que, na realidade, começa com a saída do hospital e com a apropriação da cidade. Todo o trabalho com residências terapêuticas existe a partir e com a saída, mas acima de tudo, inicia-se com a mediação das relações que esses moradores irão estabelecer com o território, uma vez que “o público e o privado para o sujeito não possuem fronteiras definidas, também o ‘privado’ da casa e o ‘público’ da cidade não estão em oposição. E a aparente dicotomia entre “casa” e “serviço” serve à sustentação desse propósito” (Frare, 2012, s.p.).

Seria o objetivo da equipe da residência terapêutica desenvolver uma clínica? O termo “clínica” tem inúmeras conotações de sentido. Precisamos de muita cautela para que as residências terapêuticas não se tornem um espaço puramente clínico, ou mesmo uma pequena reprodução do espaço manicomial e asilar. Em sentido geral, quanto menos clínica, melhor. Quanto mais “casa”, melhor:

[...] o morar comporta não só as condições de habitação, mas todas as dimensões implicadas nos sentidos de ‘habitar’ um lugar. Pensar em uma ‘casa’ para acolher os pacientes é pensar além do ‘concreto’ da casa, com todos os artificios que ali são engendrados, para que o ambiente seja reconhecido como tal. Para além do ‘ambiente’ da casa temos aí, enlaçadas ou não, as dimensões imaginárias, reais e simbólicas que evocam a possibilidade de se viver em uma casa e, conseqüentemente, de viver na cidade (Frare, 2012, s.p.).

Quando pensamos numa casa para egressos de hospitais psiquiátricos, mais especificamente na expressão “minha casa” – utilizada por eles quando da retomada do morar –, temos uma dimensão imaginária do discurso no qual “minha casa” é o avesso do hospício e, contraditoriamente, é o lugar onde se pode fazer “o que quiser”. As regras de uma casa precisam ser estabelecidas pelos próprios moradores, como em uma república estudantil, onde as regras são pensadas no esforço de harmonizar os moradores. No caso das residências terapêuticas, essas regras são pensadas junto com a equipe de trabalhadores da RT e com os profissionais de saúde do CAPS de referência.

Entretanto, as regras só interessam se subjetivadas, e a imposição de uma regra se desfaz diante de imposição de um desejo. Segundo Frare (2012), é necessário trazer essa dimensão das regras, esvaziando o querer caprichoso do outro e responsabilizando sempre o sujeito a cerca da vida nessa residência terapêutica. Quando singularizo a expressão

Residência Terapêutica, isso se dá na compreensão de que cada casa criará um modo de funcionamento, não sendo, portanto, o resultado de uma preconização anterior. Aqui, precisamos afastar o conceito de serviço terapêutico e manter a dimensão de residência como fundamental nessa construção singular. Não se trata somente do pragmatismo da vida na cidade e das imputações decorrentes do não cumprimento de contratos sociais; certamente, esse aspecto está incluído, mas não subtrai a responsabilidade do sujeito por sua posição, por sua moradia, por sua casa.

A partir do que é proposto nos repasses municipais da cidade de São Paulo, temos a distribuição dos recursos utilizados em cada Residência Terapêutica, mensalmente – atendendo às preconizações federais em políticas públicas em saúde mental – para as despesas fixas, tais como: aluguel, serviços básicos (água e saneamento, energia elétrica), telefone, recursos humanos, alimentação básica, material de higiene e limpeza. Ademais, alguns moradores recebem benefícios do Estado, como pensão familiar e Benefício de Prestação Continuada (BPC), de acordo com seus direitos.

Aqui temos uma questão fundamental: o morador poderá utilizar seu dinheiro segundo sua vontade? E quando pensamos na ausência de produção econômica, umas das causas de exclusão social da loucura, a garantia de benefícios como o BPC e o Programa “De Volta para a Casa” (PVC) seria compreendida como fundamental para essa reapropriação da cidade e o autocuidado individual dessas pessoas, a partir da residência terapêutica e das relações estabelecidas na cidade?

Segundo Ortega (1999), seria possível lançar mão de um conceito retomado em Foucault sobre a amizade e a estética da existência. Para tanto, nas palavras de Ortega (1999), “sob o fundo de uma relação de amizade, discute-se no diálogo uma forma de *parrhesia* que consiste no conselho sobre os diferentes exercícios e conhecimentos necessários para fazer da vida uma obra de arte.” (p. 113).

O cuidado nessas apropriações se dá no sentido de que todas as relações desses moradores com a comunidade precisam ser consideradas. Não somente as deles com os profissionais aos quais estão diretamente ligados, ou mesmo os profissionais do CAPS de referência, mas nas relações que estabelecem entre eles e com eles mesmos, isto é, as que se configuram no cuidado de si. A amizade, que não se aproxima da apreensão cotidiana do termo, estabelece-se como um modo de vida que se opõe ao processo de normalização empreendido pelo biopoder, e considera os novos modos de relações estabelecidos entre esses moradores e a cidade que os pertence. Esses modos de relação que questionam algumas normas sociais vigentes podem ser compreendidos na sua potência, contrários ao nosso – das

peças que não estiveram confinadas atrás dos muros do manicômio –, muitas vezes esvaziados dentro de nossa rotina.

Nesses termos, as relações dos moradores com os demais companheiros da residência, as relações com a comunidade (padarias, lojas de roupas, sapateiros, vendedores ambulantes etc.) são fundamentais para compor essa ética da existência. Dito de outra maneira, não se pode correr o risco de estabelecer uma tutela parecida com a exercida no interior do ambiente hospitalar, mas, sim, entender que precisamos agir na contracorrente dessa tutela, no cotidiano de nosso trabalho. Legitimar o morador como proprietário da casa, incluindo seus direitos mas também seus deveres para com os demais moradores, é essencial para esse início do processo de morar. Legitimar suas relações com os vizinhos, comércio local e cidade, caracteriza-se pela compreensão da existência de cidadãos e não somente egressos de longas internações psiquiátricas:

A questão do relacionamento com o outro é uma constante em toda a temática do cuidado de si. Foucault sublinha em numerosas ocasiões a necessidade deste vínculo intersubjetivo (em forma agonística). Sem a presença do outro não se pode produzir nenhum relacionamento satisfatório; o cuidado de si precisa do outro. A constituição do indivíduo como sujeito ético efetua-se só por meio de relações complexas com o outro (cujo estatuto e formas são diferentes segundo a época). O outro é indispensável na cultura de si (Ortega, 1999, p. 126).

A mudança para a Residência Terapêutica estabelece a possibilidade de esses moradores retomarem a cidade e, para isso, é preciso suportar toda a complexa teia que se estabelece a seguir: os vizinhos, os transeuntes questionarão que casa é essa? Não há como negar que essa casa é diferente. Não se trata de reduzir essa moradia a qualquer outra casa da rua, mas de estabelecer que essa casa diferente não se constitui simplesmente pelo fato de nela habitarem moradores egressos de hospitais psiquiátricos, mas antes pelo fato de que esses moradores *poderão* questionar, a todo instante, a lógica imperante da cidade, obscurecida pela rotina do cotidiano dos demais moradores. O critério se estabelece neste ponto, pois não necessariamente uma Residência Terapêutica é por si um dispositivo questionador, muito disso se dá na compreensão dos profissionais de saúde mental que estejam realmente afinados com as discussões acerca da loucura e da luta antimanicomial.

Nesse sentido, o outro será tanto o antigo vizinho quanto o novo morador da rua, loucos, alienados ou potencialmente questionadores da norma social vigente:

O papel do outro é indispensável para a produção de um esboço de si compreensível. Este pensamento constitui uma constante de toda a tradição greco-romana. Portanto, Foucault não reivindica nas suas análises uma autoconstituição isolada que exclua qualquer relacionamento com o outro, mas para ele o outro está sempre presente na origem da constituição estética de si, na figura do mestre, guia, professor, diretor de consciência e amigo (Ortega, 1999, p. 133).

O árduo e fundamental trabalho será o de construir, na comunidade, um lugar para os novos moradores. Como promover uma ética de existência em um sujeito que não é reconhecido pelo outro? A partir da exclusão histórica estabelecida e do retorno do louco para a sociedade contemporânea, como garantir que essas pessoas cuidem de si nas várias esferas da vida, tanto no cuidado com o dinheiro, mas também nas questões pertinentes ao amor, prazer, relacionamentos? Portanto, importa destacar que, para além do liberalismo, podemos lançar mão do pluralismo:

A ética e a sociabilidade tem sua origem na desdobra da relação primária do face-a-face. Para Levinas, a comunidade deve constituir-se sobre a base das relações intersubjetivas, mediante a responsabilidade pelo outro e a substituição. Ao liberalismo opõe-se o pluralismo. O primeiro só apreende o outro como um segundo exemplar do eu, enquanto o pluralismo permite perceber o outro em sua alteridade. Sob o fundamento da proximidade do outro será possível o surgimento da comunidade (Ortega, 1999, p.142).

O conceito de comunidade pode ser construído para além do que se parece ter atualmente, na lógica das cidades, estabelecido por seus habitantes. Desprovido do romantismo ingênuo que levaria a pensar que essas pessoas deveriam ser de pronto incorporadas na vizinhança e na cidade, destaco que o papel da Residência Terapêutica se efetiva no dia a dia da comunidade na qual está instalada, funcionando tanto para “dentro do portão”, estabelecendo-se nas relações entre os moradores e a equipe de apoio, quanto para “fora do portão”, com os vizinhos e serviços disponíveis na comunidade em questão. Por sua vez, considera-se ainda os ruídos que são escutados pelos vizinhos e os ruídos escutados pelos moradores da Residência Terapêutica. Ruídos esses comuns a todos os moradores da cidade.

Foucault advoga a criação de novos esboços de si mesmo que não tenham obrigatoriamente como resultado a formação de um sujeito dócil, pois poder-se-iam perfeitamente imaginar formas de existência que não sejam boas, mas que sejam muito intensas. Trata-se de um fato

que se deve considerar. Foucault era um “guerreiro” e a tarefa da filosofia consiste em “fazer a guerra” (Ortega, 1999, p. 154).

O dia a dia das Residências Terapêuticas põe os profissionais que lá atuam diante de um bombardeamento de estímulos, que os convidam a permanecerem para “dentro do portão”, mas que de forma alguma deveria deixar-se seduzir por esse modo mais fácil de existência. A ética da existência precisa ser posta em movimento, no olhar do morador através das grades do portão, mas, acima de tudo, quando o portão se abre e o morador sai às ruas. Esse portão pode ser aberto, inicialmente, por alguém da equipe de apoio. Não obstante, quando o morador tem a chave desse portão, entra e sai – avisando ou não os demais moradores – temos o início de uma verdadeira apropriação de sua casa.

Que a uma pessoa seja permitido fazer o que queira em nome do respeito pelos direitos individuais, parece-me estupendo. Mas se o que queremos é a criação de uma nova forma de vida, então é irrelevante a questão dos direitos individuais. De fato, vivemos num mundo legal, social e institucional, no qual as únicas relações possíveis são extremamente limitadas, extremamente simplificadas e extremamente pobres. Naturalmente existem as relações fundamentais de matrimônio e de família, mas quantas relações poderiam existir se fossemos capazes de encontrar suas próprias leis não nas instituições, mas em outros portadores? O que evidentemente não acontece (Foucault, 1994 citado por Ortega, 1999, p. 170).

Ao propor a amizade e a estética da existência, Foucault considera que a estes novos tipos de relacionamento e de sociedades multiformes se opõem os modos de relação prescritos e normalizados. Dessa forma, Ortega (1999) afirma que as lutas, sejam elas homossexuais, feministas, antirraciais ou acerca do lugar para a loucura, precisam ser consideradas para além da noção de igualdade de direitos, mas, antes de tudo, como criação de um novo direito relacional:

Um pensamento que não culmina no individualismo, como muitos afirmam, mas que tenta introduzir movimento e fantasia nas deterioradas e rígidas relações sociais. Foucault pretende mostrar com sua reabilitação da amizade como as formas possíveis de vida em comum em nossa sociedade não se esgotam na família e no matrimônio. É possível criar novas formas de existência produtoras de uma intensidade e de um prazer especiais (Ortega, 1999, p. 172).

As discussões sobre a autonomia dos moradores, tanto no que diz respeito à forma de utilização do dinheiro, mas sobretudo quanto no que concerne a como esse morador é considerado como cidadão, precisam ser constantemente analisadas, sob o risco de uma tutela nas relações, o que levaria esse morador a deixar de estabelecê-las com a comunidade. A proposição de uma nova forma de relação, que considera a rigidez e fixidez das relações sociais, ganha *status* de combate, no sentido de que é preciso estabelecer formas de ruptura em relação à lógica vigente.

Retomado, na forma possível, a utilização desses benefícios, é preciso considerar que o desejo desses moradores, com o auxílio da equipe de profissionais, tem potência para o cuidado de si. Por conseguinte, visa-se a autonomia do sujeito e não a condição de tutela, aqui também exemplificado nas tentativas jurídicas em curatelar pessoas que estiveram confinadas nos manicômios por longos períodos. O exemplo do dinheiro não difere das demais apreensões sobre os desejos dos moradores, que vão desde compras até como ele “deseja” se relacionar com a comunidade. O problema reside no em que este morador viveu sob a tutela dos hospitais, tornando o trabalho de produção da autonomia árduo, porém fundamental para que se garanta a subjetividade desse morador no território.

Tykanori (1996) repensa o conceito de autonomia, demonstrando que ela ganha outros sentidos, diferentes das costumeiras relações com o conceito de independência. Assim, nosso sujeito autônomo é aquele que possui capacidade de depender de várias pessoas e coisas:

Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. [...] Somos mais autônomos quanto mais dependentes de mais coisas pudermos ser, pois isso amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (p. 57).

Como considera Frare (2012),

A casa não é dada na mudança de endereço. É necessário que o morador construa uma forma subjetiva de habitar sua casa e a cidade, situando-se em um lugar no Outro. O que oferecemos são outras formas de convivência, outras regras instituídas, outras formas de negociação, e uma casa. Um local para moradia onde quem o habita pode ou não chamá-lo de casa, mas que encontra, para além dos aspectos formais, possibilidades de novos arranjos subjetivos (s.p.).

Destarte, a saída do hospital precisa ser garantida como o primeiro passo, embora esse passo seja por si só bastante considerável. Como já assinalado, é necessário levar em conta a função da residência terapêutica, sua forma de organização, cuidado e convivência quando se dispara um processo de avaliação com a finalidade de desospitalizar os pacientes. Nesse sentido, essas casas/serviço comportam diversos aspectos institucionais a serem considerados, e configuram-se, por sua vez, num novo modo de olhar para a loucura, haja vista que não se tem a intenção de moldar tais moradores de acordo com as regras da cidade. É fundamental que se reconheça o quão importante é questionar normas sociais estabelecidas e que esses moradores se tornam atores-denunciadores de crises e conflitos no mundo em que vivemos.

É necessário ter em conta que se trata de uma ‘Residência Terapêutica’ e, portanto, afirmar que apesar de ser uma casa, é uma casa diferente, pode ser um facilitador para que a diferença dos moradores se coloque, refreando os ideários de ‘normalização’ e servindo como ponto de sustentação para construção de um lugar para cada morador. Nesse sentido, a avaliação não visa assegurar que os futuros moradores fiquem ‘ajustados’ a um ideal de convívio na residência ou na comunidade, mas pode funcionar como um disparador do processo de construção de um lugar junto ao sujeito (Frare, 2012, s.p.).

Acresce que, dentre os recursos possíveis que os moradores podem buscar, temos o Programa “De Volta para Casa”. É importante destacar que, embora seja um direito dos moradores, nem todos conseguem ser atendidos, como veremos no capítulo sobre reparação de danos.

A difícil tarefa, para todos, de habitar o mundo é lançada à Saúde Mental, aos usuários desse serviço, às pessoas em situação de segregação social. Ao contrário da ideia de asilo, utilizado como recurso na internação psiquiátrica, hoje temos os usuários colocados fora do manicômio. Qual caminho realizar nessa apropriação de um espaço retirado deles durante tantos anos?

A ideia essencial do asilo é que estamos nele ao abrigo, fora do alcance; aquela do refúgio é onde nos abrigamos, nos precipitamos [...] Estamos em segurança no asilo, nos colocamos em segurança no refúgio [...] O asilo é feito ou disposto para nos colocar ao abrigo, é nossa salvaguarda, nossa muralha; o refúgio nos protege, é nosso retiro. No asilo estamos fora do perigo, não temos nada a temer; no refúgio escapamos à perseguição, é tudo o que esta palavra nos diz. (Lafaye, 1998, citado por Passos, 2009, p.210).

A citação anterior remonta a uma ideia do perigo de se habitar o mundo na contemporaneidade e ao asilamento como tratamento da doença mental. Em contrapartida, o direito de habitar o mundo e lutar por ele é prerrogativa de todo e qualquer *cidadão*. A questão é o trabalho diário para que possamos sustentar esse lugar de reapropriação para a loucura.

Ao refletirmos sobre a loucura, retomando seu caráter positivo, na contracorrente de um *status* simplificado no discurso sobre Doença Mental, podemos compreender a importância do cuidado com ela fora dos muros segregacionistas dos manicômios e hospitais psiquiátricos, esses que começaram a ser quebrados na Reforma Psiquiátrica. Os muros sociais, estes mais difíceis de lidar, podem ser trabalhados em nosso cotidiano. Há algo sobre a imaginação ocidental em relação ao lugar da razão e, conseqüentemente, em relação ao lugar para a desrazão. Segundo Foucault (2002), no texto “A água e a Loucura (1963)”,

A loucura é o exterior líquido e jorrante da rochosa razão. É, talvez, a essa liquidez essencial da loucura nas nossas velhas paisagens imaginárias que devemos um certo número de temas importantes: a embriaguez, modelo breve e provisório da loucura; os vapores, loucuras ligeiras, difusas, enevoadas, em via de condensação em um corpo muito quente e uma alma abrasadora; a melancolia, água negra e calma, lago fúnebre, espelho em lágrimas; a demência furiosa do paroxismo sexual e de sua efusão (p. 205).

Essa referência às águas para a loucura remonta, inclusive, as intervenções sobre ela, na história dos “tratamentos” anteriores à criação da Psiquiatria como saber especializado para a Doença Mental. Sobre os banhos ou a hidroterapia na medicina asilar, que se inicia no século XVII, continua esse autor:

O sujeito de camisa é amarrado; a uma distância variável acima de sua cabeça (segundo a violência que se quer obter) há uma torneira que pode ter até cinco centímetros de diâmetro. É que o frio não deve mais ser o agente ativo de um refrigério fisiológico, mas a agressão que abate as quimeras, derruba o orgulho, reenvia os delírios à realidade cotidiana (Foucault, 2002, p. 207).

O contexto das duchas poderia ter sido somente o legado do século XVII. Não obstante, as águas jorantes da loucura continuam a denunciar uma sociedade. Foi nesse processo que o louco entrou no hospital psiquiátrico e demorou tantos anos para que de lá

tivesse a *sorte* de sair. Em 1809, Pinel explica sobre a importância das duchas na condução da loucura, que

[...] com frequência são suficientes para submeter à lei geral de um trabalho com as mãos uma alienada que a ele é suscetível, para vencer uma recusa obstinada de alimento e para domar as alienadas arrebatadas por uma espécie de humor turbulento e arrazoado. Aproveita-se então da circunstância do banho, lembra-se a falta cometida, ou a omissão de um dever importante e, com ajuda de uma torneira, larga-se bruscamente uma corrente de água fria sobre a cabeça, o que quase sempre desconserta a alienada, caso ela queira obstinar-se, reiterar-se a ducha (Pinel, 1809, citado por Foucault, 2002, p. 207).

A violência imperante no tratamento da loucura é percebida ao longo dos anos. Resgatar, nesse momento, as duchas frias jorrando nas cabeças dos loucos não se dá de forma tão surreal. Essas duchas frias são práticas comuns e ainda violentas sobre os usuários do serviço de saúde mental. O espaço hospitalar manteve-se com essa prática, com a ducha punitiva para atos considerados errados. E minha ação com Maurício, no hospital psiquiátrico de Uberlândia, utilizou-se do banho para uma nova organização psíquica? Cabe ressaltar que o banho pode ser considerado, ainda hoje, como cuidado. De forma alguma como cuidado em Saúde Mental. Assim, o encontro se dá para além da ducha punitiva proposta no século XVII e reiterada por Pinel, no século XIX. O encontro com Maurício se deu na fala, na escuta, no cuidado para com ele. O banho de água quente acontece a partir de uma conversa, da disponibilização de uma ajuda, de um debruçamento na direção daquele cidadão em sofrimento psíquico. Tomar banho é prática comum, necessária, para além de uma situação higienista. Ainda hoje, nas Residências Terapêuticas, o banho é algo que nem sempre acontece. Resta um cuidado aos que trabalham com cidadãos moradores dessas repúblicas, para que o banho não seja como as duchas frias e punitivas da loucura. A delicadeza do cuidado se dá no cotidiano de uma casa, nas escolhas, conversas, argumentos e, acima de tudo, num profundo encontro com um corpo esfacelado pelos longos anos de internação.

No contexto de uma Residência Terapêutica, tudo acontece na simplicidade do cuidado, na retomada de uma vida antes confinada ao espaço hospitalar. Os profissionais que lá atuam têm como suporte o imaginário de uma sociedade da qual fazem parte esses mesmos profissionais. Retomar as duchas mostra que o banho, prática comum a toda sociedade, historicamente teve outro uso com pessoas em sofrimento psíquico. Ainda hoje, algumas pessoas que excederam o consumo de álcool, por exemplo, são punidas com a ducha fria que

“melhora e cura”. O corpo do louco, mesmo na residência terapêutica, pode ser manuseado através de atos de violência, como aquele do banho punitivo, mas também em todas as demais ações de uma casa. As regras desse jogo parecem mais sutis e igualmente mais delicadas. Romper com a estrutura manicomial não se dá com a criação de uma casa-serviço, mas se inicia com a compreensão de que esse dispositivo, com o tempo, precisa se tornar simplesmente uma casa.

A destruição do espaço hospitalar determina o surgimento de um novo tipo de profissional, que precisa, literalmente, circular, se mover nos espaços sociais concretos, não mais no espaço de proteção duvidosa do asilo. Nesses espaços, existem os sujeitos em suas individualidades, grupos humanos concretos e complexos, aos quais o profissional atualmente precisa se dedicar. E se afastamos o objeto “doença” para olharmos o ser humano, a tarefa é árdua. Esse profissional não terá mais objeto a isolar, a conhecer, sob a capa protetora de um saber especializado que lhe garanta um poder-saber – esta relação desequilibrada que, por anos, desfavoreceu o louco, asilado, paciente, refugiado em um asilamento a ele *imposto*.

Apesar dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, ainda há falhas e pontos questionáveis no Movimento de Luta Antimanicomial. Tanto no Brasil quanto nos países europeus, há muito que fazer no campo da Saúde Mental, considerando-se que o problema fundamental que parece se delinear extrapola esse campo específico, envolvendo questionamentos acerca do tipo de sociedade que queremos, onde poderão ter lugar novas formas e saberes não estigmatizantes da loucura e não reforçadores da segregação social.

Foucault (2002), no texto “A Loucura e a Sociedade (1970)”, aponta que, de modo geral, temos os “domínios das atividades humanas” divididos em “quatro categorias: trabalho, ou produção econômica; sexualidade, família, quer dizer reprodução da sociedade; linguagem, fala; atividades lúdicas, como jogos e festas.” (p. 260).

Se lembrarmos de que a sociedade atual apresenta um estilo de organização no qual a capacidade de reconhecer o outro parece estar sob riscos, podemos pensar como essa articulação de território pode ser estabelecida no convívio entre a RT e a comunidade, a vizinhança que o recebe, em suas obrigações de cidadão – não somente em uma pseudo-ideia de desinstitucionalização –, com sua inserção na lógica contemporânea. Conforme apontado por Foucault, na década de 1970, ainda se observa o predomínio de uma forma de relação excludente com a loucura, não superada. Persistem, em nossa sociedade, a subjugação, o domínio e a destituição de saberes, considerando-se o louco como alguém a ser tutelado, na suposição de uma menoridade mental, civil e jurídica.

De qualquer forma, aqueles que são excluídos diferem de um domínio a outro, mas pode acontecer de a mesma pessoa ser excluída de todos os domínios: é o louco. Em todas as sociedades, ou quase todas, o louco é excluído de todas as coisas e, segundo o caso, ele se vê recebendo um status religioso, lúdico ou patológico (Foucault, 2002, p. 261).

Quando pensamos nos moradores que habitam a Residência Terapêutica, recorte dessa investigação, não podemos nos furtar ao sentido social-discursivo que aqueles moradores carregam como uma forte marca de estigmatização – como vimos reiterando e advertindo. Mesmo quando recobram sua capacidade de ter uma vida, aparentemente tão normal como a de qualquer pessoa, passar pela Psiquiatria deixa marcas irreparáveis, com um sentido claro de inferioridade em muitos planos.

A ruptura dessa condição de vida parece ser possível tão somente quando a problematização da loucura ultrapassa a questão da diferença e adentra o âmbito da segregação social, a qual extrapola em muito o saber psiquiátrico e coloca a existência do louco no interior da realidade compartilhada por todos os fragilizados e segregados em relação às possibilidades de troca social.

No intuito de adequar o serviço às necessidades dos pacientes, as RT são pensadas de acordo com a particularidade de cada morador. Isso requer um cuidado na criação de novos serviços, pois não basta ampliar o número destes, é necessário ter em conta que ‘tipo’ de residência, dentro de um programa residencial, deve ser criada. Revela-se, assim, a estratégia institucional da RT, que busca apresentar aos futuros moradores as condições necessárias para iniciar sua empreitada fora da instituição psiquiátrica. Também vale lembrar que, como parte do processo de desinstitucionalização, a montagem de novos serviços não pode se furtar à função a que foi destinada: dar suporte ao desmonte dos hospitais psiquiátricos, e, portanto, deve se adequar a uma agenda mais ampla:

A transmutação do *sujeito-sujeitado* para o *sujeito-cidadão* exige a construção de uma rede social que entrelace todos os âmbitos possíveis: do território às políticas globais, dos serviços às políticas públicas, dos setores específicos à intersetorialidade, das representações sociais às representações inconscientes, da intersubjetividade à intrasubjetividade, o trânsito horizontal e vertical entre os âmbitos jurídico-político, sociocultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial (Scarcelli, 2011, p. 78).

Temos, então, um serviço que atende às necessidades de uma política de assistência e que se edifica no ideal de ser uma casa para cada morador. Mas, acima de tudo, precisamos de

um lugar para trocas, para a construção de cidadania nas relações que se estabelecerão; convivência nem sempre tranquila. Enfim... um território vivo, complexo e belo.

Os ex-internos de hospitais psiquiátricos podem ser aceitos, principalmente pelos técnicos, o que não significa que estão sendo ouvidos como sujeitos. A aceitação da diferença está muito aquém daquilo que podemos pensar como cidadania. Ter uma casa para morar financiada pelo Estado, por uma ONG ou por uma instituição filantrópica, pode representar uma forma de humanização dos serviços, uma forma de ação humanitária, mas isto ainda está muito distante daquilo que se liga à construção de cidadania (Scarcelli, 2011, p.79).

Configura-se, desse modo, um dispositivo que se pretende uma instituição fundada a partir de cada morador, não podendo fugir dos contornos que cada um necessita para ali estar. E temos ainda uma assertiva, qual seja, subverter a lógica hospitalar, já que a constituição histórica da RT se deve ao desmonte do manicômio a partir da crítica à sua lógica. Mas em que consiste esta lógica que não deve ser reproduzida?

O morar associa-se à saída do hospital, à necessidade de lidar com questões complexas que no hospício não são consideradas como próprias. Entre os aspectos dessa complexidade está o novo lugar, muitas vezes paradoxal, que os trabalhadores das equipes podem ocupar; a mudança de hábito diz respeito a ambos - internos e trabalhadores. Estes, por sua vez, também vivem no hospício uma forma de internação, de submissão à lógica manicomial. [...] A saída da pessoa internada do espaço hospitalar implica a saída dos trabalhadores desse mesmo espaço, significa a possibilidade de morte da equipe (Scarcelli, 2011, p. 87).

Podemos afirmar que devido ao emaranhado de tramas discursivas e padronizações de procedimentos que encontramos dentro dos ambientes manicomial, os pacientes se enredam nos jogos de poder-saber que ali se atualizam. Há, de certo modo, uma tentativa de apagamento do que é mais subjetivo de cada um, empenhando uma forma de cuidado que só se diferencia para cada paciente a partir da convocação feita por ele ou de muito esforço da equipe. Como instituição, as regras são pensadas para garantir o funcionamento do hospital, e cabe ao paciente internado adequar-se (ou não) àquilo que é pensado para acolher 'a todos', deixando pouco espaço para o que é singular.

Desse modo, a lógica operada na Saúde Mental exige constante debruçamento sobre políticas públicas que visem à cidadania dos envolvidos nesse processo. A Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, ano de promulgação da Lei nº 10.216, torna

imprescindível essa discussão, que não se extingue na lei, mas se inicia num novo processo de atendimento aos usuários do serviço de saúde mental:

É fundamental a implementação de redes socio sanitárias, municipais, territoriais e comunitárias que possibilitem a incorporação de recursos potenciais habitualmente subutilizados. A ativa participação das famílias, dos usuários, trabalhadores, gestores e outros atores da comunidade proporciona um efetivo suporte social decisivo em qualquer modalidade de cuidado, permite maior cobertura, um seguimento mais eficaz e personalizado das pessoas e promove corresponsabilidade na atenção contínua dos mesmos. É primordial a implementação de políticas públicas intersetoriais que garantam a efetiva qualidade de vida de todos os cidadãos que se confrontem com mecanismos e processos de exclusão. Portanto, é necessário desenvolver programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, garantir o acesso, o acolhimento, a responsabilização, a produção de novas formas de cuidado do sofrimento, visando aos processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos. (Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001, p. 25 citado por Scarcelli, 2011, p. 156).

Destarte, a criatividade e flexibilidade são componentes fundamentais no contato e encontro com essas pessoas atendidas nos serviços territoriais, moradoras novamente da cidade. Cidadãos que terão mais uma vez a chance de transitar na sua cidade que por tantos anos foi negada a eles.

3.3 O CENSO PSICOSSOCIAL E A POPULAÇÃO VIVENDO EM HOSPITAIS

A cidade de São Paulo conta, atualmente, com 24 residências terapêuticas²³ espalhadas em diversos bairros da cidade, inseridas nas subprefeituras da capital paulista. Essas residências estão divididas em masculinas, femininas e mistas. Segundo a prefeitura de São Paulo, essas 24 casas estão distribuídas nos seguintes bairros: Lapa, Vila Prudente, Aricanduva, Pirituba, Mandaqui, Itaquera, M'Boi Mirim, Campo Limpo, Itaim Bibi, Butantã, Perdizes, Ipiranga, Jabaquara, Brasilândia, Ermelino, Itaim Paulista, Santo Amaro e Parelheiros.

A partir do Primeiro Censo Psicossocial, realizado em 2008, pode-se traçar os caminhos de desinstitucionalização no Estado de São Paulo, realizados após a promulgação da

²³ Informação disponível em capital.sp.gov.br

Lei nº 10.216/01. O objetivo do Censo foi avaliar as condições em que se encontram, além da quantidade de moradores vivendo em hospitais psiquiátricos, no Estado de São Paulo. De acordo com Barros e Bichaff (2008), existiam 6.349 pacientes em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo quando da realização do primeiro Censo, em 2008. Destes, a maioria estava em condição de iniciar o processo de reinserção na cidade, através das Residências Terapêuticas (RT). Esses dados foram analisados novamente no Segundo Censo Psicossocial, realizado em 2014. Destaca-se aqui, que não serão realizadas comparações entre os dois Censos Psicossociais e sim, uma breve e simples, apresentação dos dados atuais pertinentes a essa pesquisa, de acordo com as autoras do Censo 2014.

Como visto anteriormente no Censo 2008, Cayres, Ribeiro, Elias e Coutinho (2014), reafirmam que, a formalização de ações e programas específicos em saúde mental não representa necessariamente a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil em termos legislativos e, menos ainda no que tange às mudanças necessárias na forma de trabalhar no cotidiano desse tipo de cuidado especializado. Nesse sentido, percebemos a pouca mudança nesse cenário. Em 2014, existiam ainda 4.439 pessoas morando nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. De acordo com as autoras,

O investimento em serviços extra-hospitalares de base comunitária na política de saúde mental teve pouca adesão, uma vez que grande parte dos recursos financeiros que a eles poderiam ser destinados foi, por muito tempo, dirigida predominantemente à área hospitalar; a isso se soma a forte resistência da sociedade em incluir os doentes mentais nas cidades – em seu “território”–, fora do ambiente hospitalar. (Cayres et al., 2014, p. 13).

Nesses termos, muito ainda precisa ser feito para que essa situação possa realmente ser alterada. A efetiva mudança na condição de moradia dessas pessoas passa, inevitavelmente, pela implicação de todas as esferas do poder público. Diante disso, o Censo 2014 considerou em seus objetivos:

- (i) relacionar os achados de 2014 com os resultados obtidos em 2008, quando possível, a fim de identificar as relações de semelhança ou de disparidade que possam eventualmente existir;
- (ii) caracterizar os moradores, por meio de sua condição socioeconômica, jurídica, de saúde e rede de apoio social;
- (iii) analisar as condições de vida e de saúde dos moradores, com vistas ao autocuidado e à desinstitucionalização; e
- (iv) identificar os grupos de moradores que necessitam de tratamento diferenciado por parte dos serviços de saúde, visando ao

planejamento de ações específicas, muitas delas intersetoriais (Cayres et al. 2014, p. 14, grifo nosso).

Na análise de resultados do Censo, foram percebidas as questões advindas da diferença no número de moradores, tendo sido encontrados 1.910 moradores a menos que no primeiro censo em 2008. Para compreender essa diferença, foram contabilizados os números a partir de óbitos e altas, chegando ao total de 1.170 óbitos, 739 altas para RT e um caso de morador cujo destino não foi possível identificar. O Censo, por sua vez, considerou também as alterações no número de moradores por Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo.

As regiões com as maiores taxas de redução de moradores (internados até 2007) foram: Barretos (-100%), Piracicaba (-57,8%), São Paulo (-56,4%), Bauru (-46,5%) e Ribeirão Preto (-42%). Em contraponto, alguns DRS apresentaram queda pouco expressiva, como: Araçatuba (-7,2%), Marília (-10,6%) e São João da Boa Vista (-17,2%), ou até mesmo o aumento no número de moradores, como em: São José do Rio Preto (+73,7%), Taubaté (+34,5%) e Araraquara (+14,3%) (Cayres et al., 2014, p. 38).

Em relação ao tempo de internação desses moradores e sua faixa etária, alguns dados são alarmantes. Ainda seguindo as autoras:

Do total de moradores identificados no censo de 2014, 74,5% estão, no mínimo, internados há mais de 10 anos. O intervalo mais frequente nessa faixa de moradores é de 16 a 20 anos de internação (15,8%). Chama a atenção o fato de que o segundo intervalo mais frequente (de 1 a 5 anos), equivalente a 13,6% do total, corresponda a internações feitas após a conclusão do primeiro censo (Cayres et al., 2014, p. 39).

Os dados e análise apresentados pelas autoras podem ser verificados no Censo 2014. Para a presente investigação, destacar-se-ão os moradores oriundos da cidade de São Paulo.

Dentre os moradores que mencionaram o Estado de nascimento (85,8%), 79,1% nasceram no Estado de São Paulo, 7,7% em Minas Gerais, 3,7% no Paraná e 3% na Bahia. Do total de 84,9% dos moradores que informaram o município de nascimento (ou cuja informação foi resgatada do registro no prontuário), os cinco municípios com maior percentual foram: São Paulo (14,3%), Sorocaba (2,1%), Marília (1%), Santos (0,7%) e Itapeva (0,6%). Dentre as cidades citadas como último município de residência, figuram com os maiores percentuais: a

capital (10,6%), Sorocaba (4,5%), Francisco Morato (4,5%), Itapira (1,8%) e Tupã (1,7%). (Cayres et al. p. 48, grifos meus).

Em relação aos motivos que mantêm esses moradores em internações de longa duração, contrariando o estabelecido pela Lei nº 10216/01, encontramos três grupos, assim distribuídos: precariedade social, doença clínica e transtorno mental. Conforme Cayres et al. (2014):

Nota-se que a maior parte da população (65,7%) permanece internada pela combinação de precariedade social e transtorno mental; 14,8% continuam internados devido unicamente ao transtorno mental; 12,7% por apresentar o conjunto dos três motivos alegados; 0,2% apenas por doença clínica diagnosticada; e 2,2% por expressa precariedade social (p. 88).

O alto índice de precariedade social justifica a construção de novas Residências Terapêuticas para viabilizar a desospitalização, bem como a reinserção na cidade. De acordo com o Censo, quanto maior a idade do morador, mais alta a combinação de precariedade social e transtorno mental, o que justifica afirmar que a cronificação da doença aumenta com o tempo em que o morador permanece no hospital. Assim, justifica-se a urgência para que o Poder Público considere o investimento no modelo de Residências Terapêuticas para o Estado de São Paulo. Ainda nessa discussão, a quantidade de moradores da cidade de São Paulo informa a necessidade de um mínimo de trinta novas Residências Terapêuticas para a cidade. Dito de outra maneira, é necessário duplicar o número atual de Residências Terapêuticas.

Em contrapartida, os moradores entrevistados no Censo 2014 foram questionados acerca da vontade de deixar o hospital. Do total de 4.439 moradores, 59% manifestaram a intenção de sair e 41% informaram que não têm interesse em sair. Na discussão sobre esses dados, foi percebido que o tempo de internação interfere nessa vontade. Quanto mais tempo se passou morando no hospital, aliado à idade, menor o desejo de morar fora daquele espaço. Assim, o asilo tornou-se um lugar fundamental, e esse morador sequer considera o retorno à cidade:

Esses dados reforçam a hipótese de que as pessoas que têm mais idade e estão internadas há mais tempo sentem mais as consequências do processo de longos períodos de institucionalização. E, como já estão há tanto tempo vivendo nessa condição de morador de

hospital psiquiátrico, o receio e o medo de viver algo diferente dessa condição infelizmente tende a prevalecer (Cayres et al., 2014, p. 91).

Os cuidados para com essas pessoas é ponto nodal nas políticas públicas. A moradia e o retorno à cidade precisam ser analisados. E se a vontade de muitos não existe, urge um trabalho das equipes de saúde mental, visando de fato o acompanhamento dessas pessoas que tiveram seus direitos de cidadania negados. Não se pode entender de forma rasa o desejo de permanência naquele espaço e, sim, é preciso compreender a necessidade de reparo aos danos causados a todos esses que ainda vivem atrás dos muros asilares e que sequer tem condição de falar sobre a cidade perdida. Aos que expressam o desejo de morar fora do hospital, há de se analisar seus desejos e cuidar disso, visto que uma expressa maioria apresenta vontade de morar com seus familiares, situação que nem sempre será possível. E no árduo trabalho que se impõe a nós, profissionais de saúde mental, uma questão é ainda urgente: qual o lugar possível para esse morador de hospital psiquiátrico?

Mais de um quarto (26%) justificou o seu desejo de viver fora da instituição psiquiátrica alegando a vontade de morar com parentes ou perto dos familiares. Os 17,9% que demonstraram a vontade de ter mais liberdade apresentaram vários motivos: ter mais privacidade, mudar de vida, usufruir a vida, poder escolher o que fazer, os passeios, as atividades de lazer, visitar os amigos, relacionar-se, ocupar-se com estudos e/ou trabalho. Outro motivo frequentemente citado, por 13,7% dos respondentes, indicava uma vontade genérica de morar numa casa (talvez ter um lar) ou voltar para casa; 8,9% mencionaram que gostariam de morar em uma cidade específica. Para 10,8% dos respondentes, o desejo de viver em qualquer outro lugar que não seja o hospital deve-se ao fato de acharem que hospital não é lugar de morar ("é ruim, é fechado, é prisão"), porque os deixa perturbados, infelizes e enjoados, ou porque sofrem maus tratos, provocações, acidentes ou se envolvem em brigas. Foram poucos os moradores que manifestaram, expressamente, o desejo de morar em uma residência terapêutica (2,1%) ou, então, mudar-se para outro hospital ou instituição similar (1,8%) (Cayres et al., 2014, pp. 91-92).

Diante da grave situação com a qual nos defrontamos atualmente, temos que compreender sobre o quanto a cidade e as políticas públicas pouco fizeram para que o retrato manicomial fosse desconstruído, nesses 14 anos de uma lei que pretendia redirecionar todo o tratamento dado às pessoas acometidas de transtornos mentais fora do ambiente hospitalar. Para tanto, o caminho árduo para a reinserção social tem sido construído aos poucos pelas

residências terapêuticas e pelos profissionais preocupados com a desospitalização. Nesse sentido, não só essa modalidade de moradia é contemplada, sendo também o retorno para a família uma possibilidade, mesmo que em número reduzido uma vez que ele nem sempre é possível pela ausência de vinculação familiar. Destaca-se, também, que a moradia em Residência Terapêutica pode ser transitória, caso a família tenha o interesse futuro de que seu familiar retorne a morar com ela.

Como vemos, no entendimento de que o hospital não é mais recurso possível de atendimento à essa parcela da sociedade, a Residência Terapêutica emerge como fundamental nesse processo de desospitalização, ao receber moradores com chance de retomada da cidade e da casa. E, ao lembrarmos que a mudança para uma Residência Terapêutica não é o fim, mas o início do processo de morar, podemos acreditar na possibilidade de que essas pessoas retomem suas vidas, negadas pela internação de longa duração.

3.4 A HISTÓRIA DE JOÃO: A CIDADE, O MANICÔMIO JUDICIÁRIO, OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E A RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

A história de João é como a de muitos outros moradores de hospitais psiquiátricos que entraram pela porta da frente e lá permaneceram por tantos anos. Alguns estão ainda lá. Mas a história de João também é a outra face da moeda, quando quem tem a palavra é o irmão dele. Entrei em contato com o irmão de João numa tarde de sábado, quando ele foi visitá-lo – João é morador de uma das 24 residências terapêuticas da cidade de São Paulo. A primeira intenção desse relato é que a identidade de João seja preservada²⁴, assim como a identidade de Marcos, irmão que nunca foi distante, mesmo nos anos de internação em muitos hospitais diferentes. A segunda intenção é demonstrar que, embora nem sempre o familiar abandone, a lógica manicomial pode estimular esse afastamento. Se a história contada por Marcos é verdade, não se saberá nem se pretende saber. Nesse contexto, qual o alcance de uma ficção para nossa investigação? Herrmann (1999) considera que,

ficcional não significa falso, nem mesmo cientificamente menor, mas inserido num tipo de verdade peculiar a literatura, que é em geral mais apropriada para a compreensão do homem que a própria ciência regular. Ficção é uma hipótese que se deixou frutificar até as últimas consequências, antes de decidir sobre sua

²⁴ O relato que segue suprime nomes verídicos, gênero e condição sócio-cultural dos envolvidos.

validade, é um instrumento poderoso de descoberta, mas tende a capturar o investigador, que também é personagem dela, levando-o a crer que sua história é fato (p. 18).

O que tem de importante essa história? Ela pode ser uma obra ficcional, apresentada e não analisada, mas atravessada por múltiplas significações. Essa história é como a de Camélia, Maurício ou Luiz - aproxima-se, afasta-se de fragmentos de verdades, atravessadas inevitavelmente pela subjetividade do narrador, oriundas da escuta, mas ancoradas nesse conceito de ficção, apresentado pelo autor.

Eu poderia selecionar outra história para contar, mas essa se mostra diferente, principalmente no que se refere ao irmão de João, bem como aos seus pais. Nessa história, a família tentou garantir que João permanecesse em casa, mas sem sucesso. O hospital foi a moradia por 27 anos...

Gerônimo veio tentar a vida em São Paulo, trabalhando num escritório, no centro da cidade. Começou como contínuo, ou *office boy*, profissão que seu filho também exerceu. Gerônimo trabalhou muitos anos no mesmo escritório, fez curso de contabilidade, trocou de cargo, conheceu outros contadores da região. O contador Gerônimo é casado com Maria, dona de casa e cuidadora dos dois filhos do casal.

Quando João completou 20 anos, já se apresentava de modo “diferente”, enciumado com as visitas que iam a sua casa, sem conseguir estudar muito e com tantas repetições na escola que o sonho dos pais de que ele entrasse na universidade tinha sido deixado para trás. Alguns anos se passaram, até que Gerônimo decidiu arrumar um emprego para o filho. João tinha trinta anos! Encontrou vaga de *office boy* no mesmo escritório onde ele trabalhava, na época. Pai e filho dividiram o mesmo escritório por um ano, quando Gerônimo foi convidado para trabalhar no setor metalúrgico, em uma cidade próxima a São Paulo. João permaneceu ainda cinco anos trabalhando, quando seu pai foi chamado ao escritório e comunicado que João seria desligado. As alegações foram que o filho se negava a sair para realizar atividades externas, dizia sobre homens que o seguiam pelas ruas, envolvimento em brigas supostamente por tentativas de assalto, criou confusões com outros profissionais que afirmava serem ladrões perigosos em busca de documentos secretos. Uma cena foi evidenciada pela chefia direta: numa tarde, quando a secretária levou o café para a sala de reuniões, onde um cliente fechava negócio, João entrou desesperado na sala, gritando sobre o veneno que havia sido colocado no café a fim de matar seu chefe.

A demissão ocorreu e João permaneceu em casa. Segundo o relato de Marcos, o irmão chorava dias e dias, permanecia no quarto e não tomava banho. A mãe de João, dona de casa, seguia com seus afazeres, sem conseguir ajudar seu filho. Marcos tinha casado há pouco, morava em outro bairro, e visitava pouco seus pais e o irmão. Ficava sabendo de episódios em que o irmão, em “crise nervosa”, quebrava a cama, o guarda-roupa e a televisão. Meses se passaram nesse sofrimento. Em uma tarde de terça-feira, Marcos recebeu uma ligação solicitando que ele fosse, com urgência, até a casa de seus pais. Ele sabia que seu pai estava trabalhando em outra cidade. Desesperado, atendeu a solicitação da polícia. Ao chegar, viu sua mãe deitada no sofá. A casa tinha sangue por todos os lados. Alguns vizinhos sem saber o que acontecia. João já não estava em casa, tinha sido levado para o hospital. O ocorrido: uma prima de João tinha ido visitar a tia e quando as duas estavam na sala, tomando café, João a atacou com golpes de faca. Desmaiada e sangrando, é encontrada pela polícia, acionada por uma vizinha que escuta os gritos e vê a cena pela fresta de um muro.

Maria disse que tentou conter o filho, mas foi empurrada para o sofá, passou mal e desmaiou também. Pelo que se ficou sabendo, João se desesperou ao ver a mãe desmaiada, foi até a cozinha e com uma faca cortou os pulsos e perfurou sua barriga. Foi encontrado pela polícia dentro de seu quarto, chorando, sangrando e desesperado. Levado ao hospital, junto com sua prima, tomou outro rumo. Uma semana mais tarde, a prima recebeu alta. João foi então levado ao manicômio judiciário, atualmente denominado Casa de Custódia e Tratamento.

Durante nove anos, aos sábados, Gerônimo visitou o filho, dentro das grades daquele lugar. Saía cedo de casa, dirigindo seu *Passat*, marca do carro escolhido por João. Levava café, suco e um bolo preparado nas noites de sexta-feira pela mãe Maria. Essa foi a cena durante todos os sábados ao longo desses anos em que Gerônimo perguntou sobre quando o filho, esquizofrênico, receberia alta médica e voltaria para sua casa. Em uma dessas visitas, recebeu a notícia de que seu filho jamais poderia deixar aquele lugar e voltar para casa. João era esquizofrênico, sentença esperada para viver no manicômio, ser deixado lá pela família. Esquizofrênico e com cumprimento de medida de segurança, a justiça o manteria lá, mesmo com uma família querendo que ele voltasse para casa. Até quando? Nas informações recebidas por Gerônimo, ele nunca mais sairia. Exagero? Talvez não, a medida de segurança cessa quando existe um laudo que ateste que o paciente não oferece risco de novamente cometer um crime. A pergunta é: quem atesta que o outro jamais cometerá um crime? Assim, João não foi esquecido pelo pai, mas continuou morando naquele lugar.

Dois meses depois da notícia, Gerônimo continuava sua trajetória semanal até o manicômio judiciário. Na verdade, continuava indo, mas a tristeza era presente no relato de Marcos. Gerônimo tinha se aposentado. Tinha um filho morador de manicômio. Maria adoecida em casa. Marcos mudou-se para outra cidade. Numa manhã de domingo, Marcos recebeu uma ligação do pai, pedindo que ele viesse até São Paulo. Em reunião de família, contou que foi diagnosticado com câncer de pâncreas. Morreu seis meses mais tarde. Uma semana antes de morrer, pediu que Marcos o levasse até o manicômio para se despedir de João. Ao sair, solicitou que mantivessem as visitas, levasse bolo de cenoura, o preferido de João.

Marcos decidiu voltar para São Paulo, cuidou da mãe por mais seis meses, quando então Maria morreu. Manteve a promessa feita ao pai, mas com frequência diferente. Ia até o manicômio judiciário mensalmente. Comprava o bolo de cenoura na padaria do bairro. Contou a João que sua mãe havia morrido. João chorou um pouco.

Os anos se passaram, agora com Marcos assumindo o compromisso em visitas mensais, às vezes bimestrais, outras chegando a seis meses de intervalo; até um dia em que, ao chegar naquele manicômio judiciário, descobriu que o lugar havia fechado. Com a promulgação da Lei nº 10.216, em 2001, o manicômio judiciário cerrou suas portas. Ao perguntar sobre onde o irmão estava, foi informado, pelo vigia do lugar, que os antigos “presos” haviam sido transferidos para um hospital numa cidade próxima. Marcos foi até o hospital para descobrir se seu irmão estava mesmo nesse novo lugar. Na história da psiquiatria, transferências de moradores eram comuns, mas não era comum avisar os parentes, caso aqueles moradores recebessem suas visitas. Ao encontrar João, ficou feliz... Sabia que uma promessa precisava ser mantida em memória de Gerônimo.

As próximas visitas foram realmente mensais. Nesse novo hospital, as coisas pareciam diferentes. Lá não estavam somente “presos”, mas também pessoas esquizofrênicas que haviam sido abandonadas pelos familiares. João tentou tirar o irmão, mas não conseguiu. Disseram que o fato de ele ter “cometido um crime” o manteria internado. Foram mais cinco anos dentro do novo hospital. Marcos fez amizade com os profissionais. Ligava um dia antes da visita mensal para informar que iria. Numa dessas ligações soube que seu irmão seria transferido novamente de hospital. A alegação era de que os pacientes da capital precisariam estar em algum hospital de São Paulo. Não pode questionar e pediu que lhe avisassem qual seria o novo lugar.

Passaram-se duas semanas e sua esposa recebeu uma ligação de um hospital psiquiátrico de São Paulo, solicitando que Marcos fosse até lá para uma conversa com a

equipe. Mas essa conversa precisou esperar, pois, naquela semana, Marcos estava internado em um hospital geral, em virtude de um derrame cerebral. Permaneceu internado durante um mês, até que a alta hospitalar veio. O resto do tratamento seria em casa, diferente do acontecido com seu irmão João que, esquizofrênico, permanecia internado em um hospital psiquiátrico. Marcos foi visitar o irmão oito meses após a chegada de João em São Paulo. Fez alguns acordos com a equipe técnica, sobre roupas, visitas e demais cuidados de que ele poderia participar, mesmo que João ainda se mantivesse internado. As visitas continuaram mensais. Levava roupas compradas com a pensão recebida por João. A equipe tinha descoberto um direito de João à pensão vitalícia em razão da morte de Gerônimo, tendo Marcos, o irmão, como curador. O ano era 2009, oito anos após a promulgação da Lei nº 10.216. Nessa conversa, pergutaram o motivo pelo qual João não poderia morar com Marcos. Acusaram Marcos de ter abandonado o irmão em hospitais psiquiátricos. As conversas foram bastante difíceis e Marcos só conseguia se lembrar da primeira informação dada a Gerônimo: meu irmão não pode sair porque cometeu um crime. Disseram que ele precisa morar em hospitais psiquiátricos. Eu nunca abandonei meu irmão. Meu pai morreu tentando tirar ele daquele lugar. Não julguem o sofrimento da minha família. Não posso levá-lo comigo agora. Estou doente. Minha esposa está doente, em fase terminal de um câncer. Cuidem dele aqui. Eu o visitava mensalmente, agora posso vir todos os sábados. Minha esposa acabou de falecer. Moro sozinho no décimo andar. Não tenho quem fique com ele em casa.

E quem seria o vilão numa história de atrocidades? Existiria vilão? Qual o papel do Estado no tratamento dos pacientes psiquiátricos? Que lei é essa que só surge agora? Essas foram questões colocadas para mim, quando conheci Marcos. O sofrimento era visível, as lágrimas rolavam no rosto daquele senhor de setenta anos. Tentei explicar um pouco sobre Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo em que tentava acolher aquele sofrimento.

Durante seis anos João morou num hospital psiquiátrico em São Paulo. Em alguns desses anos foi morador de um lar abrigado, dentro do próprio hospital. Marcos achava que aquela opção era a melhor dos últimos tantos anos internado. Morar com ele não era possível! Talvez se Gerônimo estivesse vivo ficasse feliz em saber que existiu uma lei que proibia internações de longa duração. Mas até para quem está em medida de segurança? Os técnicos desse hospital disseram que não veio histórico de João. A perda de alguns históricos não seria ruim. Nessa ultima internação, João era somente esquizofrênico, sem qualquer menção ao ocorrido no passado.

Marcos manteve sua posição quanto a não conseguir cuidar do irmão em sua casa, até que foi informado de uma vaga em uma Residência Terapêutica na cidade. O antigo morador dessa residência tinha falecido recentemente. Morreu fora dos muros do hospício, numa casa!

Aos 62 anos, o futuro de João poderia de ser modificado. Gerônimo se alegraria em saber que o filho teria de novo uma casa. João retornou à cidade numa tarde de segunda-feira. Esse foi o início de uma nova vida fora dos muros dos três manicômios onde ele morou. Marcos não estava presente, tinha viajado de férias; conheceu a nova casa do irmão um mês depois. Segundo os cuidadores responsáveis por essa residência, Marcos chorava muito quando viu o irmão com um quarto.

No dia da nossa conversa, falamos sobre pequenas questões que são as maiores possíveis no início do processo de morar. João tem agora seu próprio guarda-roupa, sua cama, sua pasta dental e suas roupas lavadas individualmente. Mas ele começa a ter gastos, com o barbeiro semanal, com o táxi para ir a consultas médicas e para passeios futuros. O início do processo de morar tem seus problemas... João insiste em levar para o seu quarto o prato em que comeu. Às vezes, encontram-se restos de pães, bolachas, copos com café. Não raro são encontrados os chinelos escondidos dentro do travesseiro. Essas cenas são comuns para quem morou tantos anos em hospitais psiquiátricos. Cenas manicomiais que são revividas na atual moradia. Como lidar com elas? Basta relembramos o que foi mencionado anteriormente: morar numa Residência Terapêutica é a reconstrução de uma subjetividade negada durante tantos anos de exclusão.

E como a história só começou agora, o que temos é a certeza de que João viverá novamente em uma casa, sua nova casa: a Residência Terapêutica. Marcos conta a mim toda uma trajetória de enfrentamentos, lembra a todo instante de seu pai. Sorri, ao final, dizendo que, agora, João pode voltar a ser um cidadão!

4 O DIREITO DE VIZINHANÇA: QUANDO OS VIZINHOS SE POSICIONAM DIANTE DE UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

•

*“Cidadão, esquizofrênico, parado em frente ao boteco
De galocha, na avenida principal, pedindo um teco
Ouvindo um samba na cachola, ouvindo um rap
Vendo Bruce Lee voar
Meu bairro nunca foi igual ao bairro de nenhuma estória
E tem seu próprio carnaval, um cidadão nunca vai ser igual”*

(Romulo Froes e Rodrigo Campos²⁵)

O caminho dessa investigação mostrou o trabalho ocorrido na cidade para que os manicômios fossem fechados – embora a Lei nº 10216/01 não promova a extinção dos hospitais psiquiátricos, ela considera a alteração no modelo – e uma nova modalidade de atenção em saúde mental pudesse ser construída. O respaldo dessa alteração na forma como os usuários de saúde mental deveriam receber tratamento deu-se nas apostas e pesquisas feitas ao longo de muitos anos. Foram essas pesquisas e apostas que fizeram com que, em Trieste, o manicômio fosse extinto e, no Brasil, consolidado o movimento de luta antimanicomial. Não obstante, segue sendo necessária a produção cotidiana de novas formas de pensar, pois nessa prática, nesse modo de agir, a intenção é problematizar as normas estabelecidas pela cultura, de modo a que possam ser confrontadas e rompidas quando promovem um modelo segregacionista tal como o hospitalocêntrico, particularmente quando esse modelo se apresenta internalizado na sociedade, contrariando os produtos da pesquisa científica e os novos modelos pensados na atenção em saúde mental. Importa tornar visível a loucura fora dos estereótipos que a cercaram e que ainda a cercam, para que seja possível enfrentá-los.

A questão que se faz presente é como a cidade, a vizinhança e o contexto sócio-cultural produzem um contra-ataque a essas ações de ruptura da norma estabelecida. Ruptura essa que o movimento de luta antimanicomial impõe – e está correto em fazê-lo – discutindo dois temas muito caros: rede e território. Somente com essas duas discussões, teríamos uma possibilidade de que esses “novos” moradores da cidade pudessem ser acolhidos. Por outro

²⁵ “Cidadão”, música de Rodrigo Campos e Romulo Frões, lançada em 2011, no álbum *Passo torto*.

lado, as reivindicações precisam ser claras no que concerne, de fato, a construção de rede de apoio satisfatória, sob o risco de que esses novos moradores possam sofrer violências parecidas com as vividas dentro do manicômio. A cidade, nesse sentido, poderia ser, e às vezes o é, a fonte de violência contra não somente a população vinda dos antigos manicômios, mas contra outras populações que também se encontram vulneráveis socialmente. Aqui se junta não apenas a loucura, mas as demais vulnerabilidades dessa população em questão.

A promulgação da Lei nº 10.216 e a construção de equipamentos em saúde mental, fora dos muros do manicômio, não garantem, por si só, que essas pessoas serão acolhidas na cidade. Claro que podemos compreender que, quando algum sujeito não interfere no cotidiano dos demais moradores da cidade, tornando-se somente um coabitante do espaço e garantindo as individualidades e a permanência na realidade “obscurecida pela rotina”, como já compreendido através de Hermmann (2015), o caminho se torna mais fácil. Dito de outra maneira, se meu vizinho não grita no meio da noite, não atrapalha meu sono e não me faz alvo de questionamento daqueles que vêm me visitar e perguntam quem são meus vizinhos, o problema está resolvido ou amortecido. Eu tenho um vizinho que não sei quem e não me preocuparei com ele. E quando isso não acontece?

Assim, para promover uma discussão acerca de como os moradores dessa casa “diferente” interferem na rotina dos vizinhos, analisarei um processo jurídico, nomeado “Direito de Vizinhaça”, no qual os moradores da rua se reuniram em uma solicitação para que uma residência terapêutica mudasse de lugar. Aqui podemos perceber a fragilidade dessa casa – na vigilância promovida pela vizinhaça e na estruturação de uma casa a partir das políticas públicas de saúde, que pode ser constantemente compreendida como uma modalidade de clínica sob o risco de não se tornar uma *casa*, conceito que defendo para as Residências Terapêuticas.

Estamos diante de uma casa-serviço. Aqueles moradores não fizeram um contrato simples de imobiliária – quando decidiram escolher um local para morar, como no caso das “republicas estudantis” –, mas, sim, a instituição responsável pela administração da casa realizou uma locação na modalidade “pessoa jurídica”, após o que realizou a mudança dos moradores. A mobília da casa²⁶ não foi escolhida por aqueles moradores, assim como o imóvel ou mesmo a cor da parede. A entrada naquela casa “diferente” se dá como início de um processo de morar, uma vida nova que se abre para pessoas antes segregadas e cuja

²⁶ A mobília é adquirida com verba de incentivo financeiro para implantação do Serviço Residencial Terapêutico proveniente do Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), segundo o parágrafo 2, artigo 2º, da Portaria nº 3090/2011.

mudança para uma casa não as faz menos segregadas, ao mesmo tempo em que é o ponto de partida para uma reapropriação de um lugar que, futuramente, aqueles moradores poderão chamar de “sua casa”.

Assim como novos moradores em lugar diferente, nossos moradores começarão a aprender onde fica a padaria, o açougue, a banca de jornal, o mercado. Com o tempo, descobrirão onde se sentem mais acolhidos e respeitados pelo comércio local, a praça mais próxima e tudo mais que o território poderá ou não oferecer. No início, o andar nas ruas precisará do auxílio da equipe de cuidadores. São pessoas que começam agora um novo modo de vida, mais próximo dos demais vizinhos. Isso se os vizinhos deixassem ou não os impedissem pelo estranhamento que, como veremos a seguir, e considerando as contribuições de Foucault (2013) ao analisar a lógica imperante na história das prisões – aproxima-se do conceito de “Vigiar”, em uma casa que vista pelo olhar dos vizinhos poderia ser considerada uma estrutura panóptica, principalmente no que diz respeito ao medo de contaminação, aqui colocada pela proximidade com a loucura. A estrutura panóptica, conforme conceituada por Foucault (2013),

[...] funciona como uma espécie de laboratório de poder. Graças a seus mecanismos de observação, ganha em eficácia e em capacidade de penetração no comportamento dos homens: um aumento de saber vem se implantar em todas as frentes de poder, descobrindo objetos que devem ser conhecidos em todas as superfícies onde este se exerça (p. 194).

Nessa perspectiva, os vizinhos estavam a postos para a observação, considerando o risco de contaminação que aqueles moradores poderiam oferecer a eles. Assim como analisado pelo autor, essa Residência Terapêutica estava sob a vigilância constante, para que essa sociedade racionalizada não fosse contaminada pelas “águas da loucura”. O que fez a loucura submetida à prática violenta de reclusão no manicômio, dá lugar ao panoptismo:

A cidade pestilenta dava um modelo disciplinar excepcional: perfeito, mas absolutamente violento; à doença que trazia a morte, o poder opunha sua perpetua ameaça de morte; a vida nela se reduzia a sua expressão mais simples; era contra o poder da morte o exercício minucioso do direito de gladio. O panóptico, ao contrario, tem um papel de amplificação; organiza-se o poder, não é pelo próprio poder, nem pela salvação imediata de uma sociedade ameaçada: o que importa é tornar mais fortes as forças sociais - aumentar a produção, desenvolver a economia, espalhar a instrução, elevar o nível da moral pública; fazer, crescer e multiplicar (Foucault, 2013, p. 197).

Nessa perspectiva, a segurança dos vizinhos está ameaçada, não suportando que nada atrapalhe o modelo produtivo e o estilo de vida no qual estão inseridos. Assim, eles se posicionam, amedrontados com a possibilidade de ter a loucura novamente como vizinha, o gladio se faz presente e é preciso organizar o poder. Para isso, convoca-se não apenas os demais vizinhos, mas a sociedade, no processo “Direito de Vizinhaça”.

Ao tomar o caso desta Residência Terapêutica, a ideia é abordar essa experiência problematizando questões gerais, a fim de compreendermos os riscos possíveis quando nos deparamos com vizinhanças hostis. Nesse sentido, o texto a seguir poderia se referir a qualquer das residências terapêuticas existentes na cidade de São Paulo, salvo naquelas questões que são pertinentes, em linhas gerais, a um bairro de classe média e à população que escolhe habitá-lo.

Quanto à definição de “classe média”, precisamos diferenciá-la das atuais configurações de classe no Brasil, que coloca erroneamente a questão financeira como critério para pertencimento em uma dada classe social, necessitando, portanto, de outra denominação, que provocativamente poderia ser “classe batalhadora” ou “classe trabalhadora”, como propõe Jessé Souza (2010), visto o termo classe média no Brasil ter uma ancoragem histórica importante, que remonta a um lugar ideológico. Ainda segundo esse autor, para haver uma classificação social “é necessário haver uma transferência de valores imateriais na reprodução das classes sociais” (Souza, 2010, p. 23). Ser de uma classe e pertencer a ela está muito além da posse de determinados bens de consumo, como tem sido proposto atualmente. Nesse sentido, a contribuição do sociólogo francês Pierre Bourdieu (2013) é extremamente importante para uma nova noção de classes sociais. Seria possível restringir o conceito de classe à esfera econômica ou ao “campo econômico”, mas isso não é suficiente para que compreendamos como se estabelece essa estratificação e como ocorre certa mobilidade de classe no capitalismo contemporâneo.

Para esse autor “as classes sociais existem de algum modo duas vezes” (p. 111): na objetividade material (primeira ordem) e na objetividade das classificações e representações que se manifestam num estilo de vida (segunda ordem) e que não existem independentemente, mas, sim, como um sistema de “percepção” e “apreciação”, ou *habitus*. Este, por sua vez, é o produto incorporado por uma posição definida pela distribuição das propriedades materiais (primeira ordem) e simbólicas (segunda ordem), levando em conta não apenas a quantidade, mas o volume. Bourdieu considera não só o capital econômico na constituição das classes,

mas especialmente o capital cultural e social. Esse conjunto de capitais torna os seres humanos desiguais já no nascimento, e determina situações de privilégio.

Essas propriedades (materiais e imateriais) incorporadas e objetivadas se tornam nossa linguagem primordial. Então temos uma distinção já desde muito cedo, seja pela quantidade, volume e distribuição da riqueza material, ou um outro lugar que se dá pelo acesso aos bens culturais e intelectuais, se somam para nossa percepção comum de um sistema simbólico. É nessa discussão que se insere a interpretação de Jessé Souza sobre a parcela da população que ascendeu à condição de consumidora e produtora na última década, mas que não podemos chamar de “nova classe média”, pois a tradicional classe média brasileira tem seu lugar de privilégios marcado por um estilo de vida próprio e a esse que nos referimos quando assinalamos esse bairro onde a Residência Terapêutica se inseriu, tornando-se alvo do processo jurídico “Direito de Vizinhaça”, que será analisado no tópico 5.4, mais adiante.

Entretanto, essa temática não é objeto de investigação deste trabalho e a ideia é levantar questões básicas quanto à inserção da RT no cotidiano da cidade, para além da especificidade do bairro. Assim, o objetivo maior será o de discutir formas de inserção de uma residência terapêutica na comunidade, tendo em vista alguns pressupostos teóricos que serão tematizados posteriormente.

*

A inserção da residência terapêutica, como já discutido anteriormente, não garante a existência dela fora dos critérios manicomiais. Não retornarei a discussão sobre rede de saúde sustentando a existência de uma residência terapêutica, ponto fundamental para o processo antimanicomial e a reapropriação da cidade. O recorte aqui dar-se-á na análise de como os vizinhos se sentiam expostos a loucura, de acordo com as normas sociais hegemônicas estabelecidas, afastando pessoas que a sociedade julga não poderem pertencer às imediações de suas casas.

Além disso, reitero não caber informar de qual residência terapêutica estamos falando. Nessa perspectiva, o recorte servirá tão somente para que consigamos produzir material para subsidiar a luta antimanicomial no que concerne a uma cultura que pouco permite a “existência” de determinadas parcelas da sociedade, no sentido de seu reconhecimento, igualdade de direitos e cidadania. Assim, a discussão adentra um âmbito maior, o da exclusão social, isto é, de pessoas que não deveriam ter assegurados os mesmo direitos que os demais habitantes, pessoas que só podem ser consideradas como à margem da sociedade, tais

como os moradores em situação de rua, as ocupações do movimento sem teto, as travestis nas pensões do centro da cidade, os refugiados – população que tem aumentado na cidade de São Paulo: algumas parcelas da sociedade às quais a própria sociedade nega a cidadania.

4.1 UMA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA ATACADA PELA VIZINHANÇA OU O CASULO QUE NÃO PODERÁ SER BORBOLETA

Inaugurada em 2011, a partir de convênio da Prefeitura Municipal de São Paulo, responsável pela implantação e acompanhamento dessa Residência Terapêutica, a casa recebeu oito moradores provenientes de hospitais psiquiátricos da cidade de São Paulo. Todos estiveram por mais de dois anos internados nesses hospitais, configurando internação de longa duração, com concomitante abandono por familiares, conforme estabelecido pela Portaria GM nº 106/2000. Essas linhas esclarecem o tempo de permanência da Residência Terapêutica em questão, antes do processo jurídico aberto em abril de 2014, três anos após ter sido instalada naquele local.

Como visto anteriormente, esses hospitais geralmente apresentam estruturas improvisadas, obsoletas, com um grande número de pacientes por unidade, elevada taxa de permanência hospitalar, alto índice de abandono – dado o afastamento de muitos familiares, e a ausência de documentos de alguns desses moradores. Temos, ainda, uma assistência baseada em uma terapêutica medicamentosa abusiva, mantendo a continuidade do sistema de afastamento da sociedade, do confinamento das pessoas com transtornos mentais.

Como as demais Residências Terapêuticas, a escolha da região onde esta que abordamos foi estabelecida segue os critérios preconizados na Portaria GM nº 106/2000, aqui referenciados no serviço vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dentro de uma região específica:

Art. 7.º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

01 (um) profissional médico;

02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional (Brasil, 2000).

Nesse sentido, como já apontamos, as Residências Terapêuticas são pontos de atenção fundamentais para pessoas que não teriam condições de moradia diferente do modelo descrito acima. Além disso, essas residências terapêuticas são fundamentais como componentes do processo de desinstitucionalização, sendo estratégicas no percurso para a desospitalização e a reinserção social de pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia por longos períodos.

Segundo a Portaria mencionada, os imóveis para a instalação das RT deverão acomodar de oito moradores a dez moradores em quartos com capacidade máxima para três pessoas, ter espaço interno confortável para a moradia e com pavimentação térrea, visto que essa casa se destinaria a alguns moradores com dificuldade de locomoção. As dificuldades que envolvem a escolha dos imóveis podem ser aproximadas daquelas vividas por outra família qualquer – com muitos membros – ao escolher seu lugar de moradia. Mas neste caso, a opção pelo bairro deve atender à demanda da subprefeitura na qual este dispositivo está inserido, vinculada à Coordenadoria Regional de Saúde.

A casa 63, como será referida nessa investigação, localizou-se em uma pacata rua num bairro de classe média – lembrando que essa designação não envolve apenas aspectos econômicos, mas também simbólicos, como visto anteriormente. Retomando, para realizar a locação do imóvel, é necessário que a casa esteja dentro das normas arquitetônicas preestabelecidas pela Secretaria de Habitação. Dito de forma mais simples, a casa não poderia ter nenhuma pendência nesta Secretaria, por exemplo, construção arquitetônica diferente da planta original registrada na prefeitura. Essa tarefa nem sempre é simples, ao refletirmos sobre o padrão urbanístico da cidade de São Paulo, amplamente discutido no livro *Cidade de Muros: crime, segregação e cidadania em Sao Paulo*, de Teresa Caldeira Pires do Rio (2009).

4.2 UM BAIRRO OU A ÁRVORE ONDE A LAGARTA PRECISOU FAZER SEU CASULO

Quando compreendemos o termo vizinhança, a depender da caracterização do bairro, a Residência Terapêutica sofreria menor ou maior tolerância? Qual a cidade possível para egressos de hospitais psiquiátricos? Ou ainda, como construir uma rua, bairro, cidade, capazes de absorver novamente pessoas que por tantos anos ficaram segregadas atrás dos muros manicomialis?

A intenção não é, evidentemente, problematizar o tema Cidade ou mesmo desenvolvê-lo, e considerando tão somente alguns trabalhos sobre o tema, temos um conceito inicial que

dá sustentação a esse lugar denominado “cidade” e a como ele se altera nas relações estabelecidas entre seus moradores. Assim na definição de Jary e Jary (1999), cidade é

um lugar central habitado, diferenciado de uma aldeia ou localidade por seu maior tamanho e pela variedade de atividades praticadas dentro de seus limites, geralmente religiosas, político-militares, econômicas, educacionais e culturais. Coletivamente, essas atividades envolvem o exercício de poder sobre a zona rural que a circunda (citado por Giddens, 2005, p. 154.).

É em sua dimensão coletiva que podemos observar a lógica de funcionamento de uma cidade, nos moldes em que a compreendemos na atualidade. Nessa perspectiva, surgem algumas preocupações referentes aos modos de vida encontrados nessa forma de habitar o mundo, que somente foi possível após a Revolução Industrial. A ideia da simples habitação não tem efeito no modo como a cidade existe, ao consideramos o território vivo de relações estabelecidas e inerentes a toda cidade, a depender do seu tamanho e da população que nela vive.

Para tanto, as análises de Giddens (2005) será utilizada como referência básica para desenvolver este tópico. Segundo o autor, no processo de construção das cidades, algo merece destaque, trata-se de uma preocupação retomada pelo sociólogo alemão Tonnies sobre os efeitos da vida na cidade, a partir dos vínculos sociais e da solidariedade. Em seu trabalho, pode-se perceber, como assinala Giddens (2005) “a perda gradual do que chamou de *Gemeinschaft*, ou vínculos comunitários, que caracterizou como aqueles baseados em laços íntimos e tradicionais” (p. 157), instaurando-se, em seu lugar, os vínculos associativos. Com o início do processo de urbanização, o equilíbrio dos vínculos sociais afasta a lógica estabelecida dos *gemeinschaft*, tornando a sociedade mais individualista.

É comum os indivíduos nos grandes centros urbanos estarem acostumados à correria vertiginosa que, cotidianamente, coloca os seres humanos diante de um horizonte que se fundamenta na exigência de sucesso, desempenho e produtividade constantes. A ideia de uma sociedade moldada nos princípios da produção e do trabalho, próprios da Revolução Industrial, contribui para o afastamento dos vínculos comunitários. Nessa perspectiva, algumas parcelas da sociedade serão segregadas por não responderem a uma dada expectativa de produção, como, por exemplo, pessoas em situação de rua, pessoas que poderiam produzir, mas não apresentam condições consideradas satisfatórias para isso ou são tidas como sem vontade de trabalhar, marcadas pelo discurso cotidiano pautado no conhecido termo popular, “vagabundagem”. No recorte dessa pesquisa, podemos considerar que os pacientes-moradores

dos Hospitais Psiquiátricos seriam esses habitantes de um lugar à margem da cidade, assim como as pessoas que se encontram encarceradas nos presídios do país.

Esse modo de funcionamento individualista foi tematizado pela sociologia interpretativa em uma contribuição que nos ajudará na compreensão de como os moradores da cidade se protegiam da constante exposição aos estímulos produzidos por ela, funcionamento que diferia em muito daquele anterior, orientado pela lógica dos vínculos comunitários. Esse distanciamento entre as pessoas foi pensado por Simmel (1976), referenciado em Giddens (2005), como uma proteção contra as pressões do ambiente urbano densamente povoado, o que contribui para o pouco espaço para conexões emocionais. Simmel pode assim, em seu recorte histórico, ecoar nas produções contemporâneas a cerca da vida na cidade. O autor argumenta: “os problemas mais profundos da vida moderna derivam do desejo do indivíduo de preservar a autonomia e individualidade da sua existência frente a forças sociais avassaladoras” (Simmel, 1976 citado por Giddens, 2005, p. 158).

Em se tratando do modo como as pessoas vivem nas cidades, a Abordagem Ecológica (Park, 1952 referenciado em Giddens, 2005) oferece uma compreensão interessante. Do ponto de vista da Ecologia Urbana é possível perceber que as cidades não crescem aleatoriamente, mas em resposta a características favoráveis do ambiente, ajudando-nos a pensar a respeito de uma preocupação antiga relativa ao tema urbanização. Recorrendo às palavras de Robert Park, o autor dirá que, “depois de estabelecida, uma cidade é, ao que parece, um grande mecanismo de classificação que [...] infalivelmente, seleciona entre a população como um todo os indivíduos mais adequados para viver em uma certa região ou um ambiente específico” (Park, 1952 citado por Giddens, 2005, p. 159). Assim, através de processos de competição, invasão e sucessão, uma cidade vai sendo desenhada ao longo de sua história. Para Giddens (2005), uma cidade pode ser retratada através de áreas com características sociais distintas e contrastantes, formadas por *aneis concêntricos*.

Os valores da terra e os impostos sobre a propriedade aumentam, tornando difícil para as famílias continuarem vivendo no bairro central, exceto em condições restritas ou em residências decadentes onde os alugueis ainda são baixos. O centro passa a ser dominado pelo comércio e pelo entretenimento, com os residentes privados mais ricos mudando-se para novos subúrbios recém-criados ao redor do perímetro (Giddens, 2005, p. 159).

Ainda que possam ser feitas críticas ao modo como a ecologia urbana é pensada, deixando de lado qualquer planejamento e projeto para a organização da cidade e acreditando

que o desenvolvimento urbano é algo estritamente natural, não podemos negar sua importância na estruturação de algumas grandes cidades na atualidade, principalmente quando focados nas formas de relação estabelecidas entre os moradores.

Nessa perspectiva, quando é feita a escolha dos imóveis e, acima de tudo, a construção dos bairros onde tais imóveis serão alocados, temos uma escala de interesses econômicos e políticos, criando uma reestruturação espacial específica de algumas grandes cidades, como, por exemplo, São Paulo. Trata-se de sabermos que “a maioria das cidades do mundo antigo compartilhava certos aspectos em comum. Muros altos, que serviam como defesa militar e enfatizavam a separação entre as comunidades urbanas e a zona rural, que geralmente as rodeava” (Giddens, 2005, p. 163). Nessa época, “os grupos menos privilegiados viviam mais próximos do perímetro da cidade ou fora dos muros” (Giddens, 2005, p. 163). A escolha da construção de manicômios também seguiu essa mesma lógica.

Muito se transformou a configuração das cidades na contemporaneidade, mas algo parece convergir para aproximações com a distribuição das pessoas na cidade, considerando uma diferença, dado que os *enclaves fortificados* - conforme apresentado por Caldeira (2009), no livro *A cidade de muros* - são construídos em toda a extensão da cidade e não mais restritos ao centro, como no mundo antigo. A autora focaliza a seleção dos lugares onde os enclaves serão construídos, ficando o centro, com sua alta densidade habitacional, inviabilizado para alguns tipos de *enclaves fortificados*.

Retomo a história de Severina, apresentada anteriormente. É quando a cidade se acalma que nossas Severinas podem ser pensadas? Se temos, na atualidade, graves problemas para entender o lugar ocupado por pessoas em situação de vulnerabilidade, podemos pensar qual o lugar que o usuário do serviço de Saúde Mental poderia ocupar em suas tentativas de habitar a cidade, já que estão inseridos nesse território de vulnerabilidade social. De modo que deveríamos refletir sobre o espaço disponibilizado na cidade para os que a habitam fora do modelo hegemônico de emprego e produtividade, ou sucesso e desempenho, aqueles cujo habitar parece ter sido recoberto pela invisibilidade social, por distanciar-se de certo modo de viver pautado pelo consumo.

Ponderemos acerca da possibilidade de que, nos grandes centros, tenhamos uma expressão concentrada e intensificada de problemas sociais que afligem a sociedade. Assim, “as fraturas invisíveis nas cidades, criadas geralmente pelo desemprego e pela tensão racial, sofrem o equivalente a terremotos sociais. Tensões contidas vêm à tona, às vezes violentamente, na forma de distúrbios, pilhagem e destruição disseminada.” (Giddens, 2005, p. 168). Uma cidade pode ser lugar para protestos simbólicos, que denunciam a lógica das

inter-relações e dos jogos de poder. Exemplos como o massacre no Carandiru (1992) e a chacina da Candelária (1993) são recortes que ganharam repercussão na mídia. Mas há outros exemplos: o aumento de assassinatos de índios no Brasil²⁷, as 3.022 pessoas assassinadas no país por policiais, um aumento de 57,2% de letalidade somente no Estado de São Paulo²⁸, as 486 travestis e transexuais assassinadas no Brasil (2008 - 2013)²⁹, configurando o Brasil como o país onde mais travestis e transexuais são assassinadas no mundo – exemplos que são expressões desse desejo de aniquilamento de parcelas específicas da população. Recordemos que o caminho da loucura foi parecido – exemplificado pelos aproximadamente 60 mil mortos, em único manicômio em Barbacena³⁰, durante seu período de funcionamento –, além do aniquilamento ter outros sentidos compreendidos nas atrocidades cometidas nesses estabelecimentos e no não reconhecimento dessas pessoas como sujeitos; pessoas cuja morte, muitas vezes, não é passível de luto, como veremos na última seção desta investigação.

De um lado, a lei que tenta estabelecer uma reapropriação da cidade, de outro uma sociedade com suas complexas questões. É necessário considerar que a sociedade atual, as relações entre os indivíduos estruturam-se em uma perspectiva de funcionalidade, e não de solidariedade. Segundo Birman (2007), para que houvesse solidariedade, “seria necessário que o sujeito reconhecesse o outro na diferença e singularidade, atributos da alteridade” (p. 25). Esse impasse a que o autor se refere pode ser fonte de entendimento das relações entre modernidade e contemporaneidade.

Referido sempre a seu próprio umbigo e sem poder enxergar um palmo além do próprio nariz, o sujeito da cultura do espetáculo encara o outro apenas como um objeto para seu usufruto. Seria apenas no horizonte macabro de um corpo a ser infinitamente manipulado para o gozo que o outro se apresenta para o sujeito na atualidade (Birman, 2007, p. 25).

Seguindo um caminho próximo ao proposto por Birman, Maia (2004) considera que “o ideário de subjetividade atual quer fazer crer que os sujeitos não precisam de pontos de fixação e podem existir em sua exterioridade.” (p. 118). Esse modo de pensar encontra respaldo na flexibilidade almejada na contemporaneidade, bem como numa espécie de não

²⁷ A taxa de assassinato de índios no Brasil aumentou 130% em 2014, segundo relatório do Conselho Indigenista Missionário (Cimi). O dado alarmante mostra que 138 índios foram mortos em 2014, sendo 16 mulheres. Já em 2013 foram registradas 53 mortes violentas. Os dados do relatório 2015 ainda não foram disponibilizados pelo Cimi.

²⁸ Dados disponíveis na 9ª edição do *Anuário de Segurança Pública* (2015).

²⁹ Dados do relatório produzido pela organização não governamental Internacional Transgender Europe (2014).

³⁰ Dados obtidos por Daniela Arbex e publicados no livro *O Holocausto Brasileiro* (2013).

memória, produto de seres humanos que precisam estar sempre a postos. Dito de outra forma, é pedido aos sujeitos que esqueçam os fatos tão logo estes não se façam presentes, o que configura um mundo instantâneo. Teríamos aqui, então, as nuances de um homem que encontraremos nas ruas de um bairro de classe média? Ao comentarmos essa lógica contemporânea de funcionamento, seus contraexemplos parecem emergir, usuários do serviço de saúde mental, que parecem ter na assistência do Estado o lugar para o cuidado.

4.3 A CASA 63 OU A REAPROXIMAÇÃO COM A LOUCURA

Uma casa localizada em uma pacata rua de um bairro de classe média, com um portão em toda sua extensão frontal, um pequeno jardim com móveis de varanda e um corredor estreito – informações contidas no processo jurídico e que nos fazem, de antemão, compreender que essa descrição é de uma casa. Uma casa “diferente” ainda é uma casa? Em muitas casas na cidade são percebidas cenas como gritos, discussões, choros, som alto (só reduzido quando a polícia é acionada), moradores tomando sol na varanda com um cigarro aceso, sem se preocupar se a gordura da barriga está exposta.

A diferença entre alguns vizinhos naquela rua se estabelecem principalmente relacionadas às marcas da exclusão social impressas nas pessoas que, após anos morando em hospitais psiquiátricos, precisam reaprender a morar. Ao iniciar esse percurso, a reapropriação de uma casa se faz fundamental, mas é apenas o começo de um processo bastante longo e delicado, processo esse que precisa contar com a colaboração de todo o território. Aqui temos um problema importante: como solicitar aos vizinhos que colaborem com o processo que se inicia? Há de realizar um trabalho no cotidiano das fantasias em relação à loucura para que, contextualizados, esses vizinhos possam se tornar colaboradores do processo de desintitucionalização? Mais: como solicitar aos vizinhos essa colaboração caso seja percebido o desinteresse em participar desse processo de reaprender a morar?

Para além das preocupações relacionadas à saúde mental dos moradores e ao seu tratamento, realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, precisamos considerar os enfrentamentos diários sobre o morar, próximos dos conflitos que poderiam acontecer em muitas outras casas, tais como divisão de tarefas, escolha das compras de mercado ou de mobiliários necessários e relacionamento entre os moradores.

Até aqui, caberia informar que estamos diante de conflitos que poderiam acontecer em qualquer rua de qualquer bairro – conflitos que, de fato, acontecem no cotidiano da cidade –, mas algo se mostrou dois anos após essa residência terapêutica ter sido construída: os

vizinhos entraram, em 2014, com um processo jurídico fundamentado nos Direitos de Vizinhança, fazendo a seguinte alegação: havia uma “clínica psiquiátrica” instalada em Z-1, isto é, em área estritamente residencial, segundo caracterização da prefeitura. O que nos leva a perguntar: uma residência terapêutica não é uma casa, afinal?

Ao entrar em contato com esse documento, podemos compreender a concretude da violência que se instaura na não possibilidade de viver em uma casa, pelo menos se seus moradores habitavam antes os manicômios ou se sofrem um transtorno mental.

Anterior a esse processo, a intenção desta investigação era analisar o modelo de Residência Terapêutica em articulação com as histórias desses moradores que iniciaram um novo modo de morar, após anos cercados pelos muros manicomialis. Não obstante, entrar em contato com um grupo de vizinhos em um processo jurídico contra uma Residência Terapêutica – aposta minha e de tantos profissionais de saúde mental que acreditam, trabalham e defendem a casa como único local possível de moradia – mobilizou uma investigação sobre como podemos enfrentar a vida em sociedade nessa empreitada que buscam garantir o a cidadania para esses ex-moradores de hospitais psiquiátricos. Nesse caminho, houve uma mudança de foco, e o interesse se voltou para a questão das impossibilidades ou dificuldades desse processo de reapropriação, diante de vizinhos hostis. Mas algumas histórias aqui apresentadas permanecem como um material fundamental de pesquisa: elas são o esforço em mostrar que há beleza nas águas da loucura, bastando que tenhamos a coragem de nelas mergulhar.

4.4 O PROCESSO DOS VIZINHOS OU O “DIÁLOGO” COM A JUSTIÇA: O QUE EU NÃO QUERO QUE MEUS OLHOS VEJAM

Viver numa casa não é fácil, basta exercitar nossos conhecimentos acerca da lógica das repúblicas estudantis, vivida por muitos quando deixam sua família de origem e ingressam na vida adulta. Também os mais variados conflitos acontecem numa Residência Terapêutica: decidir o que fazer no almoço; alguns ataques à geladeira que atrapalham as refeições do próximo dia – caso tenhamos um morador em situações de compulsão alimentar, necessitando uma rápida compra no mercado mais próximo; na varanda da casa, discussões entre moradores, com certa exaltação esperada ou possível em qualquer casa. E algumas questões próprias do cotidiano em saúde mental, como falas desconexas, o velho conhecido cigarro acesso – empunhado, muitas vezes, sem o charme esperado, a troca de roupas constantes, algumas vezes realizada sem o pudor exigido pelo modelo de sociedade vigente.

Devemos nos lembrar de que coisas simples como a escolha das próprias roupas não era uma rotina no manicômio, tampouco ter um guarda-roupa individual, ou dispor de cômodos diversos por onde se circula livremente; tudo aqui é um exercício de cidadania.

Como então lidar com a vizinhança, quando essa se incomoda com esses moradores? A opção em se fechar num casa-asilo não existe, e por mais que os moradores não tenham o desejo de sair, o portão gradeado comunica o dentro e o fora. As visitas da prefeitura, da equipe de saúde domiciliar (quando moradores estão sem condição de sair de casa) movimentam o cotidiano da rua. Não se pode passar despercebido da vizinhança. A equipe de trabalhadores entra e sai. Essas casas são realmente diferentes. Ainda assim podem ser consideradas como casas? Podemos aproximar uma residência terapêutica de um conceito de família, ou de um lugar onde se cumpriria uma função familiar-comunitária? Seriam essas pessoas um modelo aproximado de família, visto que eles perderam seus vínculos familiares? Essas questões são fundamentais e estão diretamente articuladas à problemática da proposta de Residências Terapêuticas. Muito embora não seja objetivo desta pesquisa tematizá-las, ressoam naquilo sobre o que nos debruçamos.

4.4.1 Uma análise de fato(s): a petição inicial ou como os vizinhos perceberam aquela residência terapêutica

A concretude de um processo jurídico, aberto pelos moradores de uma rua contra uma casa específica é, por si só, uma violência. E antes da concretude da citação e da solicitação jurídica de resposta dos réus, como podemos entender as relações que se estabeleciam entre esses vizinhos, uma vez que compreendido que o processo jurídico concretiza algo já posto nas relações do cotidiano? Dessa forma, o ataque já poderia ser percebido antes do fato concreto – a visita do oficial de justiça e a solicitação de defesa são exemplos de uma situação de conflito que se instaurou. Retomando o acontecimento – o processo jurídico –, e empreendendo esforços para a análise da petição inicial, caberia desenhar um lugar para a casa 63 na perspectiva dos vizinhos.

Como as discussões acerca de uma residência terapêutica já foram estabelecidas, o leitor já foi informado sobre a reforma psiquiátrica brasileira e sobre a portaria GM nº 106/2000, que tornou possível a construção dessas casas para que o manicômio não se tornasse o lugar dos que, abandonados ou sem condições de morar com a família, pudessem viver até a morte chegar. O que torna essa discussão fundamental é analisar o modo como os vizinhos concebem aquela casa, como uma invasão do espaço anteriormente destinado ao que

eles denominam “família”, um grupo específico de pessoas que poderiam morar naquela rua, sob um conceito de família. Essas vozes da vizinhança foram colocadas na petição inicial através de advogados contratados para a ação em questão. Em quais fundamentações jurídicas esses advogados iriam se respaldar para a produção do texto? Para a análise a seguir abordará o texto da petição inicial do processo no âmbito do Direito de Vizinhança³¹ (fls. 2-30), laudo do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (Condepe) (fls. 116-125) e laudo pericial do Corpo de Bombeiros³².

“Os autores são proprietários dos imóveis enumerados no preâmbulo (nº 53, 62, 72, 73, 82 e 83) situados na rua (nome da rua), em que residem há mais de trinta anos.” (fl. 2). Assim, o conjunto de seis casas com seus respectivos moradores inicia a discussão sobre a sensação de uma invasão. Mas qual o lugar que os moradores da residência terapêutica invadem? Como poderiam novos moradores atrapalhar a rotina dos que já ali viviam? A questão que se coloca é que esses novos moradores não moravam em lugar algum, se compreendemos que o hospital psiquiátrico não é lugar de moradia. Além da invasão do espaço cotidiano daquela rua, essas pessoas invadiram um espaço da cidade – numa busca de reapropriação, de vida em comunidade e não somente de moradia. Dessa forma, os vizinhos proibem ou escolhem para quem será alugado um imóvel, mas, acima de tudo, negam a possibilidade de que ali viva um grupo de pessoas que se juntaram – a partir das políticas públicas de saúde mental – já que os vínculos familiares anteriores inexistem, critério para a inserção do morador em uma residência terapêutica.

Nessa perspectiva, algumas questões são pertinentes para a análise dessa petição inicial: como podemos, atualmente, ampliar esse conceito de família ou mesmo sustentar que a residência terapêutica cumpriria uma função familiar, visto seu cotidiano e organização?

As considerações feitas a partir de um termo que poderíamos articular a função familiar se mostram no início da petição, quando encontramos a informação de que o bairro é “estritamente familiar, sendo certo, ainda que a rua possui caráter estritamente de família” (fl. 2). Nesse sentido, a afirmação contida nessa petição reinaugura uma discussão importante sobre algo que não é atual: serviços comunitários sendo atacados pelas vizinhança³³. A

³¹ O número do processo não será divulgado, embora o mesmo seja público, afim de preservar a identidade dos moradores, bem como a Residência Terapêutica habitada por eles.

³² O número do laudo pericial do Corpo de Bombeiros não será divulgado para que a Residência Terapêutica não seja identificada, preservando seus moradores.

³³ Nesse sentido, poderíamos estabelecer exemplos também na área da Assistência Social (CRAS - Centro de Referência em Assistência Social e CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social). Ou ainda, serviços de Saúde (UBS, AMA, CECCO). Não obstante, reportaremos mais especificamente os serviços de Saúde Mental.

Reforma Psiquiátrica, tanto em seu modelo italiano quanto no brasileiro, instaura a necessidade e fundamentação de que os serviços tenham uma base comunitária, sendo portanto instalados na cidade e não mais isolados como no modelo anterior, o dos hospitais psiquiátricos. A Lei nº 10216/01 redireciona o modelo de atenção em saúde mental, colocando-o como de base comunitária, de acordo com seus objetivos e projetos de inserção dos usuários na comunidade, um dos grandes desafios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A Portaria nº 336/2002, que estabelece a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mais especificamente em seu artigo 3º, considera que “só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar”.

A discussão sobre o lugar da Residência Terapêutica na cidade foi objeto de toda essa investigação e neste ponto específico da pesquisa ganha um sentido importante na petição inicial, quando temos o aparecimento do termo “família”, justificando a negação do direito de uma residência terapêutica se instalar numa rua por ser esta “estritamente familiar”. A perspectiva geral se dá justamente pelo contrário: uma residência terapêutica deve se instalar em uma rua estritamente familiar, pois tem como objetivo maior a base comunitária, de acordo com a discussão sobre rede e território, apresentada anteriormente.

Ademais, podemos compreender que o cotidiano de uma Residência Terapêutica poderia cumprir uma espécie de “função familiar”. Com a inexistência total ou parcial de vínculos familiares anteriores, aqui compreendidos pela ausência de familiares ou impossibilidade de morar com eles, a casa adquire seu lugar familiar. Nesse sentido, instaura-se na residência terapêutica tanto a reapropriação da cidade e da comunidade quanto da vida em uma casa, na construção da rotina de atividades realizadas em uma estrutura de caráter familiar, mesmo não sendo uma família construída como outras da vizinhança. Ainda nesse sentido, o que parece acontecer com os moradores dessas residências terapêuticas ultrapassa o mero grupo de pessoas que dividem o mesmo espaço. Os moradores compartilham da convivência nas divisões de tarefas mas também na construção de laços afetivos, alguns desses iniciados ainda no próprio hospital psiquiátrico. O cotidiano das relações estabelecidas se dá de acordo com esses laços construídos. Uma das perguntas realizadas pela equipe de desinstitucionalização – processo anterior à saída do hospital psiquiátrico – é justamente visando saber dos moradores desse hospital quem são as pessoas que eles gostariam que os acompanhassem para a Residência Terapêutica. E quando esse movimento não é possível, é papel da equipe de trabalhadores da RT fazer a mediação das relações afetivas que serão estabelecidas na casa. Além disso, podemos compreender que o próprio conceito de família na atualidade tem se tornado plástico, ou seja, não mais necessariamente tendo como suporte a

lógica de relações consanguíneas. A psicanalista Elizabeth Roudinesco, no livro *A Família em desordem* (2003), admite uma crise do princípio da autoridade no Ocidente, que ela designa como logos separador, mas enfatiza, por sua vez, que a família possui a capacidade de assumir este conflito e de construir uma nova ordem simbólica, sob a demanda de que “a família do futuro precisa ser reinventada” (p. 199).

Ainda nesse sentido, podemos reconhecer as alterações ou a amplitude do termo família – ou aqui colocado com cautela enquanto “função familiar” – compreendendo esse conceito como grupo primordial no âmbito do desenvolvimento de sujeitos psíquicos singulares, bem como na formação ideológica dos cidadãos que o compõem. Ideologia que, de acordo com Guareschi (1999), tanto serve para sustentar relações justas e éticas, como para alimentar relações assimétricas e de dominação. É fato que temos na vizinhança de qualquer Residência Terapêutica muitas famílias diferentes e, a partir da definição do conceito, ao nos debruçarmos sobre o grupo formado pelos moradores da residência em questão, aproximamo-nos de um lugar no qual a função familiar se cumpre ou objetiva se cumprir, isso se compreendermos que não estamos falando diretamente de um serviço de saúde, como argumentado anteriormente.

Segundo Nazareth (2002), a estrutura da família pode mudar, mas a organização “família” permanece; e Osório (1996) completa argumentando que as famílias podem ser classificadas em nucleares (compostas de pai-mãe-filhos), extensas (compostas de outros membros com laços de parentesco consanguíneo) e abrangentes (que incluem outras pessoas, que não parentes, coabitando). Assim, de acordo Neves (2006),

[...] familiar, familiarizado, em família, da família e de família são conotações dispersas de um lugar simbolicamente definido, um reduto onde se encenam romances trágicos, dramáticos, aventureiros, felizes e contraditórios, com personagens amados e odiados, simultaneamente, no reduto do composto familiar. Se a família se constitui uma representação, é *também um grupo de convivência que se organiza de acordo com diferentes arranjos e se apresenta em distintas versões*. Faz-se mister a evocação dos cenários que não apenas a historicizam, mas que a compõem: a casa, a domesticidade e a intimidade (p. 106).

O objetivo dessa discussão não é discorrer sobre o tema família – por mais interessante que esse se mostre atualmente, demanda uma pesquisa específica – mas fazer uma aproximação breve ou promover a amplitude do entendimento que se tem acerca das Residências Terapêuticas, como modalidade de morar afastada da condição de serviço. Nesse

ponto, podemos compreender que essa casa não é um serviço 24 horas, mas o local de moradia dessas pessoas. Não se tem atividades terapêuticas, tais como: oficinas terapêuticas, grupos de discussão, consultas médicas etc., pois essas atividades são realizadas no CAPS do território, onde a RT está inserida. Cabe à Residência Terapêutica tão somente o árduo exercício de morar e as cenas vividas no cotidiano da casa se aproximam de relações que são estabelecidas em demais casas com diversas configurações de família, por exemplo.

Por outro lado, podemos realizar outra breve aproximação dessa casa às repúblicas estudantis, no sentido de que essas pessoas nem sempre escolheram morar por afinidade, embora iniciem na residência terapêutica cenas em que as relações de afeto se sustentam, sendo elas positivas ou negativas, embora em situações onde os moradores se deparam com cenas de preconceito, agressão ou exclusão, esses se unem em favor do morador oprimido. A necessidade de morar fora dos muros dos manicômios, seja por vontade dos moradores, seja no cumprimento das políticas públicas de saúde mental, faz com venham morar nas Residências Terapêuticas. Todavia, ao contrário das repúblicas estudantis, onde as pessoas têm um tempo médio de permanência; nas RT, a casa torna-se lugar final³⁴, no sentido de que a intenção é de que esses moradores permaneçam, a partir de agora, ali. Quando do processo de desinstitucionalização, *cabe informar que não existe somente a possibilidade das Residências Terapêuticas*. Como mencionado anteriormente, os moradores de hospitais psiquiátricos têm a possibilidade de retornar para a família de origem, optar pela moradia em pensões na cidade, ou ainda, morar sozinhos. Essas modalidades são pensadas pela equipe e em discussão com o CAPS de referência, uma vez que cabe a esse serviço os cuidados em Saúde Mental para esses usuários. Compreendido isso, a busca por Residências Terapêuticas contempla pessoas que não conseguem, atualmente, morar em outro lugar³⁵.

Retomando o trecho da petição inicial, poderíamos compreender que o uso do termo “estritamente familiar” estaria mais ligado a uma preferência daquele grupo de famílias sobre quais modelos familiares poderiam ou não habitar aquela rua. Possivelmente, esse grupo de famílias não apresenta condições de compartilhar a vizinhança com pessoas que eles não

³⁴ Embora possamos apresentar como exemplo o caso de um casal de moradores que decidiu sair da residência terapêutica e alugar uma casa. Nessa situação, os cuidados em saúde ficaram a cargo do CAPS de referência e a equipe técnica da RT onde eles moravam ajudava no dia da casa nova. Infelizmente não foi possível continuar com essa nova casa, pois um deles sofreu um acidente e faleceu, tendo sua esposa de voltar a morar na residência terapêutica.

³⁵ Considera-se que, caso o morador venha a poder e tenha vontade de morar sozinho, por exemplo, caberá à equipe do CAPS de referência, bem como à equipe da Residência Terapêutica, ajudá-lo nesse desejo. Essa afirmação não invalida a discussão sobre família, visto que pessoas podem deixar de morar com seus familiares para construir novos modelos de família.

julgam poderem dividir a mesma rua. Nesse sentido, podemos compreender que a discussão enveredaria por questões pertinentes ao contexto cultural no qual essas pessoas estão inseridas.

Outro ponto fundamental para a contextualização do referido processo é a concepção de “Residência Terapêutica”, já visto anteriormente, que difere em muito dos termos utilizados no processo pelos autores da denúncia, bem como pelos advogados que os representam, tais como: Clínica Psiquiátrica, Clínica para Doentes Mentais, Hospital-Dia e Casa de Repouso. O uso desses termos demonstra a necessidade de descontextualizar a casa como casa e colocá-la no âmbito do asilo, e em uma condição asilar na qual os vizinhos informam que, inclusive, há presença de “maus tratos” (fl. 5).

É nesse contexto que precisamos colocar uma pergunta fundamental: teriam essas pessoas o direito à cidade? Ou seriam elas, ainda, relegadas às margens da cidade, locais onde existem os manicômios? Um exemplo desse pressuposto pode ser encontrado na afirmação do destino da casa 63: “nela simplesmente se instalou uma clínica psiquiátrica (!), onde passou a receber, em regime de internação, pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, mas sem respaldo familiar.”(fl. 3, grifos do original). Os termos grifados pelo processo apresentam um discurso no qual não é possível que pessoas com transtornos mentais habitem um lugar diferente de uma clínica psiquiátrica, já que o termo manicômio deixa de existir nos escritos e cede espaço a um lugar que parece ser mais limpo e humanizado: uma clínica psiquiátrica. Deparamo-nos com a impossibilidade de que aquelas pessoas possam viver em uma casa, quando o *regime de internação* se mostra como única maneira possível de compreensão da loucura, a partir da petição inicial. Em contrapartida, na redação dessa petição pode-se perceber o conhecimento acerca de quem são esses moradores, quando, no discurso, encontra-se a afirmação de que seriam egressos de hospitais psiquiátricos, sem respaldo familiar. Aqui temos um ponto fundamental no que diz respeito ao entendimento acerca do lugar possível para pessoas sem vinculação familiar: a manutenção do hospital psiquiátrico ou da clínica psiquiátrica, em seu modelo hospitalocêntrico.

Embora possamos perceber um conhecimento sobre quem são ou de onde vieram, isto é, são pessoas que vieram de hospitais psiquiátricos, os requerentes, no processo jurídico, não reconhecem as políticas públicas existentes atualmente, a partir da promulgação da Lei nº 10216/01, que poderia ser facilmente analisada pelos advogados. Por conseguinte, a criação dos serviços residenciais terapêuticos (SRT), ou Residências Terapêuticas, tem na Portaria GM nº 106/2000 a definição de moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa

permanência, os quais não possuem suporte social e laços familiares anteriores – aspectos que inviabilizariam que os requerentes nomeassem a casa 63 como uma clínica psiquiátrica.

Ademais, podemos perceber o não reconhecimento daqueles moradores como cidadãos na cidade, por meio da afirmação de que, com a “instalação” do que os vizinhos insistiram em denominar clínica psiquiátrica, estes

[...] passaram a viver uma situação cada vez mais constrangedora e perigosa, convivendo lado a lado, dia a dia, de dia, de noite e até de madrugada, com as consequências da grave doença mental dos pacientes, como gritos desordenados, cenas de pancadarias, arremesso de objetos e até incêndio provocado, levando à total insegurança em seu dia a dia, ao desassossego – inclusive o noturno, essencial para a vida –, estando todos com a integridade psíquica e física cada vez mais abalada e/ou ameaçada (fl. 3).

A cena retratada mostra o incômodo quando a loucura desestabiliza o cotidiano, em uma desconstrução da rotina estabelecida – que não acontece pelos gritos desordenados ou cenas de pancadaria, e sim por sua própria presença –, e que os vizinhos relatam como situações constrangedoras, tendo que conviver em seu cotidiano com as “graves” consequências da “doença mental”. Quando compreendemos o louco dentro do manicômio, essa convivência não existe, ele está recluso num espaço onde não atrapalhará a cidade. Ou seja, a condição asilar incomoda menos, não permite que os vizinhos precisem reconhecer que a loucura existe e que ela pode estar na casa ao lado, coabitando em uma mesma rua. As ameaças à integridade psíquica e física dos requerentes estão, antes de tudo, na presença/denúncia de que os loucos podem agora se tornar vizinhos e não mais estar reclusos no manicômio. A casa não é espaço possível para a loucura, uma vez que esta, na argumentação dos requerentes, necessitaria de um cuidado asilar, sob a ideia de que o hospital psiquiátrico seria a única possibilidade para esses moradores, negando-se tanto a casa como moradia quanto a casa como um lugar continente de sofrimentos, estes devendo ser relegados – na opinião dos autores – à contenção do hospital psiquiátrico.

Acrescente-se que o imóvel da rua (nome da rua) nem de longe possui características e condições minimamente adequadas para o recebimento de pacientes psiquiátricos em regime de internação, como lamentavelmente faz a primeira ré – o processo se destinou aos administradores da residência terapêutica –, com a anuência dos demais réus – compreendidos como os antigos moradores e que agora estavam alugando o imóvel – o que já tem provocado muitos danos e colocado em sério risco não apenas as famílias da

vizinhança ora representada pelos autores, mas também, e principalmente, os próprios pacientes (fl. 3).

Somada a essa justificativa de que a casa não é o lugar para a loucura e que seus vizinhos não estão dispostos a essa coabitação, temos que,

[...] além disso, o imóvel onde está localizada a Primeira ré é tão somente uma casa térrea, com uma área aproximada de 250 metros quadrados, assim dividida: para quem olha de frente para o imóvel, há a construção à esquerda que foi ampliada por antigo morador e “colada” na casa de número 53 (fl. 4).

Em relação a quem se destinaria o processo jurídico, encontramos na petição: a administração da residência terapêutica e os locatários do imóvel, antigos moradores da casa 63. Quando os autores escolhem a quem se destina o processo, resgatam os proprietários do imóvel como responsáveis pela decisão. Aos proprietários caberia escolher o inquilino e, uma vez que não o façam, põem em risco os antigos vizinhos. Dito de outra maneira, quando os proprietários decidem pela locação, são percebidos pelos vizinhos como responsáveis pelos incômodos, portanto réus em um processo de vizinhança.

Nesse sentido, o termo exclusão social pode ser retomado no sentido de não pertencimento a um mesmo lugar, no que concerne aos critérios que incluem ou excluem pessoas nessa inserção, no modo como se reconhece o lugar para “os iguais, os equivalentes entre si, os que por terem uma propriedade comum são substituíveis uns pelos outros” (Scarcelli, 2011, p.31). Desse modo, o imóvel poderia ser alugado, mas nunca para pessoas que não pertencem aos “equivalentes entre si” (no caso, os demais vizinhos). Como esclarece a autora ao citar Macedo (2001),

é o critério, como forma, quem autoriza a exclusão ou a inclusão na classe, ou seja, o critério é o referente; portanto, depende-se de atender, ou não, ao critério para pertencer, ou não, a uma classe. Além disso, quem está fora do critério, ou seja, excluído em relação ao critério, não é nada (p. 31).

A autora continua sua reflexão compreendendo que a exclusão se respalda na lógica de classe, no pensamento classificatório, mas continua sua argumentação no sentido do “uso político das visões decorrentes desse raciocínio que cria preconceitos, separa e aliena”

(Scarcelli, 2011, p. 31). Para tanto, seguindo o pensamento de Macedo (2001), a autora lembra que o

modo de cuidar, integrar, reconhecer, relacionar-se com pessoas que se diferenciam ou utilizam recursos diferentes daqueles conhecidos pela maioria apresenta-se como um problema social e institucional, já que essa tarefa sempre esteve restrita a família – em seu modo tradicional – ou a instituições que assumissem esse papel, tais como hospitais, asilos, escolas especiais etc. (Scarcelli, 2011, p. 32).

Destarte, cabe ressaltar que não existe uma preocupação concreta com aqueles que eles denominam “pacientes”, e sim uma preocupação em manter a ordem vigente, a norma estabelecida por eles para uma rua onde a loucura não poderia entrar, e se entrou, não teria espaço para permanecer, deveria ser afastada, excluída, por não pertencer àquela classe de iguais.

4.4.2 A contextualização dos fatos: manicômio, desinstitucionalização, Residência Terapêutica e cidade

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS precisou se dedicar após a promulgação da Lei nº 10.216, bem como na atualidade, visto a complexidade da lógica manicomial, muitas vezes internalizada pela sociedade, como exemplificado na petição inicial apresentada. A implantação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos surgem, nesse contexto, como componentes decisivos da política de Saúde Mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção hospitalocêntrico. Tarefa e ações que podem ser percebidas em seu reverso quando os vizinhos compreendem a residência terapêutica como sendo um espaço de maus tratos e violência, a partir de afirmações de que os “pacientes” pediam socorro, pediam ajuda para sair daquele lugar – “estes gritos cessam como que por um milagre no momento em que a polícia chega. Registre-se que muitas vezes são gritos de verdadeiro terror, aparentando sofrimento.” (fl. 3). Desse modo, a petição inicial buscar construir um fundamento na ênfase sobre a ausência de atendimento aos moradores da residência terapêutica. Relativo à esta questão, no processo jurídico, há um laudo do Conselho Estadual de Direitos da Pessoa Humana (Condepe), que informou ter realizado vistoria na residência terapêutica para avaliação dessa

informação específica, concluindo que a residência terapêutica cumpria com sua função na reforma psiquiátrica, inclusive com depoimentos dos moradores para elaboração do laudo³⁶.

Aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ou Residências Terapêuticas (RT) cabe, segundo a Portaria:

- (a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; (b) atuar como unidades de suporte destinadas, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; e (c) promover a reinserção dessa clientela à comunidade (Brasil, 2004).

Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos de saúde, essas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes, prioritariamente, de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo – muitas vezes difícil – de reapropriação da comunidade. Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação de SRT nos municípios. Sendo residências, cada casa deve ser considerada como única, respeitando as necessidades, gostos, hábitos e dinâmica de seus moradores.

A portaria define, ainda, os princípios e diretrizes do SRT, as normas e critérios para sua inclusão no SUS, suas características físico-funcionais e aspectos administrativos, de acordo com os quais a Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, dez moradores e estar vinculada a um serviço de atenção de saúde mental comunitário (CAPS ou ambulatório).

O acompanhamento dos moradores na residência é realizado por cuidadores/acompanhantes comunitários (com capacitação e supervisão constantes), divididos em regime de plantão (12h/36h)³⁷, diurno e noturno, cobrindo 24h de funcionamento da residência terapêutica, além de um coordenador, que acompanha e supervisiona a dinâmica da casa, auxiliando os moradores no difícil caminho de habitar a cidade, inteirar-se da

³⁶ O laudo completo do Condepe se encontra no processo nas folhas 115-125.

³⁷ O regime de trabalho dos profissionais que atuam nas residências terapêuticas da cidade de São Paulo é: coordenador, 20 horas/semana e disponibilidade para ocorrências; acompanhantes comunitários, plantão de 12/36h e cobertura 24h; auxílio CAPS de referência e Samu, 24h. Dessa forma, as residências terapêuticas têm cobertura total para seu funcionamento. A formação dos profissionais é: coordenador, nível superior com conhecimento na área de saúde mental; acompanhantes comunitários, nível fundamental ou médio.

vizinhança, por vezes hostil, e no enfrentamento das questões que surgem a partir das relações que se estabelecem com o modo de funcionamento da cidade atualmente. De fato, a inserção de um usuário em uma residência terapêutica é o início de longo processo de reapropriação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Esse esclarecimento é uma resposta às afirmações efetuadas pelos autores da petição inicial sobre as “condições mínimas para atender pacientes psiquiátricos” (fl. 5) e “cuidadores sem qualquer qualificação para este fim” (fl. 5), contidas no texto da petição. Om essas questões, o discurso dos autores busca pelo clamor jurídico sobre uma possível necessidade de que aqueles moradores habitassem um outro espaço, passível de ser compreendido como o antigo hospital psiquiátrico, do qual eles acabavam de sair. Aqui, podemos compreender o quão incomodada a vizinhança se percebe ao ser obrigada a compartilhar sua rua com esses novos moradores.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a Residência Terapêutica abriga pessoas, exercendo seus direitos de moradia e habitação na cidade de São Paulo; cidade que fazia parte da vida desses moradores antes dos longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos. Se tratamos de subjetividades, cada morador tem um funcionamento único e estabelece sua lógica de morar, *aprendendo* a respeitar os direitos dos outros, inclusive os da vizinhança. Em contrapartida, o texto contido na petição inicial pode ser compreendido como um gesto hostil dos vizinhos, que mostram sua incapacidade em lidar com o diferente, que extrapolam ou mostram situações fora de sua rotina, como argumenta Herrmann (2015), ao considerar que a loucura se situa no limite entre a psicopatologia individual e social: “a loucura de uma sociedade é denunciada pela loucura de um de seus membros” (p. 100). E se compreendemos a loucura como denúncia, os vizinhos a querem distante, fora de seu cotidiano.

No texto da petição inicial, os vizinhos consideram que o hospital seria o lugar possível de moradia da loucura, alegando que uma casa seria um espaço sem estrutura. Nesse sentido, há uma retomada no sentido de que “doentes mentais” precisam de um local diferente daquele de uma casa com “área aproximada de 250 metros quadrados” (fl. 4), área de serviço suspensa e garagem. Nesses termos, sendo a residência terapêutica diferente de uma clínica psiquiátrica, seu objetivo é justamente o habitar uma casa em seu amplo sentido. Seguidos e embasados na estrutura do imóvel, temos uma descrição da casa de 250 metros, e um descritivo que segue:

[...] esta garagem é protegida por telhas para um único veículo. E é no chão desta garagem que os doentes tomam sol. Na frente da casa há outro atelamento para proteção de apenas um segundo veículo. Portanto bem pequena. Também sob este atelamento as doentes rolam pelo

chão em seu “lazer” (foto 2). Não é fato incomum os passantes se depararem com os internos semidesnudos andando a esmo no local ou deitados no chão, onde ficam por falta de espaço, balbuciando frases sem nexos, abordando as pessoas que passam na calçada ou estacionam na frente, dormindo à vista de todos como se mendigos fossem. (fl 4).

De forma alguma existe falta de espaço para os moradores em uma residência terapêutica - a própria escolha do imóvel precisa considerar o tamanho da casa para acomodar os moradores que ali retomarão suas vidas -, visto que eles não permanecem reclusos na casa, tendo atividades no CAPS de referência, passeios pela cidade, idas ao mercado e ao *shopping*, bem como demais atividades rotineiras, de acordo com suas vontades. São essas atividades fora da casa que igualam os moradores de residências terapêuticas a seus vizinhos, que também não permanecem fechados em suas casas. Dito de outra maneira, esses são fazeres e condições percebidos no cotidiano das pessoas que fazem parte de uma cidade e não em moradores de um local de internação, como é indicado pelos vizinhos. Assim, a descrição de momentos de “lazer” (fl. 4), em que o processo destaca serem realizados no atelamento da garagem, mencionando que “as doentes rolam pelo chão” (fl. 4), é abusivo e discriminatório, tendo, nas fotos acostadas no processo para exemplo desses fatos, a caracterização de preconceito e invasão da privacidade domiciliar por parte dos vizinhos. A constante vigilância da vizinhança parece ser fato comum, percebida nos detalhes construídos a propósito da estrutura da casa e da representação que os vizinhos têm da loucura e da sua reaproximação quando da presença dos moradores da casa 63.

Por sua vez, o acréscimo de informações como o termo “banho de sol” (fl. 4) pode ser relacionado a uma percepção da casa como sistema prisional, que de forma alguma se alinha ao objetivo de uma Residência Terapêutica, nem pode ser compreendida como presente na rotina dos moradores de qualquer casa na cidade, que ao escolherem a permanência na frente da casa, sentados em sofás ou mesmo no chão, exercem seus direitos à moradia, como qualquer outro vizinho que também possa permanecer na frente de sua respectiva residência, caso tenha esse desejo. Construída a petição dessa maneira, podemos compreender a violência praticada pelos vizinhos no não reconhecimento desses moradores como cidadãos, dando a eles o lugar estabelecido como clínica psiquiátrica, supondo, dessa forma, a incapacidade de morar. Não há dúvida de que os vizinhos se sentiram ameaçados com a presença daqueles moradores, não obstante, é fundamental compreender que as fragilidades dos moradores das residências terapêuticas são maiores em relação aos demais vizinhos, ou podemos sustentar essa compreensão na retomada do entendimento de como esses moradores da casa 63 foram

expulsos da cidade e viveram tantos anos no manicômio. Como produzir nos vizinhos a compreensão de que a loucura pertence à casa 63, àquela rua, àquele bairro e à essa cidade? Qual trabalho é necessário para que a vizinhança reconheça esses moradores como vizinhos?

A essa altura, já podemos dimensionar uma vigilância voltada para o morar, inclusive negando o direito à intimidade desses moradores, visto que, por mais que o portão da residência seja de grades, parece que eram vigiados pelos demais vizinhos, sob a ótica do “panóptico,” como visto anteriormente. Inclusive, está escrito na petição inicial que “ambos os portões, da garagem e da frente da casa, assim como a grade que os une, são baixos e de ferro vazado, o que permite visão total da área da frente da casa, que é de 10 (dez) metros.” (fl. 5).

De acordo com Foucault (2013), os vizinhos estão ancorados no modelo de “disciplina-bloco”, a vigilância se daria no modelo da instituição fechada, à margem da cidade, para a contenção da loucura. Quando eles se deparam com aquela casa de portão de ferro vazado, se assustam por verem a fachada frontal da loucura. Quando oscilam para o modelo de “disciplina-mecanismo”, encontram o modelo panóptico compreendido na vigilância de toda uma sociedade. Quando o processo se torna público, através dos advogados e da solicitação ao judiciário de um posicionamento acerca da instalação dessa “clínica psiquiátrica”, o vigiar se faz presente. De acordo com Foucault (2013):

A solução do Panóptico para esse problema é que a majoração produtiva do poder só pode ser assegurada se por um lado ele tem possibilidade de exercer de maneira contínua nos alicerces da sociedade, até seu mais fino grão, e se, por outro lado, ele funciona fora daquelas formas súbitas, violentas, descontínuas, que estão ligadas ao exercício da soberania (p. 197).

Nesse sentido, há uma negação do direito de habitar a varanda, inclusive com períodos de sono, caso tenham essa vontade, visto que não existe proibição desse ato dentro dos limites pertinentes a uma casa. Nessas questões, podemos compreender como expressões de violência as atribuições de que o acesso a isqueiros e cigarros (fl. 6) não deveriam ser autorizados a esses moradores, prática comum no controle exercido pelos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, ao habitarmos uma casa, temos o direito e escolha de fumar ou não, necessitando que a equipe técnica responsável avalie essas condições, em tese, não demandando julgamento de pessoas sem qualificação profissional autorizada para esse fim, tais como os vizinhos. E acrescento, se essa casa não é reconhecida como tal, como produzir nos vizinhos a

compreensão de que o que eles chamam de clínica psiquiátrica é de fato uma casa para ex-moradores de hospitais psiquiátricos?

Continuando com as considerações de Foucault (2013),

Num extremo, a disciplina-bloco, a instituição fechada, estabelecida à margem, e toda voltada para funções negativas: fazer parar o mal, romper as comunicações, suspender o tempo. No outro extremo, com o panoptismo, temos a disciplina-mecanismo: um dispositivo funcional que deve melhorar o exercício do poder tornando-o mais rápido, mais leve, mais eficaz, um desenho das coerções sutis para uma sociedade que está por vir (p. 198).

Com isso, os vizinhos estão no extremo da instituição fechada quando nomeiam a casa como “clínica psiquiátrica”. Para tanto, ela deveria não existir naquela rua, pois a instituição à margem não cabe naquela rua do bairro, precisa estar isolada. E se a nomeiam como Residência Terapêutica, o fazem em um modelo “disciplina-mecanismo”, como apontada por Foucault. No sentido do não reconhecimento desses moradores como cidadãos de direito, moradores de uma casa escrevem nessa petição:

Os internos são pacientes visivelmente descontrolados e que foram retirados de hospitais psiquiátricos e colocados em uma casa comum, sem pré-adequação às suas necessidades. A casa não tem características mínimas para atender pacientes psiquiátricos, em tese para funcionar como um hospital-dia, mas com atendimento por profissionais propriamente ditos apenas esporadicamente e no período diurno somente. No restante do dia, à noite e durante a madrugada, esses pacientes que, frise-se, acabaram de sair de um hospital psiquiátrico, ficam apenas com cuidadores sem qualquer qualificação específica para este fim, e muito menos qualificação médica e/ou de enfermagem (fl. 5, grifo do original).

Na construção da petição inicial, considera-se a condição desses moradores como egressos de hospitais psiquiátricos, embora refutem qualquer portaria do Ministério da Saúde que assegure o direito de moradia ou mesmo de acompanhamento em saúde com base comunitária. Por conseguinte, informações relativas, por exemplo ao hospital-dia retratam conhecimento sobre tratamentos possíveis para pessoas com transtornos mentais. Além disso, há o conhecimento de que os cuidadores não têm qualificação em enfermagem para desempenharem o trabalho na residência terapêutica.

Compreender que os autores do processo têm esses conhecimentos, advindos da reforma psiquiátrica, embora mantenham o discurso de que pessoas com transtornos mentais

não têm o direito de morar em uma casa, demonstra o quanto a hostilidade se faz presente no não reconhecimento daquelas pessoas como cidadãos de direito – sequer a noção de cidadania é mencionada –, capazes de morar em uma casa, ajudados por uma equipe de apoio e por uma rede de atenção psicossocial, tal como preveem a lei e a Portaria já referidas, inclusive sendo observado para que não se reproduzam, no cotidiano da casa, cenas de cuidados que são realizados pela equipe de saúde mental do CAPS de referência. Dito de outra maneira, a casa não pode existir como equipamento de saúde mental, sob o risco de que o tratamento em saúde não seja realizado no local específico, o CAPS.

Demonstrar conhecimento relativo nos faz compreender que esses possuem o conhecimento mais amplo, embora escolham o discurso do ódio como pressuposto para a ação de retirada desses moradores. Não há ação possível para os vizinhos, simplesmente os moradores dessa residência terapêutica não serão reconhecidos como cidadãos e serão postos à margem nas ações do cotidiano dessa rua.

Como veremos na próxima seção, o desejo de negar e destruir são pontos no traçado no qual não somos capazes de apreender uma vida como tendo o direito de existir fora da condição precária. Algumas vidas simplesmente não são enlutáveis, não são passíveis de sofrimento quando são perdidas (Butler, 2015). Não reconhecer o outro como cidadão ou vizinho, nesse caso, remonta à incapacidade dos autores do processo em apreender aqueles moradores da casa 63. A eles foram destinados a vigilância, o processo, a punição por atrapalharem o cotidiano da rua. Nessas cenas cotidianas, a petição inicial se refere a um incêndio na casa 63.

Esse incêndio, ocorrido na Residência Terapêutica, foi acidental, conforme a avaliação do próprio Corpo de Bombeiros. Segundo a petição inicial, “não havia responsável no local. Os internos estavam sós.” (fl. 6). Essa afirmação é falsa, visto que o laudo realizado pela equipe de bombeiros é acompanhado de termo assinado por uma acompanhante comunitária, dando informações sobre a ocorrência. Aqui se destaca a importância de compreendermos uma casa como uma casa, susceptível a situações inesperadas como essa em que se espera solidariedade dos vizinhos. Mas quando não há espaço para solidariedade, o ataque realizado na petição inicial denota o discurso segregacionista, no qual não existe qualquer possibilidade de pertencimento daqueles moradores a uma casa, - sobreviventes do nosso holocausto - restando uma única opção, nomeada na petição: a “clínica psiquiátrica clandestina”.

No que concerne ao incêndio, podemos compreender a preocupação da vizinhança, mas é certo que quaisquer dos vizinhos poderiam passar, eventualmente, por situação semelhante. Relembro que uma moradora estava no quarto enquanto a cuidadora realizava o

preparo do almoço, auxiliada por outros moradores. E, ao sentir o cheiro de fumaça, conduziu os moradores para frente da casa, pedindo ajuda a um dos vizinhos no acionamento dos bombeiros. Precisamos entender que, podendo ser qualquer um uma possível vítima de um incêndio, a solidariedade não pode dar lugar a julgamentos prévios, que afastam a real intenção de ajuda, esperada de qualquer vizinhança. Além disso, colocam o ato de ajuda em uma perspectiva discriminatória, tentando demonstrar uma possível incapacidade desses moradores em habitar sua casa, devendo estar cercados pelos muros de um hospital. Concomitante, os demais conteúdos presentes no processo, além do teor hostil, não revelam a veracidade dos fatos contidos tanto nos laudos dos bombeiros quanto nas informações presentes nos registros do dia, feitos pela Acompanhante Comunitária (responsável pela casa naquela manhã de domingo), bem como nas discussões realizadas e presentes no laudo do Condepe (fl. 117-125), em que os moradores afirmaram sobre suas reais condições de cuidado naquela casa.

Depois do que aconteceu, da gravidade e da dimensão do que houve, e inclusive do que poderia ter ocorrido, acreditava-se que o proprietário, segundo réu, que foi chamado e assistiu tudo – garantindo aos vizinhos que não sabia que se tratava de locação para instalação de clínica psiquiátrica para doentes mentais – fosse tomar alguma atitude e/ou que a primeira ré fosse transferir os internos para um lugar adequado às suas necessidades. Contudo embora os pacientes tenham sido retirados da casa logo após o incêndio para que a casa fosse reconstituída dos danos provocados pelo fogo, dias depois foram colocados na casa novamente, inclusive sob protestos de uma das doentes que gritava que não podia suportar o cheiro de queimado e que lá não queria ficar mais. Posteriormente ficou-se sabendo que o contrato de locação fora renovado pelo proprietário (fls. 7-8).

Sobre o retorno dos moradores (fl. 7), podemos compreender que, uma vez restauradas as condições de moradia após o incêndio, eles retornaram, tão somente, para sua casa, como qualquer outro cidadão que passasse por situação semelhante. Cabe mencionar o laudo do Corpo de Bombeiros acerca do “incêndio em quarto de residência”, com danos materiais: “01 (uma) televisão, 01(um) guarda roupas, roupas diversas, 01 (uma) janela, pintura do quarto e acabamento do quarto danificado.” Diante dos danos materiais apresentados pelo laudo dos bombeiros, podemos compreender que o incêndio não teve grandes proporções e, ainda, de conforme o mesmo laudo, “o fogo já havia sido extinto com ajuda dos moradores”, como pode ser constado no laudo do Corpo de Bombeiros.

Enfim, diante das discussões realizadas até o presente momento, o lugar desses moradores seria mesmo o hospital psiquiátrico? Teríamos o direito de colocá-los no modelo manicomial, proposto pelos vizinhos? A intenção desses vizinhos em relação à Residência Terapêutica seria a de caracterizar a presença dos moradores como afrontando “totalmente os direitos de vizinhança” (fl. 8), como descrito no processo, ou propor o afastamento desses moradores, a exclusão geográfica da loucura, que parece não poder existir na rua pacata daquele bairro.

Essa exclusão geográfica da loucura se destaca, por exemplo, em trecho contido no processo, segundo o qual o lugar desses moradores não poderia ser em uma residência, pois

[...] ao permitir que seus pacientes fiquem na área frontal da casa, muitas vezes praticamente desnudos e provavelmente com dosagem de medicação insuficiente (pois se mostram sem controle) expõe os vizinhos e qualquer pessoa que passe pela rua a cenas constrangedoras (fl. 15, grifo nosso).

A tentativa de desqualificar o acompanhamento dos moradores realizado pela coordenação da residência terapêutica, pela equipe técnica do CAPS, bem como os cuidados diários realizados pelos acompanhantes comunitários, não reflete a situação encontrada nessa residência, no âmbito das preconizações da Portaria GM nº 106/2000, da Lei nº 10.216/01 e da Reforma Psiquiátrica, para a compreensão da Saúde Mental, que não pauta na lógica manicomial o atual atendimento desses usuários do serviço de saúde mental, segundo os dados obtidos no relatório do Condepe, presente no processo.

No caso, o que verificamos é que a Residência Terapêutica como política pública em execução, está sendo desrespeitada por incompreensão propositada e intolerância dos vizinhos, que diferenciam os moradores e aprofundam a marca da desigualdade, negando-se a inserção social e a vida comunitária e portanto atentam contra a dignidade destas pessoas para aprofundar ainda mais as diferenças. As ações dos vizinhos apresentam-se flagrantemente como violadoras das normas acima descritas, normas estas fundamentais para organização social, política e civilizatória, escolha da nação brasileira quando da assembleia constituinte (fl. 125),

À guisa de conclusão da análise dessa petição inicial, outras questões importantes contidas no processo se põem no mesmo sentido proposto pelos vizinhos. Segundo a petição, as crianças e adolescentes estão “convivendo também, sem justa necessidade, com o problema

da doença mental, suas manifestações e consequências, com situações que lhes causam tristeza e até medo, apesar de não as entenderem completamente” (fl. 26, grifo do original). É justamente o objetivo da Reforma Psiquiátrica que a loucura possa novamente transitar em seu espaço de direito: a sociedade. Não há dúvida quanto à complexidade desse processo de reapropriação da cidade, mas excluí-la da rua pacata do bairro de classe média só reitera os preconceitos históricos em relação à loucura. Assim, vale observar o argumento e a questão postos no final da petição:

É no dia a dia da vivência da criança e do adolescente - e também dos adultos - no núcleo familiar e no círculo mais amplo das relações de vizinhança, na rua em que moram, na escola em que frequentam e nas atividades de lazer em que participam, que estes futuros adultos vão assimilando valores, hábitos e modos de ver e entender o mundo. Qual será o impacto que a observação destes pacientes psiquiátricos não trará para a visão de mundo destes futuros adultos? (fls. 26)

Não obstante o objetivo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, precisamos atentar para os sentidos advindos da petição inicial articulados às marcas históricas impressas na cultura.

O movimento de Luta Antimanicomial e a própria Reforma Psiquiátrica brasileira acreditam que o impacto na observação “destes pacientes” pode reformular o modo de ver o mundo ao qual a sociedade estava acostumada. Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a loucura é própria da cidade e precisa estar dentro dela, e jamais segregada pelos muros físicos do antigo manicômio.

A petição inicial apoia-se no direito de vizinhança como respaldo para que aquela casa deixasse de existir. Embasa-se no direito da vizinhança em não ser incomodada pelos demais vizinhos, destacando que a proprietária do imóvel precisava tomar as providências necessárias para que os moradores saíssem da casa 63. Além disso, o conteúdo da petição destaca que a proprietária “relatou não saber de doentes mentais no seu imóvel e que tomaria providências para tirá-los de lá com urgência” (fl. 13).

Sobre a violação do direito de vizinhança, a própria residência terapêutica poderia se valer dessa questão, sendo aqueles moradores pessoas que estariam privadas do direito de vizinhança. Mas como agir com uma vizinhança hostil? Entre interesses particulares ou coletivos, além da função social da residência terapêutica, a própria petição articula um lugar possível para pessoas com transtornos mentais.

Mas não é somente em razão do interesse social que a propriedade privada sofre limitações; o direito de vizinhança, conforme previsto no código civil, traz a proteção de interesses privados e consubstancia a presente ação. E, no presente caso, não há que se falar que o interesse público deva preponderar sobre o particular, pois o interesse aqui defendido não é mero interesse particular, mas sim o interesse de uma coletividade que se vê prejudicada (fl. 14).

A cidade não é de todos e sim dos interesses de uma coletividade que se une contra algo que não parece não poder pertencer a determinado espaço geográfico. Em um país no qual vigora o regime democrático, após décadas de ditadura militar, esses ex-moradores de hospitais psiquiátricos ainda se mantêm à margem da sociedade, sem um lugar para que possam morar. Ou pelo menos, sem um lugar para morar naquela rua pacata de classe média. Dessa forma, quando o direito silencia, deixa de reparar os danos causados pelos vizinhos aos moradores da Residência Terapêutica. Mas como realizar a reparação quando não nos sentimos responsáveis pelas violências que causamos?

Os vizinhos não são capazes, aqui, de qualquer reconhecimento do direito de moradia, estão preocupados demais com as possíveis violações do silêncio e da rotina da rua. Quando denunciam que os moradores da casa 63 permanecem na área frontal da casa, mostram a repugnância diante do que a loucura expõe: os corpos marcados pelos longos anos de internação psiquiátrica não são bem-vindos naquela rua. E diante das cenas, só conseguem a produção de um discurso de exclusão social, que se dá no desejo de contenção química dos moradores e de que sejam impedidos de ver a rua:

Os vizinhos estavam assustados com a loucura, no sentido de que culturalmente o manicômio ainda existe, e seria esse o lugar para ela. Aquela casa não poderia jamais ser alugada por um grupo de loucos, insanos, perigosos, tal como podemos encontrar nos argumentos dos autores do processo, confinando a loucura na lógica manicomial.

É clara a necessidade de que haja maior, e melhor, supervisão e controle dos internos mantidos pela primeira ré, não apenas pelas questões levantadas acima, mas também e principalmente porque sabe-se que pacientes psiquiátricos sem a devida supervisão podem ter atitudes imprevisíveis. A depender da etiologia da doença, não há a necessária crítica para coibir ações insensatas e até perigosas para si e para outrem (e geralmente são estes os casos que terminam em hospitais psiquiátricos) (fl. 24).

Nas considerações sobre os vizinhos crianças e adolescentes, os autores convocam seu discurso para uma possível proteção dos direitos previstos no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), no que concerne à necessidade de que as crianças tenham garantidos seus direitos ao desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social. A loucura ganha o *status* do contágio, daquilo que não pode ser vivido ou com o que não se pode conviver, que precisa ser colocado no hospital psiquiátrico para que não interfira no desenvolvimento das pessoas sem transtornos mentais. No diz respeito ao “contágio” ou ao preconceito em relação ao louco, temos:

Os autores não podem ser negligentes quanto à exposição de seus filhos e netos a visões e situações negativas que certamente influenciarão em seu desenvolvimento pessoal. E não se diga que é uma forma de preconceito com relação à doença mental, mas sim de fundado receio de que a observação de doentes mentais sem o devido atendimento e controle possa prejudicar o desenvolvimento emocional de crianças que não tem necessidade de serem expostas à situação (fl. 27).

A ideia de que loucura é contagante ou invade a cena dessa rua nos dá indícios de como a cultura precisa ser compreendida em face do seu caráter misógino e excludente de minorias. Seria possível compreender que as crianças desses vizinhos não deveriam, por sua vez, ser “expostas” a pessoas em situação de rua, refugiados, deficientes físicos e intelectuais, gays, lésbicas, travestis e transexuais... e alguns negros, visto que o que se mostra diferente do esperado precisa ser posto à margem. São essas as pessoas que atravessam as ruas quando alguma outra, que não esteja bem vestida, vem pedir alguma ajuda, seja financeira ou não. Segundo Butler (2015), é a impossibilidade de que se reconheça a vida desses alguns que faz com que os coloquemos à parte, afastados dos que podem viver em sociedade. O embasamento dos autores da petição, que consta na sua conclusão, demonstra a falta de reconhecimento dessa população habitante da casa 63. “Trata-se de um bairro familiar e as famílias dos autores tem de ser protegidas, respeitadas e preservadas. (fl. 28). Vale lembrar que na própria petição inicial já se menciona a “antecipação dos efeitos de tutela”, o que demonstra que os vizinhos autores não esperariam qualquer argumentação da parte daqueles considerados réus: a casa 63. Assim, dado que os vizinhos autores não gostariam que a cena se mantivesse naquela rua, a casa precisaria deixar de existir. A loucura deveria ser levada de lá, e quem sabe a casa precisasse ser limpa e higienizada, para que aqueles autores vizinhos pudessem esquecer que a loucura invade, sim, a cidade. Para o cumprimento dos efeitos de

tutela, a solicitação proposta pelos autores demonstra o quanto a loucura não caberia naquela rua:

- o fechamento da fachada externa do imóvel com elevação do portão frontal e vedação total do mesmo de modo a não permitir a visão interna da área frontal da casa;
- a elevação dos muros laterais para uma altura de, no mínimo 2,5 (dois e meio) metros e a colocação de redes que impeçam o lançamento de objetos nos imóveis lindeiros pelos internos;
- a instalação de equipamento antirruídos nas janelas e em todas paredes da casa a fim de impedir a perturbação pelos gritos constantes, possibilitando inclusive o sossego e o sono dos vizinhos;
- a instalação de equipamento de segurança contra incêndios em todos os cômodos da casa, inclusive área externa - alarmes sonoros de fumaça e extintores;
- manutenção de pessoal responsável técnico comprovadamente capacitado a controlar os possíveis surtos dos pacientes em tempo integral;
- demais medidas que Vossa Excelência porventura venha a entender como necessárias para fazer cessar os riscos aqui denunciados decorrentes do mau uso do imóvel pelos réus a fim de fazer cessar todos esses danos atuais e/ou potenciais para os autores e suas famílias;
- ou, alternativamente a todos os itens acima e mais razoável pelo bem que significa aos próprios doentes, que se transfira a clínica para outro local (fl. 29).

As proposições estabelecidas pelos vizinhos denunciam, claramente, a lógica manicomial inscrita nas normas hegemônicas da cultura. Na mesma perspectiva, o desejo dos vizinhos de que se “transfira a clínica para outro local” (fl. 29) pode ser entendido como um discurso segregacionista, discriminatório e preconceituoso. A loucura não pode ser vista por eles e seus familiares. Uma torção no discurso torna-se possível, uma vez que aqueles autores vizinhos praticavam violências no cotidiano da casa 63. A casa ainda é o lugar mais seguro para morar, diante da contrapartida manicomial, indelevelmente marcada nos corpos dos moradores da casa 63, mas não pelo desejo dos vizinhos e sim em respeito à saúde mental dos moradores da residência terapêutica: o melhor seria sair daquela rua, buscar um espaço na cidade onde os vizinhos pudessem olhar sem medo para a loucura, reconhecendo-a como parte da cidade. Assim, com a saída dos moradores para uma outra casa, o processo jurídico foi encerrado. Mas e os danos causados pelos vizinhos autores, como repará-los? A loucura que não pode habitar a rua pacata do bairro de classe média foi para outro bairro, menos hostil. Certamente os moradores seguiram seu caminho, com todas as dificuldades presentes

nos enfrentamentos diários e já esperados para habitar uma cidade, após tantos anos recolhidos e confinados ao espaço do manicômio.

No processo jurídico analisado, os vizinhos não suportaram esses moradores diferentes. Esses vizinhos não foram capazes de reconhecer aquelas pessoas como pessoas na cidade, cidadãs de direito, pessoas que queriam ter, novamente, uma casa. A violência e o desejo de destruí-los certamente os impedia de sair às ruas, de enfrentar o resto da cidade. Presos em casa, eles jamais conseguiriam conviver com qualquer vizinho. Nesse ponto, os vizinhos fizeram um bom trabalho, conseguiram que aquela casa não fosse uma casa, fosse somente uma “clínica clandestina”. E não se trata da instauração da culpa, mas da possibilidade de responsabilização da sociedade na reparação dos danos que ela causou a essas pessoas, não somente via Estado, mas no âmbito sócio-cultural. As casas são diferentes, os problemas e os vizinhos também, mas a cidadania precisa ser compreendida como direito de todos.

Não há dúvida de que esses vizinhos, ou mesmo a sociedade, muitas vezes não estão preparados para receber uma Residência Terapêutica ou qualquer serviço de saúde de base comunitária. Não obstante, o não preparo da sociedade seria justificativa para a não inserção desses dispositivos? Considero, assim, que a ruptura com padrões sócio-culturais é imprescindível para a ampliação das garantias dos direitos dessa população, e de tantas outras, que são postas à margem de uma cidade que não as reconhecesse como cidadãos, e como um outro que nos ultrapassa, no sentido da alteridade.

5 A REPARAÇÃO DE DANOS, A PRECARIIDADE E A CONDIÇÃO DE RECONHECIMENTO: O ENFRENTAMENTO DE QUESTÕES SOCIAIS

Considerando a discussão proposta na análise do processo jurídico investigado, faz-se necessária a retomada da questão da garantia dos direitos desses ex-moradores de hospitais psiquiátricos. É notório o esforço do movimento em defesa da Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirado no modelo italiano, no qual o hospital perde suas forças como recurso de tratamento.

Dessa forma, a discussão culmina não somente no redirecionamento da atenção em saúde mental, mas propõe a garantia do morar fora dos muros dos manicômios. Nesse sentido, o caminho se torna árduo, quando consideramos as dificuldades de viver em sociedade e a dificuldade na experimentação do conceito de alteridade. Reconhecer o outro como cidadão é primordial para o amplo enfrentamento que essas pessoas experimentam para serem acolhidas pela cidade e pela sociedade, em sua precariedade, mas acima de tudo para o reconhecimento de que essas vidas são passíveis de reabitar a cidade.

Quando proponho como título desse capítulo o conceito de “Reparação de Danos”, a intenção é provocativa e desencadeia questões acerca do que é preciso reparar e como essa reparação poderia acontecer. Antes de tudo, só reparamos algo que acreditamos ter sido um equívoco ou quando somos convocados a entrar em contato com uma situação vivida e conscientizados de erros praticados, em uma violência efetiva em relação à qual fomos responsáveis, mesmo quando compreendemos que a omissão é também um modo de violência. Nessa perspectiva, não somente a psiquiatria, os profissionais envolvidos na atenção a esses usuários, mas a sociedade precisa reconhecer esses erros ou as violências cometidas contra essas pessoas em situação de vulnerabilidade social, abandonadas dentro dos vários hospitais psiquiátricos. A retirada dessas pessoas dessa condição asilar e sua reinserção na cidade só podem existir, de fato, com a noção da retomada dos direitos à cidadania negada, como temos insistido e repetido no decorrer dessa investigação.

5.1 O “PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA”: POSSIBILIDADES DO EXERCÍCIO DE MORAR

Sobre as ações propostas nesse sentido, há um programa elaborado para a retomada da vida dessas pessoas fora dos muros físicos dos manicômios que tem sido objeto dessa

investigação: o “Programa de Volta para Casa” (PVC). Nesse contexto, precisamos de um olhar crítico sobre o conceito de “Reparação de Danos”, como veremos a seguir.

Em 31 de julho de 2003, foi aprovada a Lei nº 10.708, que instituiu o benefício “auxílio-reabilitação psicossocial” para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, parte integrante do “Programa de Volta Para Casa” (PVC), com valor atual de R\$412,00. Além disso, ele tem articulação com alguns atores, tais como: Ministério da Saúde, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal e Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Aqui se configura uma situação paradoxal, pois o mesmo Estado que oprimiu e isolou essas pessoas se torna, então, o aliado na reconstrução dessa cidadania.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), o PVC é um dos instrumentos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Assim como as Residências Terapêuticas (RTs), o Programa constitui parte dessa mesma reivindicação histórica do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo sido formulado já na época da II Conferência Nacional de Saúde Mental; concernindo à “Reparação de Danos” causados pelos longos períodos de internação, o PVC faz parte da necessidade de um novo olhar sobre a loucura. Mas como repararmos os danos causados pelos longos anos em que os “loucos” foram obrigados a viver confinados “fora” da cidade? Ademais, o auxílio não tem caráter vitalício, tendo limite de recebimento estipulado em dois anos, dado seu caráter de auxílio na reinserção social de modo que o usuário possa se restabelecer na sociedade. Na prática, precisamos avaliar quais as condições que esses egressos têm ao sair da vida asilar e o quanto, de fato, conseguirão se estabelecer na cidade de forma satisfatória para nela se manterem.

Consideramos que o PVC é um dos aliados fundamentais nesse processo de reabilitação psicossocial, de acordo com a bibliografia existente no campo da Reforma Psiquiátrica, e, na medida em que potencializa a emancipação e a autonomia de egressos de hospitalizações psiquiátricas, tem efeitos imediatos sobre estes usuários. Esse auxílio se configura como um benefício financeiro mensal, destinado aos pacientes egressos de internações, obedecendo os seguintes critérios:

- (a) que o paciente seja egresso de internação cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;
- (b) que a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
- (c) que

haja consentimento do paciente ou de seu representante legal em se submeter às regras do programa; e (d) seja garantida ao usuário a atenção continuada em saúde mental na rede de saúde local ou regional (Brasil, 2004).

Embora o Programa seja considerado um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, deve-se destacar que ele não é indenizatório, nem garantia de reinserção social dessas pessoas.

Antes dele, precisamos considerar como fundamental a conquista dos documentos, visto que grande parte da população egressa não possui nenhuma documentação de identidade, o que evidencia a própria forma de abandono dos loucos nos hospícios ou na não consideração destes como cidadãos. A longa permanência nos hospitais psiquiátricos retirou, além da liberdade, os requisitos mínimos para o exercício da cidadania, embora existam alguns mutirões no Ministério da Saúde para possibilitar a aquisição de documentação. Histórias como a de Camélia são comuns no cotidiano dos manicômios e se constituem uma das maiores dificuldades em saber de onde, afinal, vieram esses moradores.

Até aqui dois problemas se mostram: a falta de documentação e um auxílio com tempo estipulado para término. Propositamente, excluí o “Benefício de Prestação Continuada” (BPC), garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), direito de todo cidadão que não tenha condições de trabalhar, situação apresentada para alguns ou muitos desses usuários, assim definido:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (Brasil, 1993 [Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011]).

A retomada da cidade não parece um caminho tranquilo quando analisamos as condições sociais existentes para esse reingresso. O Ministério da Previdência Social, através da Lei Orgânica (Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993), alterada recentemente pela Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, garante o auxílio a uma determinada parcela da sociedade, como visto anteriormente, embora a condição fundamental para essa aquisição seja justamente a documentação, um dos problemas de parte dos moradores de hospitais psiquiátricos. Para essa aquisição, pode-se realizar a certidão tardia, quando são encontradas fontes originais para a produção da documentação, como mencionado na Lei nº 6.015, de 31

de dezembro de 1973. Mas os trâmites para essa aquisição nem sempre são fáceis. Destaco, além disso, que esse benefício não pode ser considerado como reparação de danos aos ex-moradores de hospitais psiquiátricos, visto que é uma garantia social prevista na impossibilidade de trabalhar, pois se o usuário tem condições de trabalhar, obviamente ele perde o acesso ao BPC. Finalmente, é necessário destacar que a intenção desse capítulo não é discutir questões relativas ao BPC ou à inserção no mercado de trabalho, fundamentais tanto para a reabilitação psicossocial quanto para a sobrevivência desse novo cidadão, mas considerarmos um modo para que ele consiga se reapropriar da cidade e conseguir novamente viver longe dos muros dos manicômios.

Nesse sentido, o “Programa de Volta para Casa” é o único que se apresenta como uma tentativa de garantir que esse cidadão tenha condições iniciais de retomar a sua vida na cidade. Não questiono a sua relevância, mas proponho ampliar a discussão na direção de um novo desenho: a “Reparação de Danos”.

O que seria uma reparação de danos pelos erros causados a essas pessoas? Sabemos que o viver novamente na cidade – com a família, sozinho, em pensão, ou em uma residência terapêutica – não ocorre segundo a proposta da reparação de danos, visto que se trata da forma atual de compreensão de que o hospital psiquiátrico não exhibe condições de cuidado e que a reabilitação psicossocial se dá em equipamentos territoriais em saúde. Por outro lado, a aquisição do “Benefício de Prestação Continuada” (BPC) não tem caráter de reparação de danos, uma vez que é uma garantia de cidadania quando o emprego/trabalho não pode ser desempenhado. Assim, o auxílio proveniente do “Programa de Volta para Casa” (PVC) torna-se o único e ínfimo esboço de reparação financeira. Entretanto, não me parece suficiente um valor mensal de R\$412,00, com duração de um ano e renovação, quando necessária, em casos nos quais o usuário necessite do auxílio para se reintegrar na cidade.

*

O conceito de Reparação de Danos é oriundo da Justiça de Transição, que se dá no Brasil dá-se com o desenho da transição do militarismo à democracia. Assim, a reparação de danos a que refiro faz parte do caminho percorrido pela construção da Comissão da Verdade ao compreender as violências vividas na Ditadura Militar, em atos de tortura e assassinatos. As pessoas portadoras de transtorno mental devem ser diferenciadas dos presos políticos – cidadãos que durante o Regime Militar foram colocados em Hospitais Psiquiátricos como forma de tortura. Retomo aqui as pessoas que, por serem portadoras de transtornos mentais,

foram confinadas atrás dos muros do manicômio, sem condições de tratamento e cuidado necessários para sua saúde, vivendo por tantos anos, muitas vezes sob condições subumanas, sofrendo violências em sua rotina. Entre elas, mulheres que perderam seus filhos ao dar à luz nesses lugares, tendo sido eles arrancados delas após o nascimento, como exemplificado em São Paulo, pelos “filhos do Juquery”. Além disso, devem ser lembradas as pessoas que, ao serem perguntadas sobre o desejo de viver fora do hospital psiquiátrico, exprimem a vontade de continuar a viver lá, por nem se lembrarem mais como é morar em um casa. Também deve ser o caso de pessoas que foram capturadas nas ruas, rodoviárias, parques, durante o Regime Militar, e foram postas em manicômios, e lá permaneceram, e algumas ainda permanecem nesses lugares. Assim, os que precisavam de cuidado em saúde encontraram, no isolamento dos manicômios, a única possibilidade de se manterem vivas.

O que é Reparação de Danos, afinal?

5.2 OS DIÁLOGOS COM A COMISSÃO DA VERDADE: LOUCURA EM TEMPOS DE DITADURA MILITAR E A “REPARAÇÃO DE DANOS”

É salutar assinalar um dos temas escolhidos pela Comissão da Verdade do Estado de São Paulo – denominada “Rubens Paiva”, em homenagem ao engenheiro e político brasileiro torturado e assassinado em 1971, nas dependências de um quartel militar – mais especificamente dois aspectos fundamentais:

[...] o reconhecimento das consequências psíquicas da repressão, que constituíram um dos pontos condenatórios ao Estado brasileiro na sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) no caso Araguaia, e a relação histórica entre as instituições de saúde mental e as graves violações de direitos humanos (São Paulo, Comissão da Verdade).

Dessas ações, o seminário *Psicanálise, Política e Memória em Tempos Sombrios: Brasil e Argentina*, organizado pela Universidade de São Paulo e realizado no dia 31 de agosto de 2012, convida a repensar a trajetória das violências do Estado em relação aos moradores de hospitais psiquiátricos.

O trecho do depoimento de Fabiana Rousseaux, nessa audiência da Comissão Rubens Paiva, mostra a importância da Reparação de Danos.

Depois de tantas décadas, os Estados não só têm a obrigação de reparar e, dentro das políticas de reparação, a saúde é uma das obrigações que o Estado tem que assumir [...] e assumir desde um ponto de vista integral, quer dizer, não só pensando fragmentadamente como se assistem as vítimas, como se, lhes dá apoio psicológico, senão como se entendem que as consequências da violência do Estado, não são consequências só psicológicas, ou também as psiquiátricas, como algumas vezes se entende mal, mas consequências que têm tudo que ver com os projetos de vida das pessoas que foram vítimas do terrorismo de Estado (São Paulo, Comissão da Verdade).

O redirecionamento da atenção em Saúde Mental, proposta pela Lei nº 10.216/01, garante um atendimento adequado e solicita aos Estados e municípios o cumprimento das ações previstas, na criação e manutenção dos equipamentos de Saúde Mental. Não há dúvida aqui, como discutido anteriormente, sobre o papel fundamental dos Centros de Atenção Psicossocial no enfrentamento dos estigmas estabelecidos na sociedade em relação à loucura. Mas, para além do cumprimento das obrigações do Estado, precisamos refletir sobre a garantia da reparação para esses ex-moradores. Essa discussão ainda persiste quando pensamos no Censo Psicossocial de 2014, principalmente na existência ainda de tantos moradores nesses hospitais. A quantidade de Residências Terapêuticas na cidade de São Paulo é ainda pequena, a condição de tratamento desses usuários enfrenta problemas no cotidiano dos serviços que se mantêm sucateados na composição de recursos humanos, na verba destinada à saúde, que somente garante a atenção a partir de pressões exercidas pelo movimento de Luta Antimanicomial.

A retirada do coordenador de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde e a nomeação do psiquiatra Valencius Wurch – ex-diretor do maior manicômio do Rio de Janeiro, a Casa de Saúde Dr. Eiras³⁸ – provocou manifestações em todo o país, expressão de um incômodo concreto quanto à possibilidade de que os avanços em Saúde Mental possam estagnar ou até mesmo retroceder. Nesse sentido, existe a denúncia do quão frágil pode ser o cuidado em Saúde Mental, no que concerne aos investimentos na área, visto que os aspectos previstos em lei podem ser retrocedidos, caso seja do interesse a reformulação da lei ou mesmo sua extinção. E mesmo se essa radicalidade da extinção não ocorrer, a prática pode ser estagnada de acordo com os jogos de poder envolvidos na cena, principalmente nas

³⁸ A casa de Saúde Dr. Eiras esteve sob investigação, através de ação do Ministério Público, no período de 2004 a 2010, fechando suas portas, definitivamente, em 2012. Destaco que esse lugar, como outros manicômios, foram locais utilizados durante a Ditadura Militar para detenção de presos políticos.

questões relativas à Reparação de Danos. Considera-se, aqui, a lei existente, mas é necessário reconhecer o quão frágil ela se apresenta no sentido da garantia de políticas públicas que não retomem a centralidade do hospital como tratamento.

As mobilizações contra a nomeação do novo coordenador se deram na época de sua indicação, realizada em dezembro de 2015, e contou com a ocupação da sede da coordenação em Brasília, além de vários atos em diferentes cidades do país, com cartazes empunhados por técnicos e usuários de saúde mental, na mesma direção das manifestações iniciadas quando da institucionalização do Movimento de Luta Antimanicomial. Frases tais como: “A Liberdade é Terapêutica”, utilizada na década de 1980, retornou aos punhos dos usuários e técnicos dos serviços de saúde mental. Gritos de “Nenhum Passo Atrás” ecoaram nas manifestações pelo país. É bastante significativo o medo do retrocesso, fundamentalmente porque a sociedade não reconheceu, de fato, os erros cometidos contra essa população. Por sua vez, o Estado muitas vezes reitera esse modelo, como no modo como a polícia do Estado de São Paulo agiu na “Operação Sufoco” (ou Operação Centro Legal, como foi nomeada posteriormente), realizada na Cracolândia, em janeiro de 2012, e que foi retomada em janeiro de 2013.

Nesse mesmo ano, uma nova audiência da Comissão Rubens Paiva foi realizada com a jornalista Daniela Arbex (2013), autora do livro *Holocausto Brasileiro*, no qual ela percorreu as histórias do maior hospício do Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena:

Projetado inicialmente para ter 800 vagas o hospital atingiu a marca de cinco mil pacientes em 1980, milhares de homens, mulheres e crianças faleceram de tortura, diarreia, fome e frio. No local onde homens e mulheres e crianças eram mantidos nus. No local onde homens e mulheres eram violentadas e tiveram arrancados seus bebês ao nascer. E que tentaram proteger a gravidez, os seus filhos passando fezes na barriga para que naquele período da gestação, pelo menos naquele período elas não fossem tocadas. Era um repelente humano. (São Paulo, Comissão da Verdade).³⁹

O livro *Holocausto Brasileiro* buscou retratar fatos ocorridos no referido hospital, fundado em 1903, onde foram mortas cerca de 60 mil pessoas até 1980, segundo estimativas do próprio governo de Minas Gerais. Os critérios de internação não existiam, como já mencionado nessa investigação. Não obstante, havia moradores pelos cantos, tal como foram

³⁹ Trecho extraído do discurso de Daniela Arbex na 61ª audiência da Comissão da Verdade “Rubens Paiva”.

retratados pelo fotógrafo Luiz Alfredo na revista *O Cruzeiro* (1961). Ou como contado por Guimarães Rosa, em “Sorôco, sua mãe, sua filha” (2001).

Em 2014, na 137ª audiência da CEV “Rubens Paiva”, foi lançada a obra *Os “bobos” em Goiás: enigmas e silêncios*, da pesquisadora Marilucia Melo Meirelles. O livro aborda a concentração de pessoas acometidas de transtornos mentais na cidade de Goiás, bastante vinculada à noção de vulnerabilidade social. O emocionante da história está no “tabu porque essas pessoas eram recolhidas pelas famílias, ainda crianças, para trabalharem em situações análogas às da escravidão, sob a omissão completa do Estado, que nem mesmo possui registro de quantos eram esses chamados ‘bobos’.” (São Paulo, Comissão da Verdade).

No que concerne às conclusões da Comissão da Verdade, no relatório sobre Ditadura e Saúde Mental, encontramos a seguinte informação:

[...] sobejamente que essas instituições e esses profissionais foram historicamente usados no Brasil como instrumentos e agentes de poder e sujeição, seja por motivos políticos ou não. Na maioria dos casos, que não envolve militantes políticos, tratar-se-á de uma questão de resistência social, pela eficácia efetiva do direito social à saúde, que inclui necessariamente a saúde mental (São Paulo, Comissão da Verdade).

Esse relatório recomenda a:

[...] elaboração de um protocolo de atendimento, no campo da saúde mental, de integral respeito aos direitos humanos; reformulação dos moldes de tratamento de pessoas internadas em institutos de saúde mental, com o propósito de inibir as violações de direitos humanos, inclusive a tortura por meio de medicamentos (São Paulo, Comissão da Verdade).

Nesse sentido, desde 2001 existe a Lei nº 10.216, que redireciona o tratamento de pessoas acometidas de transtornos mentais. Lei essa que tenta garantir e propor a exclusividade do atendimento em ambiente extra-hospitalar, sendo a enfermaria de psiquiatria um local de atendimento de crises, que necessita de constante vigilância dos órgãos de Estado para que não mantenham pessoas sob custódia por período maior ao necessário de crise. Retomo o Censo 2014, que nos mostra os números expressivos de pessoas ainda morando em ambiente hospitalar. Nessa perspectiva, a CEV pode contribuir para a eficácia das preconizações na referida lei, responsabilizando o Estado e acompanhando a construção de Residências Terapêuticas para esses moradores, na impossibilidade de retorno à família de origem.

Em contrapartida, muitos atores envolvidos nas atrocidades causadas a esses moradores abandonados nos hospitais, e com seus direitos à cidade negados, não foram responsabilizados pelos atos praticados. Quem responde pelas práticas manicomialmente estabelecidas ao longo da história desse país? Sem dúvida a doença mental foi compreendida mundialmente ao longo dos séculos, mas as práticas no Brasil, principalmente as realizadas durante a ditadura militar, precisam ser analisadas e responsabilizadas. O próprio movimento de Luta Antimanicomial, surgido após esse período, questionou e ainda questiona as práticas realizadas nesses hospitais e com frequência podemos ainda utilizar o termo “tortura” em relação às práticas cotidianas. Essa tortura se vincula tanto ao uso dos eletrochoques quanto à contenção medicamentosa – prática ainda existente – assim como à proibição de acesso desses moradores à cidade. Em relação a isso, o relatório propõe que seja feita a “Investigação sobre as instituições e profissionais de saúde mental na violação de direitos humanos durante a ditadura militar, mais notadamente em relação à internação e à tortura de presos políticos nas instituições psiquiátricas.” (São Paulo, Comissão da Verdade).

Vemos que a Reparação de Danos se faz fundamental direcionando-se não somente em ações no âmbito da saúde. A proposta do “Programa de Volta para Casa” pode ser pensada como o início desse reparo, mas precisa ser colocada socialmente do ponto de vista de seu alcance e intencionalidade. As questões sociais persistem na negação do direito a essas pessoas que antes eram moradoras de hospitais psiquiátricos, caso exemplificado nessa investigação com a análise do processo jurídico sobre a retirada da “clínica clandestina”. A loucura e seus estigmas ainda remontam ao pensamento estabelecido no passado. O retorno à cidade ainda encontra obstáculos nos episódios de “exclusão social” vividos no cotidiano desses moradores.

A desospitalização, caminho inicial, muitas vezes é percebida como fim, como reparação de danos. Não restam dúvidas do quão irreparável é, para todos os envolvidos nas atrocidades do manicômio. Mas como garantir de fato que cumpramos nosso papel social, assegurando efetivamente que essas pessoas sejam compreendidas como cidadãos? Nesse sentido, a discussão sobre a administração do dinheiro do morador, sem a curatela, é um ponto nodal. A cidadania não pode existir mediante a curatela. Dito de outra forma, um sujeito *curatelado* é menos cidadão que um sujeito que pode escolher, de fato, onde investe seus desejos. Questões jurídicas são produzidas com frequência, quando somos obrigados a curatelar um ex-morador de hospital psiquiátrico, para que ele possa ter acesso a benefícios como o PVC ou o BPC. Considerar que o sujeito-cidadão não seja *curatelado*, mas *ajudado* pelos profissionais que o acompanham na gestão do próprio dinheiro é imprescindível. Nesse

sentido, urge a construção de documentos norteadores que garantam que inclusive os profissionais de saúde possam compreender a cidadania desse usuário, em como este pode administrar seu dinheiro sem a necessidade de que o outro responda por sua curatela.

A Reparação de Danos se dá na garantia de possibilidade da cidade em sua amplitude da convivência assegurada a todos os cidadãos, das compras no mercado do bairro e no *shopping center*, das idas ao parque e ao clube, ao cinema e ao teatro... em sintonia com seu desejo de ir e vir, nem sempre encontrada em razão dos inúmeros critérios de exclusão presentes no cotidiano da cidade.

Outra pergunta que se faz: onde pode morar alguém que antes vivia confinado no hospital psiquiátrico? Não há dúvida de que, a depender das características do bairro – população, poder aquisitivo, receptividade, dentre outros mais – esses moradores são bem acolhidos. Mas o lugar de moradia seria estabelecido por esses critérios?

A Reparação de Danos segue na aquisição e garantia do auxílio reabilitação, que não poderia ser provisório e sim vitalício, na criação de quantas residências terapêuticas fossem necessárias para que não haja moradores em hospitais psiquiátricos, e na responsabilização real do Estado em relação a qualquer forma de internação fora da necessidade. Nesse sentido, a indenização de todo cidadão, vítima de violência por ser louco, como as vividas pelos moradores habitantes da casa 63, é ponto nodal no enfrentamento dos estigmas presentes ainda na compreensão da loucura. A responsabilização da sociedade para com as violências sutis presentes no cotidiano, exemplificadas com profissionais de saúde que se negam a atender um usuário do serviço de saúde mental, sozinho na unidade de saúde, ou nega sua presença e somente conversa com o seu acompanhante, incapacitando-o por ser louco ou por ser simplesmente diferente.

*

Certo dia, uma moradora de uma Residência Terapêutica foi até a unidade de saúde para uma consulta, acompanhada de uma cuidadora. Durante a consulta com o médico, a cuidadora e a moradora passaram por uma situação, muitas vezes cotidiana, mas que denuncia o quão frágil é a situação dessa parcela da sociedade em vulnerabilidade. As dores presentes na moradora não foram importantes, tampouco verificadas. O médico iniciou a conversa com a cuidadora, afirmando que Dona Zenaide estava mal vestida, suja, com cheiro forte. Pouco se importou se, naquela manhã, com muita dificuldade, a cuidadora tivesse conseguido que Dona Zenaide fosse até o posto de saúde. Não deu tempo para o banho ou

para trocar de roupas, sob pena de ela não querer sair da residência, caso precisasse de tantos aparatos estéticos. O importante era cuidar da dor no estômago, que há dias incomodava a moradora. Negra e pobre, sem benefício estatal por não ter sido encontrado qualquer resquício de sua certidão de nascimento, Dona Zenaide era assim chamada por atribuição de técnicos do antigo hospital psiquiátrico. Aprendeu a se chamar Zenaide, possivelmente.

O médico, a contragosto, examinou a moradora. Prescreveu medicações e, ao final, repreendeu a cuidadora, solicitando que ela cuidasse mais da aparência de Dona Zenaide antes de levá-la ao posto de saúde. A cuidadora, recém-contratada, negra e pobre como a moradora, voltou chorando para a residência terapêutica. Reaprendeu, naquele dia, nos dizeres dela, “o quão difícil é lidar com algumas pessoas” que se percebem melhores que as demais. A exclusão social era também vivida pela acompanhante comunitária, em seu cotidiano. Cenas que podem ser exemplificadas no dia a dia de alguns serviços de saúde do Brasil, como essa retratada, que foi observada pela cuidadora e a coordenadora de uma das Residências Terapêuticas da cidade de São Paulo.

Aqui a Reparação de Danos articula-se com a exclusão social, ampla e fora dos antigos muros que protegiam a sociedade do louco, mas que, também, o protegiam das cotidianas e sutis violências a que muitos outros, mesmo sem serem loucos, estão expostos. O que podemos enfatizar é que, em termos da exclusão social, essas pessoas se somam também a outras parcelas da sociedade, que têm no cotidiano de suas vidas seus direitos obstaculizados e, tantas vezes, negados. Aqui, esses problemas convergem na compreensão de uma sociedade excludente para com muitos de seus habitantes, todos sem voz, seja pelos seus delírios, seja pela negação do seu discurso: loucos, travestis, população em situação de rua, refugiados, negros, gays, lésbicas, travestis, transexuais, usuários de álcool e outras drogas e tantos outros.

Em suma, são ex-moradores de hospital psiquiátrico, mas muitas vezes são loucos, negros e pobres, mas, por vezes, denunciam os absurdos obscurecidos pela rotina, violências sutis presentes nas buzinas quando, distraídos, andam fora da calçada, numa cidade que não para e cujos códigos de sobrevivência são mais rígidos do que se imagina. Assustam, gritam, choram sem pudor, soltam gargalhadas sentados em um banco de praça, andam pelas ruas, cumprimentam os vizinhos, falam sozinhos em voz alta, desconhecem o código de civilidade que demarca a vida urbana, do anonimato, da cordialidade discreta, dos limites em relação ao espaço do outro. São pessoas, como todos os outros que frequentam os mesmos espaços, porém, carregam no corpo a precariedade, precariedade que o restante da população não

reconhece como fundamental e que requer um esforço de negociação mínima e respeito para com esta existência singular.

A Reparação de Danos, como já mencionado, exige reconhecimento para que possa ser operada na sociedade em um enfrentamento da condição de vida das parcelas socialmente vulneráveis e na sua concreta inserção na sociedade como cidadãos de direito, reconhecidos como sujeitos. Esbarra-se, aqui, num problema mais amplo, denominado cultura, cuja historicidade demarca uma constante dificuldade em lidar com as diferenças sem ser na base da classificação, hierarquização e segregação. Trata-se de uma cultura narcísica, pautada pelo encontro e reverência ao que espelha ela própria.

5.3 OS “QUADROS DE GUERRA” NOS MANICÔMIOS E A CONDIÇÃO PRECÁRIA DE CORPOS QUE RETORNAM À CIDADE: DIÁLOGOS ENTRE BUTLER E SAÚDE MENTAL

Recentemente lançado no Brasil, o livro *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?*, da filósofa Judith Butler, traz uma importante reflexão, elaborada a partir da observação sobre a política neoliberal norte-americana e a violência, em resposta às guerras contemporâneas – principalmente a guerra ao Iraque e a prisão de Guantánamo, em Cuba. A autora questiona o aprisionamento das vidas em molduras e o escalonamento de vidas entre descartáveis e perdidas, e outras que são legítimas e protegidas. Ou seja, Butler chama atenção para o fato de que a vida humana não tem o mesmo valor no interior de alguns conflitos sociais, em especial a partir de um contexto bélico regido pela ótica do neoliberalismo.

Embora neste livro a loucura e os muros dos manicômios não tenham sido objeto de sua pesquisa, sua reflexão sobre a precariedade de alguns corpos/vidas em relação aos demais pode ser deslocada para um outro contexto. Neste sentido, aproximarei sua investigação para os quadros trazidos pela loucura a partir dos manicômios e expostos como fotografias da violência praticada em determinados lugares. Assim, considero, por exemplo, as fotografias do Hospital Colônia de Barbacena, como mencionado nesse capítulo, como expressão de situações importantes de vidas que a sociedade pouco conseguia compreender. Trazer à tona – como enquadramento – as atrocidades cometidas com determinada parcela da sociedade, aqui inscrita como loucos, foi a tarefa da Luta Antimanicomial e ponto fundamental para a construção da Reforma Psiquiátrica, não somente no Brasil, mas em todo o mundo. Aqui, evidencia-se a necessidade de reconhecimento de erros e de produção da Reparação.

Penso que, ao serem mostradas para a sociedade, grande parte das pessoas podem se solidarizar com a situação desses moradores e questiona as violências praticadas na “Era dos Manicômios”. Assim, não restaria dúvida em relação às violências retratadas em fotografias, músicas, contos, documentários..., a arte tem feito esse trabalho no decurso de muitos anos. Mas como proceder quando esses mesmos loucos⁴⁰ deixam o lugar da fotografia e tornam-se vizinhos, habitantes da mesma cidade?

Minha hipótese é de que poucos habitantes dessa cidade acreditam na eficácia dos “tratamentos” realizados com esses loucos, nos manicômios. Não obstante, quando esses loucos retornam para a cidade, muitos se perguntam o porquê de eles não poderem morar num lugar afastado, com a brisa do campo, grandes “jardins”..., ou seja, o hospital psiquiátrico. Mas eles parecem não querer um hospital sujo como viram nos documentários, querem um hospital limpo, com comida de qualidade, colchões para dormir, cadeiras para se sentar, equipe 24 horas por dia, pronta para o “cuidado”. Para uma grande parte da população, a não violência seria um hospital isolado, mas de qualidade. Poucos reconhecem que a existência do hospital psiquiátrico – um lugar de onde o louco jamais poderia sair – já é violenta por si. E quando o louco anda na rua, sozinho ou acompanhado, os vizinhos – sob o estigma da tutela – verbalizam que esse louco, que fala sozinho, veste-se da maneira que escolhe, não está recebendo o cuidado devido, como mencionado na petição inicial, presente no processo jurídico analisado.

Nesse sentido, proponho seguirmos as considerações de Butler (2015), e aproximá-las da loucura. Uma diferença se apresentaria: o quadro, como proposto pela autora, deixa de estar exposto e torna-se vivo, presente, impactante. O louco retoma a cidade! São eles os sobreviventes do nosso holocausto⁴¹. E ele vem com tudo, precário e questionador. E aqui, esse louco denuncia normas sociais vigentes, questiona valores, produz novas rotinas, altera a cena da cidade. Não obstante, essas questões não são uma apologia à loucura, são, sim, o reconhecimento de alguém que sofre e chora, de um alguém que precisa de atenção em Saúde Mental, um delirante, mas antes de tudo, um cidadão.

⁴⁰ A utilização do termo “louco” é fundamental como provocação e resgate do estigma ainda presente na cultura, nos vizinhos que não reconhecem o termo usuário do serviço de saúde mental ou mesmo alguém que necessita de cuidado em ambiente extra-hospitalar. O louco é aquele perigoso, que assusta, que precisa ser contido, isolado.

⁴¹ O termo “holocausto” é aqui recuperado no sentido dado pela autora Daniela Arbex (2013), no livro *Holocausto Brasileiro*, como já mencionado anteriormente.

Para prosseguir nessa análise, é importante perceber como os sujeitos são compreendidos na sociedade e quais são os “escolhidos” como parte possível de vida na cidade e quantos terminam privados de reconhecimento.

Segundo Butler (2015), a apreensão da vulnerabilidade de um corpo/ser precário conduz a uma “potencialização da violência, a uma percepção da vulnerabilidade física de certo grupo de pessoas que incita o desejo de destruí-las” (p. 15). No cotidiano da cidade, os loucos são vítimas constantes dessas violências. A autora propõe a necessidade de

[...] ampliar as reivindicações sociais e políticas sobre os direitos à proteção e o exercício do direito à sobrevivência e à prosperidade, a vulnerabilidade, a dor, a interdependência, a exposição, a subsistência corporal, o desejo, o trabalho e as reivindicações sobre a linguagem e o pertencimento social (Butler, 2015, p. 15).

O caminho escolhido por ela seria o da construção de uma ontologia corporal, na visão de um ser que enfrenta normas sociais e que as questiona, fundamento para a possibilidade de existir fora dos padrões estabelecidos pela cultura. Dessa forma, o louco questiona essas normas e precisa ter garantido o seu exercício questionador, mas, acima de tudo, precisa ser reconhecido como alguém capaz dessa ação.

Assim, apreender uma vida depende de que essa vida seja produzida de acordo com algumas regras estabelecidas. Segundo a autora, temos um problema ético quando essa vida precisa ser reconhecida e por sua vez protegida contra a violação. Para que o sujeito seja reconhecido, ele precisa estar enquadrado nos parâmetros das normas sociais vigentes.

Os esquemas normativos são interrompidos um pelo outro, emergem e desaparecem dependendo de operações mais amplas de poder, e com muita frequência se deparam com versões espectrais daquilo que alegam conhecer. Assim, há “sujeitos” que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há “vidas” que dificilmente - ou, melhor dizendo, nunca - são reconhecidas como vidas (Butler, 2015, p. 17).

A sociedade se estrutura dentro desses esquemas normativos, e o que somos capazes de apreender através do tempo requer um trabalho árduo de reconhecimento. Quando o louco retorna à cidade, ele promove a necessidade de se repensar os esquemas normativos, muitos desses já existentes, os mesmos que os colocaram sob a tutela do Estado atrás dos muros do manicômio, de acordo a avaliação anterior de que esses corpos não pertenciam à sociedade.

Aqui pode ser retomada, como ilustração, a “Nau dos Loucos” ou “*Stultifera Navis*”, que dá título ao primeiro capítulo do livro *História da Loucura*, de Foucault (2010b).

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são sua extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer (p. 12).

Em sentido aproximado, essa terra não conhecida foi, posteriormente, denominada manicômio e continuou fazendo com que o louco permanecesse em um lugar estéril. Aqui podemos retornar às reflexões de Butler (2015), de forma que seja compreendido um “estar vivo” sem necessariamente termos o reconhecimento de uma “vida”,

[...] uma figura viva fora das normas da vida não somente se torna o problema com o qual a normatividade tem de lidar, mas parece ser aquilo que a normatividade está fadada a reproduzir: está vivo, mas não é uma vida. Situa-se fora do enquadramento fornecido pela norma, mas apenas como um duplo implacável cuja ontologia não pode ser assegurada, mas cujo estatuto de ser está aberta a apreensão (Butler, 2015, p. 22).

A vulnerabilidade social dos loucos é inegável, mas como serão compreendidos nos esquemas normativos exige um entendimento anterior acerca de como esse movimento se dá no processo de construção da sociedade. “Trata-se, contudo, de saber como essas normas operam para tornar certos sujeitos pessoas ‘reconhecíveis’ e tornar outros decididamente mais difíceis de reconhecer.” (Butler, 2015, p. 20).

Desenham-se, assim, problemas na sociedade que dizem respeito a compreender a necessidade de reparação de danos, visto que esse louco questionador interfere constantemente nas normas estabelecidas, forçando de forma canhestra sua ampliação, tornando muitos habitantes incapazes de compreender a necessidade de acolhimento da loucura novamente na cidade. O louco até poderia ser apreendido, mas não reconhecido pelas normas de reconhecimento. Para Butler (2015), posterior ao reconhecimento, precisaríamos compreender o que fez com que existisse: a condição de ser reconhecido.

As cenas manicomiais expostas ao longo dos anos de movimento Antimanicomial oferecem “as condições necessárias para libertar-se da aceitação cotidiana da guerra e para provocar um horror e uma indignação mais generalizados, que apoiem e estimulem o clamor por justiça e pelo fim da violência.” (Butler, 2015, p. 26). Não obstante, podemos ter a possibilidade de que o clamor de justiça se dá na ideia de construção de hospitais mais limpos, organizados, embora se mantenha a lógica hospitalocêntrica. Aqui, um jogo de poder está presente: todas as reformas psiquiátricas na história tentaram mudanças na ‘qualidade’ do serviço hospitalar, mas mantiveram o hospital como centro do tratamento. Nessa perspectiva, quando expomos a necessidade do louco em ser reconhecido como cidadão, alterando inclusive seu lugar de moradia, temos um impasse importante na sociedade. A fotografia ganha vida e habita a cidade..., e incomoda por seus questionamentos.

*

Certa manhã, ao chegar a uma residência terapêutica, encontrei duas moradoras aos gritos. Uma delas tinha entregado R\$5,00 para a outra e solicitado que ela fosse até o mercado comprar dois chocolates de uma determinada marca. Ao retornar para casa, a moradora tinha trazido somente um chocolate e o troco: R\$1,00. Logicamente, a outra moradora estava aos gritos, informando que havia sido roubada. Espero um pouco e tento entender o que estava acontecendo. Pego o cupom fiscal e verifico que aquele chocolate tinha custado R\$3,99 e o troco estava correto – considerando que raras vezes os comerciantes nos entregam moedas de R\$0,01. Tento explicar a ela a situação, que me surpreende dizendo:

– Passou na televisão! Eu assisti na propaganda da novela que no supermercado Futurama [mercado de bairro, inexistente na vizinhança daquela Residência Terapêutica], dois chocolates custam R\$4,99 (quatro reais e noventa e nove centavos). Essa mulher está me roubando.

Explico a ela que a compra havia sido feita no mercado ali próximo, e que não era o Futurama. Expliquei que o Futurama era um mercado relativamente mais barato, mas que era muito longe dali. Respirei e tive a sensação de que havia explicado bem a situação, quando ela me surpreende novamente:

– Como um mesmo chocolate pode ter dois preços diferentes? Então a vendedora lá do mercado roubou mesmo. Ela deve vender dois chocolates, mas entrega só um, depois outra pessoa compra aquele chocolate e ela ganha em cima da gente. Isso não pode! Ela tem que ser presa! Ninguém prende ela? Por que?

Perplexo com o que eu acabava de escutar, só consegui olhar no fundo dos olhos dela e dizer: concordo com você! Isso se chama Capitalismo, mas a gente fala disso depois...

Este exemplo de um dia comum na Residência Terapêutica sugere o desconforto dos usuários para lidar com a lógica que lhes é imposta. A relação entre a palavra/imagem da televisão e a noção de realidade/verdade que elaboram. Há proximidade com os códigos (da compra/venda das mercadorias), no entanto, o questionamento feito parece absurdo diante de olhos dos “normais”. Tal detalhe aciona diferenças aparentemente banais entre o louco e o normal. Localizar as diferenças não é o problema em si, o problema está na dificuldade dos considerados “normais” em lidar com o “anormal” sem ser por meio da chave da discriminação. Como sugere Butler, a grande questão seria a de pensar em como propor que parcelas antes não reconhecidas possam sê-lo, como o caso dos loucos em seu retorno para a cidade. E juntamente com isso, “afirmar que uma vida precária exige que a vida seja apreendida como uma vida, mas também que a precariedade seja um aspecto do que é apreendido no que está vivo.” (Butler, 2015, p. 30).

Quando retiramos o hospital como moradia, precisamos reconhecer a precariedade da vida dessas pessoas, que não diferente da precariedade que une todos os humanos e também os não humanos. Nesse sentido, e a partir desse reconhecimento, a garantia de suprir as necessidades de todos se mostra fundamental. Aos que, individualmente, não conseguiram, é papel do Estado suprir habitação, alimentação, saúde, trabalho e justiça. Aos que a sociedade isolou nos manicômios por acreditar que não tinham condição de vida em sociedade, precisamos reconhecer de forma igualitária a precariedade e a necessidade dessa parcela da sociedade em sua cidadania.

A precariedade implica viver socialmente, isto é, o fato de que a vida de alguém está sempre, de alguma forma, nas mãos do outro. Isso implica estarmos expostos não somente àqueles que conhecemos, isto é, dependemos das pessoas que conhecemos, das que conhecemos superficialmente e das que desconhecemos totalmente (Butler, 2015, p. 31).

Os loucos na cidade nos mostram ou nos denunciam essa condição, muitas vezes negada em nosso cotidiano. São eles que, sem se preocupar, colocam-se na interdependência com a cidade, perguntando, questionando e solicitando atenção. A própria noção de alteridade, se impõe radicalmente a partir do que os loucos na cidade nos mostram. Vale lembrar que no cotidiano de nossas vidas, centrado na individualidade e no imeditatismo, a experiência de alteridade está posta em cheque e colocada em tensão.

O que chama atenção é como enfrentamos no cotidiano dos serviços e também no cotidiano das residências terapêuticas problemas nessa apropriação da cidade. O louco que transita pela cidade entra em comércios, decide o que comer, interfere na paisagem da cidade assim como outras populações que são compreendidas como estando à parte. A rotina da cidade não para e muitas vezes não os acolhe como cidadãos. Essa condição precária se mantém no cotidiano e é a ela que nossos olhos precisam atentar. Não considero a tutela como saída possível, mas a implicação do Estado no compromisso de cuidado é fundamental. No contexto da Residência Terapêutica, a equipe que trabalha na casa precisa estar alinhada com a Reforma Psiquiátrica, mas precisa estar constantemente implicada no que se compreende por apropriação da cidade e não somente na manutenção de pessoas em uma casa, fora do antigo manicômio. Dito de outra maneira, a própria casa pode reproduzir o ambiente hospitalar, e muitas vezes o faz, por termos como moradores pessoas que passaram anos internadas e que, muitas vezes, se dizem incapazes de escolher o que comer, a hora de dormir ou se irão ficar com seu cigarro ou se preferem que, no horário certo, o cuidador o forneça.

Nessa perspectiva, a Casa teria como papel fundamental manter o cuidado, mas também garantir que as escolhas possam ser feitas e, cada vez mais, que esses moradores possam se apropriar de sua moradia. As atribuições das atividades de rotina da casa, tais como: limpeza de quintais, cozinhar, cuidar dos quartos, fazer a lista de compras, ir ao mercado, contratar faxineira para a limpeza da casa, e tantos outros exemplos da rotina do morar, precisam estar asseguradas aos moradores, com sua participação. Ações do cotidiano se refletem nessa apropriação da casa, bem como da cidadania dessas pessoas, tanto no interior da casa quanto fora, quando esses moradores recomeçam a transitar na comunidade onde a Residência Terapêutica está inserida

[...] “o direito à vida”, onde não há nenhuma proteção definitiva contra a destruição e onde os laços sociais afirmativos e necessários nos impelem a assegurar as condições para vidas vivíveis, e a fazê-lo em bases igualitárias. Isso implicaria compromissos positivos no sentido de oferecer os suportes básicos que buscam minimizar a precariedade de maneira igualitária: alimentação, abrigo, trabalho, cuidados médicos, educação, direito de ir e vir e direito de expressão, proteção contra os maus-tratos e a opressão (Butler, 2015, p. 41).

E continua:

Se tomarmos a precariedade da vida como ponto de partida, então não há vida sem necessidade de abrigo e alimento, não há vida sem dependência de redes mais amplas de sociabilidade e trabalho, não há vida que transcenda a possibilidade de sofrer maus-tratos e a mortalidade (Butler, 2015, p. 45).

Desse modo, os jogos de poder maximizariam a precariedade para determinada parcela da população, como, por exemplo, os loucos, e minimizariam para outras, conforme esses mesmos jogos de poder. Assim, algumas vidas não seriam reconhecidas como passíveis de lamentação caso tenham seus direitos ou suas existências negados. No manicômio, essa lógica imperou durante muitos anos, tratava-se de vidas não lamentáveis. Exemplo disso está no livro *Holocausto Brasileiro*, no qual a autora denuncia a venda de corpos para inúmeras faculdades de medicina do país. A privação de direitos pode ser exemplificada em várias parcelas da sociedade atual, sejam as privadas de liberdade (hospital psiquiátrico, hospital de custódia e tratamento ou prisão), sejam aquelas em situação de rua ou aquelas ainda que, morando em ocupações na cidade, sofrem violências constantes.

Para Butler, precariedade e condição precária são conceitos que se entrecruzam, no sentido de que algumas vidas são mais precárias que outras, podendo ser eliminadas acidentalmente ou propositalmente. A diferença se daria na condição precária, que “designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte.” (Butler, 2015, p. 46).

Não há dúvida sobre as violências praticadas dentro dos manicômios; não obstante, quando se deixa o manicômio, essa mesma população continua sendo vítima de violências parecidas. É preciso, portanto, que o Estado garanta a existência dessas pessoas, em sua precariedade, mas não em condições precárias. O retorno do Estado-opressor como Estado-cuidador, fragiliza muitas vezes a proteção dessas pessoas.

Estar protegido da violência do Estado-Nação é estar exposto à violência exercida pelo Estado-Nação; assim, depender do Estado-Nação para a proteção contra a violência significa precisamente trocar uma violência potencial por outra. Deve haver, de fato, poucas alternativas. É claro que nem toda violência advém do Estado-Nação, mas são muito raros os casos contemporâneos de violência que não tenham nenhuma relação com essa forma de política (Butler, 2015, p.47).

A partir das ideias de autores como Spinoza, Klein, Hobbes e Hegel, a autora tece considerações sobre a precariedade e a construção de condições precárias para lidar com certas populações. O que enfatizo aqui é que a saída do hospital não garantiu, por si só o acesso à cidadania nem diminuiu a presença de cenas precárias. Urge, portanto, o desenvolvimento de políticas que garantam de fato um tratamento diferenciado para essa população recém-chegada à cidade, ou melhor, uma população que volta a morar no mesmo lugar de onde foi expulsa por sua condição de loucura. Não existe retorno de alguém que não mais sofre de transtornos mentais e sim o retorno de alguém que, mesmo com transtornos mentais, tem direito de morar em uma casa e não mais em um manicômio. Aqui temos um problema ético: como garantir que essas pessoas realmente habitem a cidade? Como reparar os danos que nós mesmos causamos a elas, nos longos períodos em que foram proibidas de sair do manicômio?

Nessa perspectiva, a saída do hospital psiquiátrico para viver em uma casa se dá, como já discutido, como início de um processo de reapropriação de uma vida na cidade. Cabe reafirmar que é preciso cuidado para não tomar o espaço da casa como finalidade da residência terapêutica, tendo os moradores que começar a se haver com os dramas pertinentes ao exercício de morar, de se relacionar e, de fato, de se apropriar desse espaço que também é deles. Árduo trabalho que merece dedicação de toda a sociedade, que receberá esse novo morador. Exíguo processo de reparação de danos, por seu caráter amplo e frágil, processo este que requer o envolvimento dos profissionais com os vários movimentos da desinstitucionalização, cujos conhecimentos e desejos podem ser de vital importância para esses novos moradores. São esses profissionais que, no cotidiano da casa, acompanharão essas pessoas. Se, no início, as saídas de casa para passeios, compras e atividades de lazer serão acompanhadas, com o tempo e, acima de tudo, com muito trabalho da rede de apoio e dos profissionais que trabalham na casa, esses moradores poderão conquistar a autonomia.

Nesse sentido, para que se lute pela garantia dos direitos dessa determinada população, todos os envolvidos precisam de ajuda mútua nos enfrentamentos diários. E os profissionais envolvidos no cotidiano da casa também são vítimas das violências existentes, tal como exemplificado no caso da moradora em consulta médica.

Outras cenas nas quais a violência existe podem ser enumeradas. Essas violências podem ser de ordem física ou se expressarem na negação do discurso proferido pelo louco. A retomada da vida na cidade implica que essa cidade o reconheça como cidadão, esse que não pode ter seus direitos violados, embora tenhamos, no cotidiano da cidade, inúmeras violações de direito.

*

A história de Jorgina começa em uma longa internação psiquiátrica, como a de tantos outros ex-moradores agora em residências terapêuticas. Mas a cena recortada diz respeito a algo recente. Acostumada a cuidar do próprio dinheiro, muitas vezes fazendo dívidas ou perdendo algumas notas no meio do seu guarda-roupa, sempre sustentamos que ela deveria cuidar do próprio benefício, pois tinha condições para isso. Nem ajuda ela pedia, inclusive apresentava delírios persecutórios em relação a possíveis roubos. Vez ou outra nos chamava para que olhássemos sua conta bancária; nessas ocasiões, podíamos ajudá-la melhor na administração. Antes que algum julgamento possa se estabelecer em relação a não capacidade dela em relação a algumas dívidas contraídas, lembro que grande parte dos brasileiros vive endividada e nem por isso perde o direito de cuidar das próprias finanças. De qualquer modo, as dívidas eram poucas... dessas do dinheiro acabar antes do fim do mês e ter que ficar sem os chocolates, iogurte e sorvetes, ou mesmo não podendo realizar alguns passeios.

Em uma das fases em que não conseguia ir às compras no *shopping* próximo a sua casa, por não gostar de ser acompanhada de cuidadores e estar em um momento de muitos delírios, Jorgina descobriu – através de uma das cuidadoras que, por sua vez, soube da vendedora quando esta ofereceu os serviços – que uma das vizinhas vendia roupas em casa, através de revistas de compras. Dias depois, resolveu ir até a casa da referida vizinha e encomendou algumas roupas, nessas revistas de roupas que realizamos o pedido e esperamos a entrega. Aqui começou um problema: Jorgina ficou muito incomodada com a espera. Tentamos, na casa, cuidar e explicar sobre os prazos de entrega. Funcionou!

O problema é que Jorgina não queria que fossemos até a casa da vizinha, pois, se ela tinha comprado, ela mesma deveria ir até lá. No prazo de 15 dias, ela decidiu ir buscar, e voltou bastante delirante. Escutamos alguns gritos na rua. Perguntei a ela o que havia acontecido e ela disse: “essa mulher falou que não vende pra louca!”.

Bastante incomodado com essa fala, pedi a Jorgina que me deixasse ir até lá tentar resolver o problema, mas fui impedido por ela. Três semanas mais tarde, ela mesma me pediu que fosse até lá “brigar com a vizinha”. Eu entendi que era o tempo dela de elaboração do ocorrido e de alguma violência que ela havia sofrido.

Ao chegar à casa da vizinha, tentei entender o que havia acontecido. Foi quando ela me informou que não ia vender para alguém que pode não querer pagar. Acrescentou que

tinha anotado o pedido, mas que não enviou para a revista solicitando os produtos. A discussão foi longa, e eu informei que a vizinhança sabia que tínhamos naquela rua uma Residência Terapêutica, que nossas portas estavam abertas para qualquer dúvida e que ela poderia ter perguntando a qualquer funcionário, caso estivesse em dúvida, sobre o pagamento ou não da mercadoria escolhida. A senhora, bastante nervosa, só conseguiu me dizer que escolhia seus clientes e que eu não poderia deixar que Jorgina fosse até lá incomodá-la e atrapalhar seus clientes. Aqui está uma cena de intolerância, que gerou, ainda que indiretamente, uma grande violência. A vendedora anotou o pedido, informou que iria solicitar os produtos mas não o fez, enganando assim sua cliente, que esperou a entrega e reservou o dinheiro para o pagamento. Despreparo social que nos leva a indagar de quem é a responsabilidade de reeducar a sensibilidade das pessoas, que sempre viram loucos nos espaços confinados dos hospícios, para acolhê-los em suas casas, lojas, padarias, vizinhança?

Quando a vizinha nega o direito da consumidora Jorgina, ela nega também sua cidadania, sua possibilidade de comprar, de existir da forma que ela escolheu: uma consumidora com dinheiro no bolso e desejo de compra, porém desprovida dos códigos e convenções gestuais e verbais da transação comercial normalizada. Parece natural a transação entre um consumidor e um vendedor, mas trata-se de um gesto social mediado por rígidas convenções. O lado subjetivo deste processo se torna visível quando os gritos ecoam na rua e Jorgina permanece sem querer falar sobre o assunto; o sofrimento se instaura. Não que ela não pudesse sofrer frustrações, como as muitas que ela sofria e com as quais trabalhávamos no cotidiano da casa. Porém, o sentimento de Jorgina se qualificou em uma fala posterior, dirigida a mim: *“Você diz que a gente pode morar aqui, mas não pode, louca e negra tem que morar no hospital mesmo.”* Não preciso continuar a narrativa...

[...] é necessário considerar que a responsabilidade deve concentrar-se não apenas no valor dessa ou daquela vida, ou na questão da capacidade de sobrevivência de modo abstrato, mas sim na manutenção das condições sociais de vida, especialmente aquelas que falham (Butler, 2015, p. 59).

O retorno à cidade e os cuidados em uma residência terapêutica não podem ser garantia de que as violências diminuam em relação a essa determinada população. Não obstante, quando compreendemos que o lugar do louco não é dentro da casa e sim na rotina da cidade, precisamos atentar para que, na tentativa de não violência, pratiquemos outra violência: mantê-los protegidos sob a tutela da casa, sendo monitorados ou acompanhados a

todo instante, sem poder de decisão – mesmo que sua decisão seja diferente do meu posicionamento como cidadão.

Talvez essa responsabilidade só possa começar a ser internalizada por meio de uma reflexão crítica a respeito das normas excludentes de acordo com as quais são constituídos os campos da possibilidade de reconhecimento, campos que são implicitamente invocados quando, por um reflexo cultural, lamentamos a perda de determinadas vidas e reagimos com frieza diante da morte de outras. (Butler, 2015, p.62).

Cenas do cotidiano das casas poderiam ser descritas pela equipe, mas considerando que o trabalho não se finaliza. Dito de outra maneira, quando avanços são conquistados, outros conflitos surgem, e precisarão ser trabalhados. Perto do Natal de 2014, recebi uma ligação de uma cuidadora informando que haviam sido entregues na casa duas cestas natalinas. Como eu não sabia desse presente de Natal, pedi que ela verificasse quem as enviou. Ela me passou um nome com telefone, e informou também que havia um envelope com o cupom fiscal que parecia ser referente às cestas. Como não é prudente que se envie o valor do presente ao destinatário, pedi que ela guardasse as cestas e que não deixasse que os moradores as abrissem, coisa impossível, pois foram os moradores que receberam a entrega e, com felicidade, começaram logo a abrir as cestas. Quando chego à casa, faço a ligação para o número encontrado e percebo que ocorreu um erro: a entrega fora feita em endereço diferente. O número encontrado era da pessoa que havia comprado as cestas, um dos vizinhos dessa Residência Terapêutica, e havia solicitado que o mercado as entregasse no seu endereço para que ele, por sua vez, realizasse a entrega das duas cestas a dois clientes que se reuniriam naquela tarde.

O nervosismo do vizinho era perceptível e, nele, a presença de ameaças a mim em relação às cestas, pensando que eu era um funcionário do mercado em questão. A surpresa se deu quando informei que as cestas tinham sido entregues na casa 93. Nesse momento, ele me contou que aquela casa era de um grupo de pessoas que moravam em um hospital psiquiátrico e que, como hospital não é lugar de morar, que a prefeitura tinha alugado aquela casa e que tinha funcionários que cuidavam desses moradores e que, além disso, eles faziam tratamento num “posto de saúde” ali perto. Nesse momento, expliquei que eu sabia disso e que eu era o coordenador daquela casa. Esclareci ainda que o mercado tinha entregue essas duas cestas aos moradores, por engano, mas que eu as havia guardado, ainda em condições de serem entregues aos destinatários corretos. Perguntei se ele podia buscar as cestas na

Residência Terapêutica, o que aconteceu logo em seguida. Ambos pedimos desculpas um ao outro. As minhas desculpas foram pelo fato de os moradores terem começado a abrir as cestas. Fala interrompida por ele, ao dizer que ele deveria pedir desculpas pelo transtorno, questionando se os moradores, loucos, não tinham ficado muito chateados com um presente que não era para eles. Continuou sua fala afirmando que, com os moradores, descobriu que loucos não são perigosos. Disse que as frustrações são traçado da vida e que eu já havia explicado o acontecido. Sobre sua última fala, dei um sorriso, e disse: perigosos são os preconceitos contra os loucos. Finalizei a conversa sabendo que tínhamos um vizinho, que sem saber quem eu era, discursou em favor daqueles moradores, quando afirmou que hospital não é casa. Parte do trabalho se dá quando temos vizinhos que compartilham uma rua, sem se preocupar com que roupa eles estão e se estão sentados no chão ou em bancos, na porta de casa. Na mesma tarde, sua esposa foi até a Residência Terapêutica com 10 panetones, como presente de Natal, como nos velhos tempos em que os vizinhos frequentavam as casas uns dos outros.

Algumas histórias são boas, quando pensamos no cotidiano desses moradores. Outras são bastante sofridas. Resta o trabalho de reconhecimento dessas pessoas como cidadãos também em seus deveres. Habitar a cidade implica regras que são constantemente reconstruídas pelos seus habitantes. O reconhecimento do erro na entrega das cestas de natal, por parte do vizinho, deu-se numa relação de vizinhança, que não foi pautada em uma casa – a Residência Terapêutica. Pouco importava quem eram os vizinhos que tinham recebido as cestas, eram, naquele instante, somente vizinhos. Com certeza a entrega dos panetones aconteceu na condição daquela casa ser um tanto diferente, mas podemos compreender que os panetones não foram entregues porque devolvemos as cestas, mas em consideração a esses moradores que, sem dúvida, são diferentes dos demais vizinhos da rua, mas que, acima de tudo, estão lá há seis anos, convivendo no cotidiano daquela rua pacata.

As cenas escolhidas para relato, na proibição do direito de comprar ou na correta informação do vizinho sobre uma residência terapêutica, o foram no sentido de afirmar que, no cotidiano do trabalho, a necessidade de diálogo com a vizinhança é essencial. E como atingir a vizinhança na responsabilidade pelo ato de reconhecer esse louco-morador como cidadão? A escolha de uma cena negativa e de uma positiva não faz parte de uma coleta de dados. Dito de outra maneira: as cenas em que os moradores têm dificuldades na apropriação de um lugar na cidade são mais costumeiras que a surpresa de um vizinho que sabia do que se tratava a casa 93.

Diante das dificuldades, em sua maioria, impostas, temos, na possibilidade das pessoas que trabalham com esses moradores, a garantia de sua cidadania, mesmo que esta possa se iniciar com os cuidadores acompanhando na apropriação da cidade ou “tirando satisfação” quando algum morador relata uma violência sofrida. Compreendo que nesse lugar o cuidador é fundamental, pois é ele quem está na casa constantemente e realiza as atividades ou orienta na sua realização, junto com o morador.

Se os problemas com a comunidade podem ser constantes, resta que a equipe consiga suportar que

[...] a condição compartilhada de precariedade conduz não ao reconhecimento recíproco, mas sim a uma exploração específica de populações-alvo, de vidas que não são exatamente vidas, que são consideradas “destrutíveis” e “não passíveis de luto”. Essas populações são “perdíveis”, ou podem ser sacrificadas, precisamente porque foram enquadradas como já tendo sido perdidas ou sacrificadas; são consideradas como ameaças à vida humana como a conhecemos, e não como populações vivas que necessitam de proteção contra a violência ilegítima do Estado, a fome e pandemias. Consequentemente, quando essas vidas são perdidas, não são objeto de lamentação, uma vez que, na lógica distorcida que racionaliza sua morte, a perda dessas populações é considerada necessária para proteger a vida dos “vivos” (Butler, 2015, p. 53).

Os problemas relativos às vidas passíveis de serem destruídas foram constantes no manicômio, mas ainda o são, porque o estar na cidade é ainda estar em vulnerabilidade social, é conviver com uma sociedade que, por vezes, exclui minorias que não estão inseridas no mercado de trabalho, na lógica do consumo, no autocuidado. São filhos do Estado, esse mesmo Estado que ameaça, violenta e agride, mas que, ao mesmo tempo é dono das políticas públicas de enfrentamento da vulnerabilidade social. Vale lembrar, a título de exemplo, que os cuidados clínicos em saúde nunca foram cuidados no tempo em que essas pessoas moraram nos manicômios. A vida perdida já era esperada e não sofrida. O enterro se dava na ordem do funeral público, sem lápide e sem choro possível, simplesmente um corpo removido, ou vendido para faculdades de medicina, como denunciado por Daniela Arbex (2013). Vidas não vivas, em condição precária, que começam a ser reconhecidas dentro das residências terapêuticas e da Rede de Atenção Psicossocial, mas que precisam ser retomadas e reconhecidas pela sociedade.

6 EM BUSCA DE UM FINAL, MAS ACIMA DE TUDO UM CONTO PARA DONA CIDA: ENTRE FÓSFOROS, ISQUEIROS, RETRATOS E DOCUMENTOS

A pesquisa procurou mostrar minha interpretação de como compreendo um certo traçado da loucura, desde os tempos em que ela habitava o interior dos manicômios, voltando para a cidade – a partir da Reforma Psiquiátrica que, no Brasil, exprime-se na Lei nº 10.216, por meio de um Projeto de Lei, em 1989, período importante de redemocratização do Brasil, e na criação dos serviços de base comunitária, de acordo com a alteração do modelo de assistência em Saúde Mental, que aproximaram novamente a loucura da cidade. É importante salientar que quando a loucura retorna para a cidade não temos garantia de que a cultura manicomial não seja trazida na mala desses moradores ou mesmo continue marcada nos serviços de saúde mental substitutivos. Aqui está um enfrentamento presente no cotidiano dos serviços e também no cotidiano das Residências Terapêuticas. Além disso, o próprio hospital psiquiátrico não foi desmontado com a Reforma Psiquiátrica brasileira e que deixou aberta a possibilidade de continuar existindo, mesmo com a promulgação da lei, há quinze anos. Em contrapartida, precisamos reconhecer os avanços feitos no país com a criação dos serviços substitutivos, das Residências Terapêuticas⁴², dos auxílios, tais como o PVC e o BPC, dos projetos de economia solidária etc.

Na pesquisa, foi necessário traçar as linhas gerais sobre o objetivo da Reforma Psiquiátrica brasileira e destacar as Residências Terapêuticas como modelo fundamental para que pessoas sem vínculos familiares possam retornar à cidade. Foi nossa intenção ao discutirmos questões relativas à cidade, à loucura, à reforma psiquiátrica e à condição para o reconhecimento desses cidadãos. Desse campo temático emergiu a pergunta que norteia essa investigação: qual o lugar para a residência terapêutica na cidade?

Nesse sentido, é essencial a compreensão de que o retorno para a cidade, a partir do modelo de Residências Terapêuticas, é apenas um início da reapropriação desse lugar perdido na sociedade. E, além disso, afastou-se a ideia das Residências Terapêuticas como serviços de saúde com base comunitária, para darmos lugar a uma fala sobre uma casa diferente, mas, acima de tudo, *uma casa*. Posteriormente, outra pergunta, igualmente importante, foi formulada: que lugar, na sociedade, teriam essas pessoas egressas de um hospital psiquiátrico?

⁴² O número de Residências Terapêuticas na cidade de São Paulo será ampliado em 2016, com a criação de cerca de 30 novas casas para egressos de hospitais psiquiátricos, em especial do Hospital Vera Cruz (Sorocaba), visto a quantidade de munícipes de São Paulo que estão morando nesse hospital.

Para responder essa questão, foi feita a análise da petição inicial do processo Direito de Vizinhança, elemento privilegiado, a meu ver, para a reflexão acerca de como alguns vizinhos percebem a loucura em sua rua, na casa ao lado e, no recorte dessa pesquisa, a loucura na casa de número 63. A partir do que foi observado, evidencia-se o árduo trabalho que se impõe não somente para nós, trabalhadores da saúde mental, mas para toda a sociedade que precisa reconhecer que a loucura não mais pode viver sob a “proteção” dos muros manicomial. É fato que precisamos entender que os vizinhos nem sempre estão preparados para receber novamente a loucura em sua rua, não obstante, a “clínica psiquiátrica” não pode ser a resposta para a substituição dos hospitais psiquiátricos.

Questionar as normas sociais vigentes é imprescindível para a ruptura desse modo excludente de sociedade que temos hoje, resquício histórico de um país que tem se mostrado bastante conservador em seus posicionamentos diante das populações em situação de vulnerabilidade social. A esse respeito, a pesquisa resgatou o lugar de exclusão da loucura e a aproximou de outras parcelas da sociedade que têm negados seus direitos à cidadania, inclusive no não reconhecimento de muitas delas. Nessa perspectiva, a sociedade precisa reconhecer que a loucura é inerente, faz parte da cidade e nela vai habitar. E, nesse sentido, não pode ter a condição precária como modo de vida, sendo necessário que esses moradores sejam reconhecidos como cidadãos.

Por esta razão, a visibilidade desses moradores precisa ser adquirida com urgência, assim como suas *histórias* necessitam ser reconstruídas, permitindo, assim, que a sociedade veja sentido no projeto de Residências Terapêuticas. As *memórias* desses e de outros ex-moradores em hospitais psiquiátricos tornou-se um objeto importante a ser investigado. Não foi minha pretensão, nessa pesquisa, reconstruir tais histórias, embora escrever um livro sobre suas *memórias*, articuladas com a vida na cidade, pudesse ser algo a ser pensado. Contentei-me aqui em considerar que essa pesquisa termina no exato ponto em que outras histórias começam, com a necessidade de que essas pessoas possam ser vistas e, acima de tudo, reconhecidas.

Retomo assim a dedicatória dessa pesquisa e registro aqui uma, de tantas outras histórias, sobre a vida dessas pessoas em residências Terapêuticas. Trata-se de um pequeno conto em homenagem a uma senhora que atravessou meu caminho em 12 de junho de 2014, quando fui transferido de uma Residência Terapêutica e comecei a trabalhar em uma outra, na Região Oeste de São Paulo.

E por onde começar uma história? Será que inicio pela fragilidade de um corpo negro ou pela força desse mesmo corpo sustentado por uma senhora de 73 anos, com

aproximadamente 1,55m de estatura e peso não superior a 45kg? Foi assim que encontrei, pela primeira vez, Dona Cida. Fui recebido na sala de jantar com um sorriso sem dentes e as palavras: seja bem-vindo! E me senti bem-vindo em cada dia em que estive com ela, nas brincadeiras e nas reclamações das dores nas pernas que ela carregava.

Uma senhora negra de nome Aparecida, quase todo o tempo deitada em seu quarto, enrolada em três ou quatro cobertores, com a janela fechada, e que era aberta assim que ela me via entrando no quarto. Nesse momento, ligava também a televisão grande que ela mesma escolheu na loja, depois de muita luta minha para convencê-la a gastar um pouco de sua poupança, conquistada nos anos em que morou nessa residência terapêutica. Na realidade, Dona Cida odiava gastar dinheiro, e quando informávamos o quanto tinha na poupança, vinha com a resposta firme: dinheiro acaba, meu nego!

Na rotina de atividades na casa, ela dava conta de lavar as louças das refeições nas terças e quintas-feiras – de acordo com a escala realizada em uma roda de conversa com todos os moradores, tarefa que fazia com gosto. Descia sorradeira do quarto por volta de onze horas da manhã, colocava a toalha na mesa de almoço, os pratos e talheres na bancada da cozinha. Conversava um pouco, verificava o andamento do almoço e logo subia para o quarto. Descia novamente, ao meio dia, quando algum morador gritava ao pé da escada dizendo que o almoço estava na mesa. Olhava as panelas e, vez ou outra, complementava seu almoço com um ovo frito, feito por ela.

O subir e descer os degraus da escada me causava apreensão. Suas pernas frágeis pareciam sofrer nessas descidas e, algumas vezes, perguntei se ela gostaria que fizéssemos um quarto no andar inferior, para que não precisasse das escadas, o que ela negou de pronto, informando gostar do seu quarto. A bengala, nunca usada. Dona Cida falava pouco, mas se posicionava sempre em todas as discussões na casa, sobre o almoço, a festa de fim de ano, a cerveja sem álcool que não podia faltar, a contratação da nova faxineira...

Durante o almoço, sentada à mesa, fazia questão de que todos os moradores também se sentassem e quando algum dizia não querer – informando que a mesa era pequena –, ela mostrava o incômodo que lhe causava, solicitando que a obedecessem; ato que, mesmo a contragosto – e apertados no pouco espaço disponível –, era prontamente realizado. Um dia, conversando sobre a casa e os móveis, ela me perguntou se poderia comprar uma mesa maior, já que na mesa existente não cabiam todos os oito moradores e os dois cuidadores que trabalhavam no regime de plantão. Foi assim que saímos à procura de uma nova mesa. Ao entrarmos na loja, ela foi escolhendo entre os modelos disponíveis, com seus critérios de cor

da madeira e acento de espuma. Saímos da loja com uma mesa nova, grande, bonita. Depois da compra, não havia mais desculpas, todos se sentavam à mesa!

As dores nas pernas era a fala cotidiana, que me fazia solicitar a ela que fossemos ao médico ou procurássemos um fisioterapeuta, ou ainda, que buscássemos uma atividade física. Ela sorria e dizia: *meu nego, estou acostumada, eu tenho dores há quarenta anos! Mas eu sei que tô morrendo, então não se preocupe*. As falas sobre morte eram constantes. Os exames de rotina realizados indicavam que ela estava com uma saúde boa. Mas eu sabia que as dores de Dona Cida não eram simplesmente das frágeis pernas...

Acostumada ao quarto, acumulava vestidos que nunca usava em um guarda-roupa que ela não aceitava que quase ninguém abrisse. Vez ou outra sumiam panos de prato, cinzeiros, fósforos, e sabíamos onde encontrar as peças perdidas. Ela sorria e dizia: *eu falei para não abrir meu armário*. A vida seguia num passo certo em pernas frágeis...

As conversas com ela, sempre agradáveis e no quarto, me emocionavam no cotidiano, e remetiam a histórias de uma época em que ela não morava no hospital. Uma menina negra de sete anos, que dizia não se lembrar de sua família. Morava com uma japonesa e trabalhava como babá, em Andradina, no interior de São Paulo. Uma menina trabalhadora em cafezais. A fuga para a cidade grande, quando ela diz ter seduzido o marido, um moco que passava na porta de sua casa indo para o trabalho. O pedido para que viessem morar na Penha – bairro de São Paulo – veio logo depois. Casada aos 10 anos, com um homem oito anos mais velho. Os filhos não vingaram. A antiga babá perdeu três filhos, dois no nascimento e um atropelado, coisa que só descobri depois. Quando eu tentava algum assunto que ela não queria, a resposta era categórica: *eu sofro de esquecimento, eu faço de conta que esqueci de tudo!*

A festa dos 74 anos aconteceu em uma tradicional pizzaria no bairro do Bexiga. Pizza, cerveja sem álcool e poucos convidados. Não queria bolo, mas, finalizado o jantar, pediu uma sobremesa ao garçom, que veio emendada numa fala: *hoje é meu aniversário!* Supresa com a vela em cima da sobremesa, cantamos parabéns. Dona Cida, emocionada, levantou-se, encheu os olhos d'água e sorriu.

Logo veio o fim de ano, as festas e uma notícia ruim... Numa tarde de domingo, meu telefone tocou e a cuidadora de plantão informou que Dona Cida não estava conseguindo levantar da cama. Aquela mulher negra, frágil, que tinha uma força incrível, não conseguia se erguer. Cheguei logo depois na casa e pedi que ela fosse até o pronto-socorro. E mesmo a contra gosto, ela sabia que precisava... Voltaram no mesmo dia para casa e retornaram ao hospital no dia seguinte. Veio a internação por anemia. Fui visitá-la, conversar com os médicos, que me informaram que ela permaneceria internada mais um dia para uma

transfusão de sangue. Pedi para vê-la e fui informado de que ela estava agitada e tinha sido contida no leito. Quando entrei na enfermaria, ela sorriu e pediu-me que não a deixasse ali, que nunca tinha sido amarrada depois que saiu do Vera Cruz – hospital psiquiátrico onde morou por 10 anos. Expliquei que seria somente uma noite, que eu falaria com a enfermagem sobre a não necessidade de ela ser amarrada e que no outro dia voltaria para buscá-la. Dona Cida olhou em meus olhos e disse que não queria ficar ali, mas que me esperaria no outro dia, e que estava fraca demais, com suas dores de muitos anos. Saí de lá com a médica explicando, de acordo com os protocolos do hospital, que a alta seria na manhã seguinte, assim que ela ficasse um pouco mais forte.

No dia seguinte, 31 de dezembro, cheguei ao hospital mais tarde, fora do horário de visita, acompanhado de Telma, também responsável pelos processos de trabalho naquela e em algumas outras residências terapêuticas de São Paulo. Tinha em mim uma sensação ruim quando não consegui entrar para vê-la, sendo informado que ela não havia recebido alta ainda e que eu poderia esperar o fim do dia para falar com a médica. Não consegui esperar, entrei e fui atrás da médica, a mesma que no dia anterior tinha me dito sobre a anemia e sobre a alta. A médica, emocionada, disse-me que não sabia o que havia acontecido, que chegou no plantão, viu o resultado positivo com hemoglobinas normalizadas, foi até o leito e encontrou Dona Cida utilizando respiração mecânica. Eu, perdido com a situação, só escutei a pergunta da médica: *quero saber de você se investimos ou não no quadro dela*. Pedi para falar com ela, me despedir, caso a morte – tantas vezes mencionada por ela – tivesse chegado para aquela mulher negra e agora mais frágil que antes.

Quando cheguei ao lado dela, trocamos nosso velho olhar... por uma fração de segundos, antes que o apito da morte soasse. Ela me esperou como havia prometido! E eu não deixei que ela morresse sozinha...

“Falar da Dona Cida é querer dormir por um ano”, foi essa frase que escutei quando voltei para casa e tive que contar para os outros moradores sobre o que havia acontecido. Choramos todos um pouco, antes de uma outra fala: ela morreu, agora precisa descansar! Os moradores se levantaram e, mesmo cabisbaixos, seguiram sua rotina... Eu tinha me esquecido que a morte era uma grande conhecida dentro do hospital. A força daqueles moradores me fizera entender algo: Dona Cida viveu seus últimos seis anos em uma casa. Ela teria um enterro digno, uma foto na lápide e velas acesas para ela. Dona Cida era uma vida reconhecida por nós, que viveríamos o luto da perda de uma das mulheres mais fortes que eu conheci.

Após o enterro, o retorno para casa... o almoço na mesa que era dela. A cerveja gelada aberta por um morador e a frase: *Seu José, eu abri a cerveja porque a Dona Cida quer que a gente viva como ela viveu!* Bebemos todos...

Alguns dias mais tarde, era a hora de abrir seu guarda-roupa. Ao meu lado, alguns moradores e, ao final,...

Cadeados fechados/ cadeados abertos/ chaves/ cinzeiros/ pentes/ fotos/ carteira de trabalho/ carteira de trabalho do marido morto/ holerites do marido/ certidão de nascimento de um filho/ certidão de natimorto de outro/ certidão de batismo de um terceiro/ vaselinas (algumas)/ mais cinzeiros/ mais fotos/ moedas antigas/ fotos antigas/ japoneses crianças/ japoneses adultos/ declarações de amizade em fotos/ notas de real/ bolsas/ carteiras/ isqueiros/ orações/ sacos plásticos... Como falar da memória?

Relatar um pouco sobre a história de Dona Cida é, ao contrário do sofrimento, a possibilidade de sabermos o quanto a vida dela foi possível de ser retomada após os anos de internação no hospital psiquiátrico. A saída daquele hospital e o retorno a uma casa na cidade foi potencializador para que pudéssemos encontrar de novo a mulher cidadã e não a “louca” do manicômio. A morte digna e reconhecida, com um ritual de passagem, se deu somente pela possibilidade de compreensão de que essa vida era passível de luto, como discute Butler (2015). A missa marcada na igreja do bairro, trinta dias após sua partida, foi solicitação dos moradores. Aos que assistiam à missa não cabia saber quem foi Dona Cida, mas em mim havia a certeza de que uma vida foi ali vivida.

Ainda hoje, quando nos sentamos à mesa ou quando algum morador diz não querer se sentar, a imagem de Dona Cida é retomada, quase sempre seguida da fala de um morador sobre essa frágil-forte mulher ter deixado um presente, uma herança para a casa: uma mesa! A própria imagem da mesa está presente em nossa cultura como o lugar dos encontros, onde as famílias se reúnem à mesa para comer, mas, acima de tudo, para as conversas. As rodas de conversa com os moradores acontecem em volta da mesa, com café e lanches. É nesse contexto que a apropriação da cidade começa a existir. É na mesa que surgem as ideias de passeios coletivos ou individuais, as decisões sobre que moradores querem ir em algum aniversário em outra residência terapêutica, assuntos sobre as festas no CAPS e também as discussões entre moradores ou sobre o quanto algum morador está deixando de fazer alguma atividade de rotina na casa.

Seis anos morando em casa, em um bairro de classe média, os móveis não são mais os mesmos. Hoje, eles têm a cara dos seus donos: dois sofás grandes escolhidos por eles, além de almofadas, televisão de 40”, tapetes, redes, bancos de madeira, cinzeiros, geladeira que

acomoda as latinhas de cerveja, aquário, escrivaninha..., escolhas do melhor lugar para determinado móvel e, acima de tudo, cantos particulares e coletivos, alterados conforme o tempo ou o humor de cada um. Assim, recuperamos o conceito de casa, para além da moradia, como um lugar onde se habita: um lar. E fora da casa, pessoas que gostam de andar pelo bairro, comprar o pão na padaria da equina, fazer a barba no barbeiro escolhido, comprar sorvete no mercado próximo, sair para jantar no restaurante da infância, passear na estação de trem..., enfrentando hostilidades, buzinas de carros, na resistência em se colocar como cidadãos na cidade.

*

Esse conto para Dona Cida pode ser compreendido como um respiro para o cotidiano dessa casa, mas precisa ser também uma denúncia quando as coisas não funcionam. Dito de outra maneira, o enfrentamento diário é fundamental e não é nada fácil. A equipe precisa de uma força imensa, inclusive para entender que suas práticas precisam ser revistas a todo instante, porque morar em uma casa não é garantia antimanicomial. E a casa precisa ser posta para o lado de fora, no portão que abre e fecha de acordo com o desejo de cada morador. E para que o morador queira sair de casa, precisa ter certeza que conseguirá enfrentar as violências da cidade, mas não as violências por ele ser um usuário do serviço de saúde mental.

E para que todo o trabalho seja realizado, ou para que esses cidadãos possam existir, uma rede de saúde mental, bem como uma rede social precisam existir de forma concreta. A apropriação da cidade só é possível se tivermos a garantia constante de pessoas que ajudem nos enfrentamentos cotidianos. Se hoje os moradores dessa residência terapêutica conseguem se sentir donos de uma casa, isso só foi possível, e ainda é, através da implicação constante da equipe, da rede e da possibilidade de reconhecimento da comunidade. Compreendo essa experiência, que partiu do conto construído, como fundamental para que sigamos nosso trabalho; mas não confundam com algo estabelecido... isso é apenas o início de um processo complexo, no qual precisamos reconhecer a existência dos loucos na cidade. Aqui, temos um pouco sobre a “Reparação de Danos”, mas ainda no que concerne ao dentro da Residência Terapêutica e na rede de atenção psicossocial.

Em contrapartida, muitos moradores de hospitais psiquiátricos ainda se mantêm lá, alguns já morreram – como no caso de Camélia que morreu sem documentos, sem um enterro digno e sem seu reconhecimento como cidadã. Camélia foi e é como muitos moradores de

hospitais psiquiátricos que entraram e nunca saíram, a não ser para o enterro. Sua morte aconteceu como tantas outras, antes que ela pudesse sair para morar em uma casa. Morreu no hospital.

Sobre Mauricio, não sei falar. Gostaria de poder versar sobre ele morando sozinho ou morando com sua mãe, após a morte do pai. De olhar altivo, tomando sua coca-cola não mais dentro do hospital, mas na padaria, como tantos moradores de residências terapêuticas fazem. Mauricio pode ser recuperado como o personagem da música *Cidadão*, de Romulo Fróes e Rodrigo Campos (2011):

Cidadão, esquizofrênico, rondando na periferia/ Às vezes lúcido, infeliz, conforme a luz,
conforme o dia/ Ouvindo vozes na cabeça, ouvindo Dylan/ Vendo rock n`roll passar/ Cidadão,
esquizofrênico, parado em frente ao boteco/ De galocha, na avenida principal, pedindo um
teco - ou uma coca cola / Ouvindo um samba na cachola, ouvindo um rap/ Vendo Bruce Lee
voar/ Meu bairro nunca foi igual ao bairro de nenhuma estória/ E tem seu próprio carnaval, um
cidadão nunca vai ser igual/ Cidadão, esquizofrênico, correndo no jardim valquíria/ Ansioso, a
noite toda, procurando a luz do dia/ Estudando um passo torto, um samba, um rap/ Um rock
pra se orientar.

Luiz e Severina podem ser compreendidos como vítimas da violência do Estado, que, por sua vez, tem a demanda de cuidar deles, de acordo com as políticas públicas. Na ocasião em que entrei em contato com a história de Luiz e realizei o atendimento domiciliar de acordo com a denúncia, solicitei que a unidade básica de saúde do território onde ele morava acionasse o Ministério Público para as providências necessárias. Na ocasião, eu não trabalhava na coordenação de residência terapêutica, e Luiz não se encaixaria na demanda para a inserção em residência terapêutica, mas poderia ser redirecionado o cuidado em casa, pela mãe, ou então poderia ser feita sua inserção em uma residência inclusiva⁴³ – destinada a pessoas com deficiência intelectual –, presente na cidade de São Paulo. Quanto a Severina, alguém em situação de rua, seria atendida pelo Estado em suas demandas, e não foi minha intenção encaminhá-la ou mesmo saber quem era aquela mulher. Garantia de Direitos também se faz com respeito ao outro, em suas escolhas pessoais. Quando a vi, respeitei seu sono dentro daquele banco, no calor de dezembro...

⁴³ Resolução nº 6, de 13 de março de 2013, instituindo que “A Residência Inclusiva é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS.” (Brasil, 2013, art. 2).

Sobre alguns dos moradores de residências terapêuticas na cidade de São Paulo, um novo projeto se segue: um livro contando quem são eles, de onde vieram e sua apropriação da cidade e de sua nova casa. Esses, tenho certeza que não morrerão atrás dos muros físicos do manicômio.

Em relação a João, iniciou-se o processo de desinstitucionalização. Atualmente, ele mora em uma residência terapêutica, tem seu dinheiro mensal, os cuidados necessários e começou uma vida fora do hospital. É nossa tarefa compreender seus desejos, vontades, rumos que gostaria de seguir. Ele recebe o cuidado dos acompanhantes e o meu, como coordenador da casa onde ele mora. Toma café. Gosta do quarto. Às vezes, sai da cama a noite e entra sorrateiramente em outro quarto. Esquece-se de colocar arroz no prato, mas abusa das misturas. Tem dificuldade em escutar. Às vezes, pede para ir morar com a família. Ainda não sabe cuidar do próprio dinheiro, mas faz uso dele de acordo com seu desejo. Tem um acompanhante como referência nesses cuidados. Diz que eu sou descendente de portugueses, mas esquece de mencionar que também de índios. Vai ao CAPS somente nas consultas, um desejo dele que temos trabalhado. Fala enrolado e às vezes finge que não entende quando o acompanhante chama atenção para alguma coisa. Fez duas microcirurgias para retirada de tumores na pele. Foi diagnosticado com câncer. Aguarda os protocolos médicos para o início do tratamento. Deita no meio da rua quando não quer sair de casa e tentamos forçar pela necessidade. Pega a escova de dente de outro morador. Leva o prato de comida para o quarto. Quer fazer a barba, mas que o barbeiro venha até ele. Acha a casa pequena. Veste a calça ao contrário. Pede desculpas quando acha que fez algo errado. Reclama quando o almoço demora. Viverá, a partir de agora, em uma casa. Não sabemos por quanto tempo, mas sabemos que o restante de vida que tem, não será vivida, dentro de um Hospital Psiquiátrico, ou mesmo em uma enfermaria de psiquiatria. João tem sua casa!

REFERÊNCIAS

- Araujo, A. (2004). *Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: um estudo etnográfico sobre as moradias de Campinas - SP*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Amarante, P. (Org.). (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- Amarante, P. D. (2003). Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil. In: *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: Fiotec/Fiocruz, EAD/Fiocruz.
- Amarante, P. D. de C. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Amarante, P. D. de C. (Coord.) (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Barros, S., & Bichaff, R. (2008). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: Fundap.
- Basaglia, F. (2006). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Basaglia, F. (Org.). (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (2006). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bauman, Z. (1997). *O mal estar na pós modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Birman, J. (2004). Fraternidades, seus destinos e impasses. In: Peixoto Júnior, C. A. (Org). *Formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Birman, J. (2007). Adolescência sem fim? Peripécias do sujeito num mundo pós-edipiano. In: Cardozo, M. R. C. & Marty, F. (Org.). *Destino da Adolescência*. Rio de Janeiro: 7 Letras.

- Birman, J. (2007). *O mal-estar na atualidade: a Psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- Birman, J., & Costa, J. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P. (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bourdieu, P. (2013, julho). Capital simbólico e classes sociais. *Novos Estudos - Cebrap*, (96), 105-115.
- Brasil. (1974). Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Brasília, DF.
- Brasil. (1993). Lei orgânica da assistência social - Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, DF. Brasília, DF.
- Brasil. (2000). Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Brasília, DF
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF.
- Brasil. (2004). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, DF.
- Conselho Nacional de Saúde (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.
- Buttler, J. (2015). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. São Paulo: Boitempo.
- Caldeira, T. (2009). *Cidade de Muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. São Paulo: Ed. 34, Edusp.
- Castel, R. (1987). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.

- Castel, R. (2003). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Cayres, A. Z. de F., Ribeiro, M. C., Elias, R., & Coutinho, R. A. (2014). *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo Censo Psicossocial 2014*. São Paulo: Fundap.
- Chauí, M. (1987). A tortura como impossibilidade da política. In: Branca, E. (Org). *Tortura Nunca Mais* (pp. 28-37). Petrópolis: Vozes.
- Costa, F. (2008). *Moisés e Nilce: retratos biográficos de dois garis. Um estudo de psicologia social a partir de observação participante e entrevistas*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, 4(6), 69-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&tlng=pt
- Drummond de Andrade, C. (2102). *Antologia Poetica*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Fassheber, V. B., & Vidal, E. L. (2007). Da tutela à Autonomia: Narrativas e Construções do Cotidiano em uma Residência Terapêutica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(2), 194-207.
- Fonseca, M. L. (2005). *O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas: o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS)*. (Dissertação de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (2002). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Col. Ditos e Escritos I)
- Foucault, M. (2010a). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (2010b). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2013). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Tradução de Raquel Ramallete. 41. ed. Petrópolis: Vozes.
- Fonseca, (2005) *No litoral da Casa e do Serviço: A Psicanálise no Serviço Residencial Terapêutico* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Furtado, J. (2006 julho/setembro). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3), 785-795. doi: dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300026
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da Situação Atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 785-795. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300026>

- Giddens, A. (2005). *Sociologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Guareschi, P. A. (1999). Relações comunitárias: relações de dominação. In: Campos, R. H. F. (Org.). *Psicologia social e comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes.
- Herrmann, F. (1999). *A psique e o eu*. São Paulo: Hepsyqué.
- Herrmann, F. (2005). *Introdução à teoria dos campos*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Herrmann, F. (2015). *O que é Psicanálise: para iniciantes ou não*. São Paulo: Blucher.
- Houaiss, A. & Villar, M.S. (2001) *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Kowarick, L. (1993). *Espoliacao urbana*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Kowarick, L. (2009). *Escritos urbanos*. São Paulo: Ed. 34.
- Lamounier, B., & Souza, A. de. (2010). *A classe média brasileira ambições, valores e projetos de sociedade*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Lenoir, R. (1974). *Les Exclus*. Paris: Seuil.
- Lipovetsky, G., & Charles, S. (2004). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla.
- Maia, M. S. (2004). A máquina de expressão: corpo, subjetivação e clínica psicanalítica. In: Peixoto Júnior, C. A. (Org). *Formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Melo Neto, J. C. (2007). *Morte e vida severina e outros poemas*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Merleau Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Merleau-Ponty (2006) [1960]. O olho e o espírito [fragmentos]. Traduzido por Marilena de Souza Chauí. In: *Merleau-Ponty*. São Paulo: Abril Cultural (Col. Os Pensadores).
- Moll, M. F. (2013). *Dos hospitais psiquiátricos aos serviços residenciais terapêuticos: um olhar sobre os direitos humanos neste percurso*. 2013. (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07012014-102039/>
- Nazareth, E. R. (2002). Os ciclos da vida familiar. *IDE-Família*, (36), 19-21.
- Neves, A. S., & Romanelli, G. (2009, julho/setembro). A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar. *Estudos de psicologia*, 23(3), 299-306.
- Ortega, F. (1999). *Amizade e estética da existencia em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.
- Osorio, L. C. (1996). *Família Hoje*. São Paulo: Artes Médicas.

- Passos, I. C. F. (2009). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34.
- Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. 34ª ed. São Paulo: Ed. 34.
- Rauter, C. (2000). Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In P. Amarante (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 267-277). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ribeiro Neto, P. M. (2014). *Convivendo com Residências Terapêuticas: concepções sociais, processos identitários e relações intergrupais*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Rolnik, S. (1997). Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização. In: Lins, D. (Org.). *Cultura e subjetividade: saberes nômades* (pp. 19-24). Campinas: Papirus.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização* (pp 89-99.). São Paulo: Hucitec.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Roza Junior, J. A. (2009). *As inter-relações na adolescência: a máquina in-corporada e a virtualidade contemporânea*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade federal de Uberlândia.
- Roza Junior, J. A., Araujo, A. S., & Nascimento, C. M. (2007). A clínica extensa das oficinas terapêuticas: relato de uma proposta itinerante. *Projeto Prisma* [site], Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado de http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images/stories/Docs/gt1/A_clinica_extensa_das_oficinas.pdf
- Santos, M. (2012). *A natureza do espaço*. São Paulo: Edusp.
- Santos, M. (2011). *Metamorfoses do espaço habitado*. 6ª ed. São Paulo: Edusp.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te Cora/ Instituto Franco Basaglia.
- Sawaia, B. (Org.) (2001). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schnapper, D. (1996). Intégration et exclusion dans les sociétés modernes. In: Paugam, S. (Dir.). *L'exclusion, l'état des saviors* (pp. 23-31). Paris, La Découverte.
- Souza, J. (2010). *Os batalhadores brasileiro: nova classe média ou nova classe trabalhadora?*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG.

- Toledo, R. P. (2009). São Paulo e as águas. In: Tanis, B., & Khouri, M. G. (Org.). *A psicanálise nas tramas da cidade* (pp. 69-78). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tykanori, R. (1996). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A. M. F (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp 55-59.). São Paulo: Hucitec.
- Wanderley, M. B. (2001). Refletindo sobre a noção de exclusão. In: Sawaia, B. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial de ética da desigualdade social* (pp.16-26). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Xiberras, M. (1996). *As teorias da exclusão. Para uma construção do imaginário do desvio*. Lisboa: Instituto Piaget.
- São Paulo. Comissão da Verdade. Ditadura e saúde mental (Relatório). In: *Recomendações gerais e recomendações temáticas*. Tomo I. Parte II – Grupos sociais e movimentos perseguidos ou atingidos pela ditadura. Recuperado de http://verdadeaberta.org/relatorio/tomo-i/downloads/I_Tomo_Parte_2_Ditadura-e-saude-mental.pdf